# Seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo 2020

## Condiciones Generales

# Índice

1. Definiciones ..... 6
1.1. Accidente ..... 6
1.2. Antigüedad ..... 6
1.3. Aparatos Ortopédicos y Prótesis ..... 6
1.4. Asegurado ..... 6
1.5. Asegurado Dependiente ..... 6
1.6. Asegurado Titular ..... 6
1.7. Base de Reembolso ..... 6
1.8. Beneficiario ..... 6
1.9. Coaseguro ..... 6
1.10. Colectividad Asegurada ..... 6
1.11. Comisión o Compensación Directa ..... 7
1.12. Contratante ..... 7
1.13. Contrato de Seguro o Póliza ..... 7
1.14. Culpa grave ..... 7
1.15. Deducible ..... 7
1.16. Dolo ..... 7
1.17. Donante ..... 7
1.18. Eliminación o Reducción de Periodos de Espera ..... 7
1.19. Emergencia o Urgencia Médica ..... 7
1.20. Endoso ..... 8
1.21. Enfermedad o Padecimiento ..... 8
1.22. Enfermera ..... 8
1.23. Evento ..... 8
1.24. Fecha de Primer Gasto ..... 8
1.25. Honorarios Médicos ..... 8
1.26. Hospital, Clínica o Sanatorio ..... 8
1.27. Hospitalización ..... 8
1.28. Invalidez Total y Permanente ..... 8
1.29. Límite o Tope del Coaseguro ..... 9
1.30. Mala fe ..... 9
1.31. Médico ..... 9
1.32. Monto por Procedimiento Terapéutico ..... 9
1.33. Negligencia ..... 9
1.34. Órgano ..... 9

1.35. Padecimiento Congénito ..... 9
1.36. Padecimiento o Enfermedad Preexistente ..... 9
1.37. Periodo al Descubierto ..... 9
1.38. Periodo de Espera ..... 10
1.39. Práctica profesional de cualquier deporte ..... 10
1.40. Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios ..... 10
1.41. Plan ..... 10
1.42. Prima ..... 10
1.43. Prima de Riesgo ..... 10
1.44. Programación de Cirugía ..... 10
1.45. Receptor ..... 10
1.46. Reclamación ..... 10
1.47. Red de Prestadores de Servicios ..... 10
1.48. Reembolso ..... 11
1.49. Reglamento del Seguro Colectivo ..... 11
1.50. Renovación ..... 11
1.51. Segunda Opinión Médica ..... 11
1.52. Signos o Síntomas ..... 11
1.53. Servicio de Pago Directo ..... 11
1.54. Suma Asegurada ..... 11
1.55. Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich ..... 11
1.56. UMAM (Unidad de Medida y Actualización Mensual) ..... 12
1.57. Zurich México ..... 12
2. Objeto del Seguro ..... 12
3. Gastos Médicos Amparados ..... 12
3.1. Honorarios de Procedimientos Terapéuticos ..... 12
3.2. Honorarios Médicos ..... 13
3.3. Hospitalización ..... 13
3.4. Reembolso de Gastos por Accidente ..... 14
3.5. Medicamentos ..... 14
3.6. Servicios Auxiliares de Diagnóstico ..... 14
3.7. Prótesis, Implantes, Injertos y Aparatos Ortopédicos ..... 14
3.8. Terapia y Rehabilitación ..... 14
3.9. Ambulancia ..... 14
3.10. Atención a Recién nacido por Padecimientos Congénitos ..... 15
3.11. Trasplante de Órganos ..... 15
3.12. Consultas por Tratamientos Psiquiátricos ..... 16
3.13. Deportes Amateurs y/o Actividades Peligrosas ..... 16
3.14. Segunda Opinión Médica ..... 16

3.15. Cobertura de SIDA ..... 17
4. Padecimientos Cubiertos con Periodo de Espera ..... 17
5. Exclusiones Generales de la Cobertura de Gastos Médicos ..... 18
6. Coberturas Opcionales ..... 21
6.1. Continuidad Familiar por Muerte o Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular ..... 21
6.2. Gastos Funerarios ..... 21
6.3. Maternidad ..... 22
6.4. Legrado o aborto involuntario certificado por el Médico Tratante ..... 22
6.5. Complicaciones del Embarazo ..... 22
6.6. Indemnización Diaria por Hospitalización ..... 23
6.7. Emergencia Médica en el Extranjero ..... 23
6.8. Ayuda por Fallecimiento durante una Intervención Quirúrgica ..... 23
6.9. Cobertura de Nariz y Senos Paranasales ..... 24
7. Reclamaciones y Pago de indemnizaciones ..... 24
7.1. Avisos ..... 24
7.2. Pago de Indemnizaciones ..... 24
7.3. Servicio de Pago Directo ..... 25
7.4. Anticipo de Cirugía ..... 25
7.5. Sistema de Pago por Reembolso ..... 26
7.6. Aplicación de Deducible y Coaseguro ..... 26
7.7. Servicios y Coberturas que requieren previa autorización de Zurich México. ..... 27
7.8. Referencias ..... 28
8. Cláusulas Generales ..... 28
8.1. Residencia ..... 28
8.2. Agravación del Riesgo ..... 28
8.3. Registro de Asegurados ..... 29
8.4. Reconocimiento de Antigüedad en Otros Seguros Similares ..... 29
8.5. Alta de Asegurados ..... 30
8.6. Baja de Asegurados ..... 31
8.7. Autoadministración ..... 31
8.8. Obligación del Contratante ..... 32
8.9. Edad ..... 33
8.10. Edades de Admisión ..... 33
8.11. Certificados Individuales ..... 33
8.12. Vigencia de la Póliza y de los certificados ..... 33
8.13. Periodo de Beneficio ..... 33
8.14. Terminación de la Póliza ..... 34
8.15. Cancelación Anticipada del Seguro ..... 34
8.16. Conversión a individual ..... 35

8.17. Renovación de la Póliza ..... 35
8.18. Primas ..... 35
8.19. Periodo de Gracia para el Pago de Primas ..... 35
8.20. Comisiones y Compensaciones Directas ..... 36
8.21. Padecimiento y/o Enfermedad Preexistente ..... 36
8.22. Arbitraje ..... 36
8.23. Subrogación ..... 37
8.24. Competencia ..... 37
8.25. Indemnización por Mora en el Pago ..... 38
8.26. Modificaciones y Notificaciones ..... 38
8.27. Moneda ..... 38
8.28. Tipo de Cambio ..... 38
8.29. Omisiones o Inexactas Declaraciones ..... 38
8.30. Otros Seguros ..... 39
8.31. Prescripción ..... 39
8.32. Responsabilidad Civil ..... 39
8.33. Unidad Especializada ..... 39
8.34. Expediente de Identificación ..... 39
8.35. Entrega electrónica de documentación contractual ..... 39
8.36. Aviso de Privacidad ..... 40
ANEXO DE TRANSCRIPCIÓN DE REFERENCIAS LEGALES ..... 41

# 1. Definiciones

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

## 1.1. Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, fortuita, súbita y violenta, que produce lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado dentro de los primeros 90 días siguientes de la fecha en que ocurrió el acontecimiento. No se consideran Accidente las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Todas las lesiones corporales sufridas por una persona en un Accidente se consideran como un solo Evento.

## 1.2. Antigüedad

Es el tiempo en que de manera ininterrumpida se ha mantenido vigente hasta el momento de contratación de esta Póliza, la protección de una o varias coberturas en condiciones similares y equivalentes en esta u otra compañía. Esta Antigüedad se especifica en el Certificado Individual.

## 1.3. Aparatos Ortopédicos y Prótesis

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

## 1.4. Asegurado

Se entenderá tanto al Asegurado Dependiente como al Asegurado Titular.

## 1.5. Asegurado Dependiente

Se entenderá por dependientes al cónyuge o concubino del Asegurado Titular y los hijos cuya edad no supere los 24 años, siempre y cuando sean solteros, estudiantes y no tengan remuneración alguna por trabajo personal.

## 1.6. Asegurado Titular

Es la persona que, siendo directamente miembro de la Colectividad Asegurada, se encuentra protegida ante los riesgos especificados en cada una de las coberturas contratadas y cuyos datos se encuentran plasmados en el Certificado Individual correspondiente.

## 1.7. Base de Reembolso

Cantidad establecida en el Certificado Individual, la cual servirá para determinar el monto máximo a pagar por concepto de Honorarios Médicos por procedimiento terapéutico y/o quirúrgico, mediante la aplicación de los factores establecidos en el Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich.

## 1.8. Beneficiario

Persona física a quien corresponderán los derechos indemnizatorios derivados de esta Póliza.

## 1.9. Coaseguro

Porcentaje a cargo del Asegurado que se aplica al monto total de gastos cubiertos hasta el límite establecido en el Certificado Individual.

## 1.10. Colectividad Asegurada

Está constituida por los integrantes de la Colectividad Asegurable que otorguen expresamente su consentimiento para ser asegurados y sean aceptados por Zurich México, quedando inscritos en el registro de asegurados.

### 1.11. Comisión o Compensación Directa

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

### 1.12. Contratante

Persona física o moral que es responsable ante Zurich México de la contratación y pago de la Prima del seguro en su totalidad, así como solicitar modificaciones y/o ajustes a la Póliza que no afecten el riesgo original contratado.

### 1.13. Contrato de Seguro o Póliza

El Contrato celebrado entre el Contratante y Zurich México por virtud del cual esta última se obliga frente al Asegurado o Beneficiarios, a pagar las indemnizaciones que resulten al producirse alguno de los Eventos previstos siempre que proceda de acuerdo con las coberturas y condiciones contratadas y que tanto la Póliza como el Certificado Individual se encuentren vigentes al ocurrir dichos Eventos.,

Las condiciones del Contrato de Seguro sólo podrán ser modificadas mediante el consentimiento escrito de ambas partes.

El Contrato de Seguro está integrado por la carátula de la Póliza, estas condiciones generales, la solicitud, los Certificados Individuales y los Endosos, el Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich y cualquier otro documento que haya sido materia para la celebración del mismo.

### 1.14. Culpa grave

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

### 1.15. Deducible

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

### 1.16. Dolo

Cometer un delito de manera consciente y voluntaria, sabiendo de antemano que la acción a realizar está penada por la Ley.

### 1.17. Donante

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

### 1.18. Eliminación o Reducción de Periodos de Espera

Es el beneficio que otorga Zurich México con base en el tiempo durante el cual, el Asegurado tuvo cobertura en esta u otra compañía, el cual aplica exclusivamente para eliminar o reducir los Periodos de Espera de algunos de los Padecimientos cubiertos.

### 1.19. Emergencia o Urgencia Médica

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

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

### 1.21. Enfermedad o Padecimiento
Toda alteración de la salud del asegurado que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo.

Las alteraciones o Enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de lo señalado en el punto anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como una misma Enfermedad.

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

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

### 1.24. Fecha de Primer Gasto
Es la fecha en la cual se erogó el gasto inicial derivado de un Evento cubierto.

### 1.25. Honorarios Médicos
Es aquella remuneración 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 para la atención médica y quirúrgica de pacientes que cuente con salas de intervenciones quirúrgicas, con Médicos y Enfermeras titulados las 24 horas del día.

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

### 1.28. Invalidez Total y Permanente
Se considerará Invalidez Total y Permanente cuando, durante la vigencia del Certificado Individual, el Asegurado haya sufrido lesiones corporales a causa de un Accidente o padezca una Enfermedad que lo imposibilite para desempeñar un trabajo remunerativo u ocupación del que pueda derivar alguna utilidad pecuniaria compatible con sus conocimientos y/o aptitudes y/o facultades físicas o intelectuales y posición social, y cuando se presuma que dicha imposibilidad sea de carácter permanente; siempre y cuando dicha Invalidez haya sido continua durante un Período de Espera no menor a 3 meses contados a partir de la fecha en que fue dictaminada la Invalidez.

Los siguientes casos se consideran como causa de Invalidez Total y Permanente, y no opera el Periodo de Espera citado en el párrafo anterior:

a) La pérdida de la vista en ambos ojos,
b) La pérdida de ambas manos,
c) La pérdida de ambos pies,
d) La pérdida de una mano y un pie
e) o de una mano y la vista de un ojo

f) o un pie y la vista de un ojo

Se entenderá por:

- Pérdida de una mano: la separación o anquilosis al nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella.
- Pérdida de un pie: la separación o anquilosis de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella. Pérdida de los dedos: la separación o su anquilosis sea de dos falanges completas cuando menos. Pérdida de la vista: la pérdida completa y definitiva de la visión.

### 1.29. Límite o Tope del Coaseguro

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

### 1.30. Mala fe

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

### 1.31. Médico

Persona legalmente autorizada mediante Cédula Profesional vigente para ejercer la medicina.

### 1.32. Monto por Procedimiento Terapéutico

Resultado de multiplicar la Base de Reembolso por el factor porcentual correspondiente al procedimiento del Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich. Este monto corresponde a los Honorarios Médicos.

### 1.33. Negligencia

Descuido o falta de cuidado o diligencia.

### 1.34. Órgano

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

### 1.35. Padecimiento Congénito

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

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

### 1.36. Padecimiento o Enfermedad Preexistente

Se considera preexistente, cualquier Enfermedad o Padecimiento:

a) Que haya sido declarado o no antes de la celebración del contrato, y/o;
b) Que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, y/o;
c) Diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
d) Por el que previamente a la fecha de celebración del contrato se hayan realizado gastos
e) Comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico.

### 1.37. Periodo al Descubierto

Es el lapso de tiempo durante el cual la Póliza no está pagada, 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.

No procederá el pago de reclamaciones por Accidentes o Enfermedades cuyos Síntomas y Signos se hayan manifestado durante ese período; ni como Pago Directo ni como Reembolso.

**1.38. Periodo de Espera**

Es el lapso ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de alta del Asegurado en la Póliza para que se pueda cubrir un Padecimiento, de acuerdo con las especificaciones de la Póliza y de las Condiciones Generales.

Zurich México no cubrirá los gastos erogados y los Padecimientos correspondientes originados, durante este periodo. Este Periodo de Espera opera para cada 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 la norma oficial mexicana aplicable y que se encuentran profesional y legalmente autorizados para proporcionar sus servicios.

**1.41. Plan**

Es el conjunto de coberturas y condiciones de la Póliza tales como grupo de Hospitales, Suma Asegurada, Deducible, Coaseguro, Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich, coberturas adicionales entre otras, incluyendo sus Endosos que indican los beneficios a los que se tienen derecho.

**1.42. 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.

**1.43. Prima de Riesgo**

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

**1.44. 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.

**1.45. Receptor**

Significa el Asegurado que se 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 coberturas de este Contrato.

**1.47. Red de Prestadores de Servicios**

Es el conjunto de Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios vinculados con Zurich México a través de un convenio de pago directo

### 1.48. Reembolso
Es la restitución de gastos procedentes, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de una Enfermedad o Accidente cubierto.

### 1.49. Reglamento del Seguro Colectivo
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. Renovación
Emisión consecutiva de este Contrato por un periodo establecido de tiempo, con el objeto de mantenerlo en vigor.

### 1.51. 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 de Prestadores de Servicios. 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 intervenirse 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.

### 1.52. Signos o Síntomas
Se entiende como cada una de las manifestaciones de una Enfermedad que se detecta objetivamente mediante una exploración médica y por síntomas al fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una Enfermedad y sirve para determinar su naturaleza indica que algo está sucediendo o va a suceder.

### 1.53. Servicio de Pago Directo
Servicio que consiste en el pago que realiza directamente Zurich México al prestador de servicios independiente y con el cual ha celebrado un convenio, por la atención médica a los Asegurados que presenten Enfermedades o Accidentes cubiertos por el contrato respectivo.

### 1.54. Suma Asegurada
Obligación máxima de Zurich México por cada Accidente o Enfermedad amparada por esta Póliza con base en las coberturas contratadas y siempre y cuando dicho Padecimiento ocurra durante la vigencia de la misma.

La Suma Asegurada para cada Accidente o Enfermedad quedará fija a partir de la Fecha del Primer Gasto cubierto.

Para cada gasto procedente por una misma Enfermedad o Accidente cubierto, la Suma Asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos totales pagados por esa misma Enfermedad o Accidente nunca rebasarán la Suma Asegurada contratada.

### 1.55. Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich
Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos en la cual se especifica, el porcentaje máximo que cubrirá Zurich México por cada uno de estos y que se aplicará a la base del reembolso para determinar la indemnización correspondiente.

El Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich 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. UMAM (Unidad de Medida y Actualización Mensual)

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

### 1.57. Zurich México

Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V., institución de seguros autorizada por el Gobierno Federal para realizar las operaciones relativas a la cobertura del presente Contrato de Seguro.

## 2. 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.

## 3. Gastos Médicos Amparados

Son aquéllos que efectúe el Asegurado por indicación de su Médico, con motivo de la atención médica requerida a causa de cualquier Accidente o Enfermedad ocurrido dentro de la vigencia del Certificado Individual y que sean necesarios para el restablecimiento de la salud del Asegurado. Los gastos médicos cubiertos son:

### 3.1. Honorarios de Procedimientos Terapéuticos

Los Honorarios Médicos que pertenezcan a la Red de Prestadores de Servicios, 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.

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 al límite establecido por el monto por Procedimientos Terapéuticos.

Los procedimientos terapéuticos realizados que no se encuentren en el Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich se valuarán 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 al 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.

### 3.2. Honorarios Médicos

La cantidad que se liquide por este concepto será de acuerdo al 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 al Plan contratado. Se cubrirán siempre y cuando esté relacionado a un Gastos Médico Mayor cubierto.

b) Honorarios Médicos con intervención quirúrgica.
- Honorarios Médicos y quirúrgicos de cirujano(s) cubriendo el 100% con límite máximo de acuerdo al Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich de acuerdo al 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 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 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.

### 3.3. Hospitalización

De acuerdo con el tipo de Plan contratado, especificado en la carátula de la Póliza y en el Certificado Individual.

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

### 3.4. Reembolso de Gastos 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 días siguientes a la fecha del Accidente, después de este periodo se considerará como Enfermedad.

### 3.5. 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.

### 3.6. 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.

### 3.7. Prótesis, Implantes, Injertos y Aparatos Ortopédicos

a) Compra o renta de Aparatos Ortopédicos y Prótesis que se requieran a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta, ocurrido durante la vigencia de la Póliza y del respectivo certificado. El monto estará limitado a 200 UMAM.
b) Gastos que resulten de la renta o compra de camas especiales para enfermos, pulmón artificial y otros aparatos semejantes, prótesis valvular cardiaca, 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. La prótesis dental sólo estará cubierta por el Accidente. El monto estará limitado a 200 UMAM. Se excluye la reposición de Aparatos Ortopédicos ya existentes a la fecha del Accidente o Enfermedad.
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.

### 3.8. Terapia y Rehabilitación

a) Gastos por tratamientos de radioterapia, inhalo terapia, rehabilitación, fisioterapia, neurorrehabilitación, quimioterapia u ozonoterapia de acuerdo al Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich.
b) Tratamientos psiquiátricos por trauma, cuyo pago se hará de acuerdo con la cobertura de consultas por Tratamientos Psiquiátricos.
c) Terapia ocupacional y 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, teniendo un máximo de 40 sesiones por Evento.

### 3.9. Ambulancia

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

### 3.10. Atención a Recién nacido por Padecimientos Congénitos

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

a) Se cubrirán las Enfermedades y anomalías congénitas de los Asegurados nacidos durante la vigencia del certificado, hasta un límite de 200 UMAM.
b) Padecimientos Congénitos para Asegurados no nacidos durante la vigencia del certificado, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones:

- Cuando se manifiesten después de la edad de 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 atención a recién nacidos:**

– **Se excluyen Padecimientos Congénitos o prematurez, originados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad y/o esterilidad de los padres del menor Asegurado.**

### 3.11. 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:

a) Linfoma de no-Hodgkin, Estado III A o B; Estado IV A o B.
b) Linfoma de Hodgkin, Estado III A o B; o Estado IV A o B.
c) Neuroblastoma, Estado III o Estado IV.
d) Leucemia no linfocítica aguda después del primer o segundo relapso.

Médula ósea alogénica, para:

a) Anemia a plástica.
b) Leucemia aguda.
c) Inmunodeficiencia combinada severa.
d) Síndrome de Wiskott-Aldrich.
e) Osteopetrosis infantil maligna (Enfermedad de Albers Schonberg u Osteopetrosis generalizada).
f) Leucemia mielógena crónica (LMC).
g) Neuroblastoma Estado III o IV en niños mayores de un año.
h) Beta talasemia homocigoto (talasemia mayor).
i) Linfoma de Hodgkin, Estado III A o B, o Estado IV A o B.
j) Linfoma de no- Hodgkin, Estado III o Estado IV.

Límites de esta cobertura:

a) La Suma Asegurada máxima para esta cobertura es de 500 UMAM.
b) Para la aplicación de Deducible y Coaseguro se mantienen las condiciones establecidas en el presente Contrato.
c) 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 sólo 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 Trasplantes.**

– **Quedan excluidos los gastos relacionados a un Trasplante de Órganos cuando:**
  **a) El Trasplante sea proporcionado por o en relación con una condición preexistente, o de naturaleza experimental o de investigación o electivo.**
  **b) Esté disponible cualquier tratamiento o procedimiento alternativo, igualmente efectivo para el tratamiento de la condición o Enfermedad del Asegurado.**

### 3.12. Consultas por Tratamientos Psiquiátricos

Se cubren los Honorarios Médicos por consultas psiquiátricas hasta un tope de 15 UMAM sin aplicación de Deducible ni Coaseguro cuando la consulta derive:

a) Del tratamiento de un asalto, secuestro o violación siempre y cuando el Asegurado no sea el sujeto activo de estos delitos.
b) 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.

**Quedan excluidos para esta cobertura:**

**a) Consultas que deriven de la ansiedad y/o depresión, a menos que éstas se deriven de un Accidente o Enfermedad cubierto.**
**b) Consultas derivadas de Padecimientos Preexistentes.**
**c) Consultas derivadas de un Accidente o Enfermedad ocurrido de forma posterior al término de la vigencia del certificado respectivo.**
**d) 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.**

### 3.13. Deportes Amateurs y/o Actividades Peligrosas

Quedan amparados los gastos médicos que requiera el Asegurado a consecuencia de Accidentes sufridos por la práctica amateur de deportes y/o actividades peligrosas y/o deportes extremos, cuando no ocurran a causa de negligencia inexcusable o culpa grave por parte del Asegurado o de sus dependientes, tales como esquí, deportes aéreos, buceo, charrería, hockey, equitación, go-karts, alpinismo, montañismo, espeleología, bungee, rappel, tauromaquia, box, lucha libre y grecorromana, artes marciales, jet ski, así como el uso de motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor; cuando se requiera el uso de motocicleta para el desempeño de sus actividades y siempre que el Accidente ocurra dentro de su horario de labores.

Para esta cobertura aplica el Deducible y Coaseguro de la cobertura básica.

### 3.14. Segunda Opinión Médica

El Asegurado podrá solicitar una Segunda Opinión sobre el diagnóstico y manejo del procedimiento de su Padecimiento con cualquiera de los Médicos especialistas con los cuales Zurich México, tiene convenio de servicio, debiendo ser canalizada esta Segunda Opinión a través del Médico coordinador de Zurich México y teniendo como límite el establecido en el Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich correspondiente al Plan contratado.

### 3.15. Cobertura de SIDA

Se cubrirá a los Asegurados de la Póliza los gastos médicos y hospitalarios originados a consecuencia de la infección del VIH o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) aplicando Deducible y Coaseguro estipulado en el Certificado Individual, siempre que hayan transcurrido los primeros 48 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.

**Limitaciones y Exclusiones Específicas de la Cobertura de SIDA**

**a) 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.**
**b) No se cubrirán los gastos cuando el VIH sea adquirido al utilizar cualquier tipo de droga intravenosa.**
**c) No se cubrirán los gastos cuando se utilicen drogas, medicamentos o tratamientos experimentales.**
**d) 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 Servicios.**

## 4. Padecimientos Cubiertos con Periodo de Espera

Periodo de espera de 30 días

Se cubrirán los gastos originados por las Enfermedades cuyas primeras manifestaciones y primer gasto médico por diagnóstico o tratamiento se presenten 30 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 sea aplicado el reconocimiento de Antigüedad con el que cuente el Asegurado.

Para Colectividades con un Número Inicial de Asegurados titulares menor o igual a 50, se cubrirán los gastos resultantes por tratamiento médico y/o quirúrgico, derivados de Enfermedad o Padecimiento de acuerdo a lo siguiente:

Con Periodo de Espera de 10 meses:

a) Preeclampsia y eclampsia.
b) Óbito.
c) Mola hidatiforme (embarazo molar).
d) Fiebre puerperal.
e) Toxicosis gravídica.
f) Placenta previa.
g) Placenta acreta.
h) Atonia uterina.
i) Atención a recién nacidos y Padecimientos Congénitos.
j) Gastos por maternidad: parto normal u operación cesárea.

Con Periodo de Espera de 12 meses:

a) Nariz y/o senos paranasales (cuando se haya contratado la cobertura opcional).
b) Amigdalitis y adenoiditis e hipertrofia de amígdala y/o adenoides.

c) Hernias de cualquier tipo, inclusive extrusión y profusión discal cuando sea en columna vertebral.
d) Vesícula biliar y vías biliares.
e) Litiasis renal y en vías urinarias.
f) Padecimientos de la columna vertebral (cuando se haya contratado la cobertura opcional).
g) Padecimientos ginecológicos (incluyendo endometriosis e insuficiencia del piso perineal, ginecomastia o mastoplastia.)
h) Padecimientos anorrectales.
i) Trastornos de rodilla, lesiones capsulo-ligamentarias y meniscos.
j) Insuficiencia venosa y várices de miembros inferiores.

Con Periodo de Espera de 48 meses:

a) Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

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 días de ocurrido con estudios radiográficos y presentación de documentos y gastos por la atención médica recibida.

Asimismo, dichos Periodos de Espera no serán aplicados en caso de urgencias médicas, entendiéndose como tales, las situaciones previstas por el numeral 1.19 en la Sección de Definiciones, contenida en las presentes condiciones generales.

Para Colectividades mayores a 50 asegurados se aplicará la Eliminación o Reducción de los Periodos de Espera previstos en la presente cláusula.

## 5. Exclusiones Generales de la Cobertura de Gastos Médicos

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

1. **Padecimientos y/o Enfermedades Preexistentes.**
2. **Para la cobertura de Continuidad Familiar por Muerte o Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular se excluyen los estados de invalidez originado o diagnosticados con anterioridad al inicio de vigencia del certificado respectivo, y en su caso las Enfermedades Preexistentes con un pronóstico de invalidez a ser desarrollado durante la vigencia del certificado.**
3. **Prematurez, malformaciones y Padecimientos Congénitos que no cumplan con los requisitos estipulados en los apartados de Atención a recién nacidos por Padecimientos Congénitos.**
4. **Padecimientos que resulten a consecuencia de alcoholismo o toxicomanías.**
5. **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.**
6. **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.**
7. **Padecimientos psiquiátricos con excepción de lo indicado en la cláusula de Tratamientos Psiquiátricos.**

8. **Lesiones originadas por trastornos de enajenación mental, de conducta, demencia, depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis.**
9. **Lesiones o mutilaciones originadas por intento de Suicidio.**
10. **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.**
11. **Honorarios por tratamientos naturistas, vegetarianos o cualquier tipo de medicina alternativa.**
12. **Tratamientos médicos o quirúrgicos a base de hipnotismo, quelaciones y magnetoterapia.**
13. **Tratamientos dentales, alveolares, gingivales, maxilofaciales excepto cuando sean a consecuencia de un Accidente cubierto por esta Póliza.**
14. **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.**
15. **Tratamientos médicos o quirúrgicos por obesidad, sobrepeso, anorexia o bulimia.**
16. **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún Accidente o Enfermedad cubierta ocurridos durante la vigencia de este seguro.**
17. **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.**
18. **Tratamientos preventivos.**
19. **Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir la calvicie o el acné en cualquiera de sus formas y manifestaciones.**
20. **Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en un Sanatorio u Hospital, salvo cama extra en los planes con cobertura nacional.**
21. **Lesiones originadas por riñas o actos delictivos intencionales y sus consecuencias, en que participe directamente el Asegurado como sujeto activo del delito.**
22. **Lesiones sufridas por el Asegurado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, revolución y rebelión.**
23. **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.**
24. **Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.**
25. **Lesiones sufridas por el Asegurado por la práctica profesional de algún deporte.**

26. **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.**
27. **Todo tipo de Padecimientos, intervenciones, complicaciones o tratamientos, que resulten por la aplicación de perforaciones, piercings o tatuajes.**
28. **Tratamientos médicos y/o quirúrgicos para manejo de talla baja, cualquiera que sea su causa.**
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. **Tratamiento de cirugía para optar un cambio de sexo, o cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.**
33. **Tratamientos experimentales para investigación o de un valor Médico dudoso que será determinado por un Médico autorizado para el ejercicio de su profesión.**
34. **Cargos en conexión de los gastos del síndrome cerebral o cargos custodiales resultando en casos de senilidad o deterioro cerebral.**
35. **Lentes de contacto y anteojos.**
36. **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.**
37. **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.**
38. **Los Padecimientos de la columna vertebral (exceptuando esguinces agudos). Sólo estarán cubiertos los Padecimientos de lordosis, sifosis y escoliosis, cuando se haya contratado esta cobertura opcional y hayan transcurrido los periodos de espera establecidos.**
39. **Cualquier gasto que no esté expresamente citado en la sección Gastos Médicos amparados de las presentes Condiciones Generales.**
40. **Padecimientos o Enfermedades a consecuencia de una Epidemia o Pandemia legalmente declaradas por las Autoridades Sanitarias, a menos de que se haya contratado su cobertura mediante el Endoso correspondiente.**

## 6. Coberturas Opcionales

El Asegurado tendrá derecho a los siguientes beneficios adicionales previa solicitud y autorización por escrito de Zurich México. Las coberturas opcionales operan exclusivamente si en el Certificado Individual respectivo se indica que están contratadas.

### 6.1. 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 del plan básico de gastos médicos mayores, sin más pago de Primas, para cada uno de los Asegurados Dependientes, durante los próximos 5 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 se emitirá una Póliza familiar para los Asegurados Dependientes con el mismo tipo de plan básico y Suma Asegurada vigente en la Póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo, sin incluir cobertura adicional alguna.

**Limitaciones y Exclusiones Específicas para la Continuidad Familiar por Muerte o Invalidez Total y Permanente del Asegurado Titular:**
**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.**

Para que esta cobertura surta efecto, el Asegurado Titular deberá ser el principal sostén económico de los Asegurado Dependientes sujetos al beneficio y sus ingresos deberán comprobarse al momento de ocurrir el fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente.

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.

### 6.2. Gastos Funerarios

Zurich México pagará con límite en la suma asegurada contratada para esta cobertura, a los Beneficiarios correspondientes, por cada uno de los Asegurados que aparezcan en el Certificado Individual y que fallezcan dentro de la vigencia de esta Póliza y el respectivo certificado, el importe de los gastos funerarios comprobables Si se trata de un Asegurado menor de 12 años, Zurich México solo reembolsará los gastos funerarios hasta un importe equivalente a 60 UMAM si éste fallece dentro de la vigencia del certificado previa acreditación de los gastos efectuados por este concepto.

Serán Beneficiarios de este beneficio el cónyuge o concubina (o) y los hijos mayores de edad por partes iguales para el Asegurado Titular y para el cónyuge o concubina (o) e hijos, lo será el Asegurado Titular, como Beneficiarios recíprocos. Dado que el objeto de la presente cobertura es reembolsar los gastos que se generen con motivo del fallecimiento del Asegurado Titular, de su cónyuge o concubina e hijos, se contemplan dentro de dichos gastos el traslado a la funeraria, los servicios de velación, embalsamado y arreglo estético, capilla para servicios religiosos, asistencia personalizada, servicio de cremación, urna de cenizas, entre otros.

Lo anterior, tendrá lugar siempre que el siniestro haya ocurrido durante la vigencia del certificado.

**Requisitos para el pago de reclamaciones**

El reclamante presentará a Zurich México la siguiente información de acuerdo al Evento ocurrido:
a) Certificado Individual, si lo tuviere.
b) Original o copia certificada del acta de defunción del Asegurado.
c) Certificado de defunción.
d) Copia de la identificación oficial de los Beneficiarios.
e) Copia de la identificación oficial del Asegurado (si se tuviera).
f) Copia del acta de nacimiento del Asegurado y de los Beneficiarios.
g) Comprobante de domicilio de los Beneficiarios.
h) Formatos de declaración de fallecimiento proporcionados por Zurich México.

## 6.3. 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 meses y el Deducible y Coaseguro especificados en el Certificado Individual. Para esta cobertura se reconocerá la Antigüedad de la madre.

### Exclusiones Específicas para Maternidad:

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

## 6.4. Legrado o aborto involuntario certificado por el Médico Tratante

Se cubren los procedimientos médicos quirúrgicos de Aborto o Legrado involuntarios, con una Suma Asegurada, y aplicación de deducible y coaseguros especificados en el Certificado Individual, siempre y cuando estos procedimientos se justifiquen por estar en riesgo la vida o integridad de la madre y que sean prescritos por el Médico Tratante.

## 6.5. Complicaciones del Embarazo

Se cubren los gastos originados, sujetos al Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich, a consecuencia de las siguientes complicaciones de la Asegurada titular o cónyuge o concubina:

**Sin Periodo de Espera:**

a) Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos.

**Con Periodo de Espera de 10 meses:**

a) Preeclampsia y eclampsia.
b) Óbito.
c) Mola hidatiforme
d) (embarazo molar).
e) Fiebre puerperal.
f) Toxicosis gravídica.
g) Placenta previa.
h) Placenta acreta.
i) Atonia uterina.

La Suma Asegurada, Deducible y Coaseguro aplicables a esta cobertura, serán los especificados en el Certificado Individual. Para esta cobertura se reconocerá la Antigüedad de la madre.

### 6.6. 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 Certificado Individual o Endoso respectivos. El pago de la indemnización iniciará posterior a 24 horas de que el Asegurado ingrese como paciente interno, es decir, no se cubrirán las primeras 24 horas de estancia, y se pagará hasta un máximo de diez días consecutivos, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para la atención de una Enfermedad o Accidente.

**Exclusiones**

1. **Indemnización por Hospitalización a consecuencia de exclusiones de la cobertura básica.**
2. **Indemnización por hospitalizaciones previas a la contratación de esta cobertura opcional para cada certificado.**

### 6.7. 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 Certificado Individual o Endoso respectivos, y sin aplicación de Coaseguro.

Zurich México pagará la Reclamación en Moneda Nacional, de acuerdo al 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 efectué el Reembolso.

**Limitaciones y Exclusiones Específicas aplicables a la cobertura de Emergencia Médica en el Extranjero**

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

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

### 6.8. Ayuda por Fallecimiento durante una Intervención Quirúrgica

Si a causa de un Accidente o Enfermedad cubierta el Asegurado Titular fuere intervenido quirúrgicamente en un Hospital de la Red Médica de Zurich México, por un Médico en convenio y autorizado para realizar la intervención, y perdiere la vida en dicha intervención, Zurich México otorgará

una ayuda económica a la sucesión legítima del Asegurado Titular por la cantidad establecida en el Certificado Individual sin aplicación de Deducible ni Coaseguro.

La intervención deberá haberse realizado dentro del plazo de vigencia del Certificado Individual correspondiente.

### 6.9. Cobertura de Nariz y Senos Paranasales

Se cubren después de transcurridos 12 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:

a) Para el caso de Enfermedades, el Deducible y el Coaseguro serán los estipulados en el Certificado Individual.
b) Para el caso de Accidentes, el Deducible será el estipulado en el Certificado Individual y no aplica Coaseguro.
c) 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 Servicios.

## 7. Reclamaciones y Pago de indemnizaciones

### 7.1. Avisos

a) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a Zurich México, en el curso de los primeros cinco días hábiles, de cualquier Accidente o Enfermedad que pueda ser motivo de indemnización. El retraso para dar el aviso antes mencionado, 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 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.

b) 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.
c) 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.

d) Zurich México sólo pagará los honorarios de Médicos titulados y Enfermeras tituladas legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión, así como los gastos de internamiento efectuados en Sanatorios y Hospitales legalmente autorizados.

e) Para Reclamaciones por Consultas por Tratamiento Psiquiátrico, cuando éstas sean derivadas del tratamiento de un asalto, secuestro o violación, 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.

### 7.2. 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 de Prestadores de Servicios; de lo contrario Zurich México reembolsará a la sucesión legítima del Asegurado.

## 7.3. Servicio de Pago Directo

En el caso de que el Asegurado requiera de atención de la Red de Prestadores de Servicios, 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 de Prestadores de Servicios, 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 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.

La descripción para el uso de los servicios previos se encuentra en el folleto: Manual del Asegurado.

## 7.4. 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 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

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.

### 7.5. Sistema de Pago por Reembolso

Funciona para aquellos gastos cubiertos por el Contrato que:

a) El servicio médico se hubiere proporcionado por Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios no incluidos en la Red de Prestadores de Servicios.

b) 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.

### 7.6. Aplicación de Deducible y Coaseguro

a) Si el Asegurado que recibe la atención médica utiliza el Servicio de Pago Directo 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.

| USO DE LA RED MÉDICA ZURICH A TRAVÉS DE PAGO DIRECTO | | Nivel Hospitalario donde se atendió el Asegurado | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **ALTO** | **MEDIO** | **BAJO** |
| CONTRATADO | **ALTO** | Deducible: Se elimina hasta 2 SMGM Coaseguro: Se elimina hasta 5 puntos porcentuales | Deducible: Se elimina hasta 3 SMGM Coaseguro: Se elimina hasta 10 puntos porcentuales | Deducible: Se elimina hasta 4 SMGM Coaseguro: Se elimina hasta 15 puntos porcentuales |
| | **MEDIO** | Deducible: Se aplica Contratado Coaseguro: Aumento en 10 puntos porcentuales | Deducible: Se elimina hasta 2 SMGM Coaseguro: Se elimina hasta 5 puntos porcentuales | Deducible: Se elimina hasta 3 SMGM Coaseguro: Se elimina hasta 10 puntos porcentuales |
| | **BAJO** | Deducible: Se aplica Contratado Coaseguro: Aumento en 20 puntos porcentuales | Deducible: Se aplica Contratado Coaseguro: Aumento en 10 puntos porcentuales | Deducible: Se elimina hasta 2 SMGM Coaseguro: Se elimina hasta 5 puntos porcentuales |

b) En cualquier situación en la que el Asegurado reciba atención médica en un Hospital de mayor nivel al del Plan contratado se aplicará un incremento de coaseguro al contratado en la cobertura básica, sin aplicar tope al mismo aún con uso de la red médica de Zurich.

| USO FUERA DE LA RED MEDICA ZURICH O A TRAVES DE REEMBOLSO | | Nivel Hospitalario donde se atendió el Asegurado | | |
|---|---|---|---|---|
| | | **ALTO** | **MEDIO** | **BAJO** |
| NIVEL HOSPITALARIO | **ALTO** | Deducible: Se aplica Contratado Coaseguro: Se aplica Contratado Tope de Coaseguro: Se aplica Contratado | Deducible: Se REDUCE hasta 2UMA Coaseguro: Se aplica Contratado Tope de Coaseguro: Se aplica Contratado | Deducible: Se REDUCE hasta 3 UMA Coaseguro: Se aplica Contratado Tope de Coaseguro |
| | **MEDIO** | Deducible: Se aplica Contratado Coaseguro: AUMENTO en 20 pp* Tope de Coaseguro: SIN TOPE | Deducible: Se aplica Contratado Coaseguro: Se aplica Contratado Tope de Coaseguro: Se aplica Contratado | Deducible: Se REDUCE hasta 2UMA Coaseguro: Se aplica Contratado Tope de Coaseguro: Se aplica Contratado |
| | **BAJO** | Deducible: Se aplica Contratado Coaseguro: AUMENTO en 30 pp* Tope de Coaseguro: SIN TOPE | Deducible: Se aplica Contratado Coaseguro: AUMENTO en 20 pp* Tope de Coaseguro: SIN TOPE | Deducible: Se aplica Contratado Coaseguro: Se aplica Contratado Tope de Coaseguro: Se aplica Contratado |

pp* = Puntos porcentuales

c) 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.

d) Para todos los incisos de esta cláusula, en gastos posteriores al gasto inicial tramitados vía Sistema de Pago por Reembolso, se aplicará el Coaseguro y limitaciones de la Póliza.

**7.7. Servicios y 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) Cobertura de 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.

c) Cobertura de 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.

d) Trasplante de Órganos: Cualquier Trasplante debe ser autorizado previamente por escrito por Zurich México.

### 7.8. Referencias

Zurich México pone a disposición de los Asegurados la página de internet www.zurich.com.mx donde se publicará la siguiente información actualizada:

a) Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich.
b) Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios incluidos en la Red de Prestadores de Servicios citando el Nivel Hospitalario de cada proveedor.
c) Folleto: Manual del Asegurado.
d) Formatos para la Reclamación de un Evento; entre otros: Aviso de Accidente o Enfermedad, Informe Médico.

## 8. Cláusulas Generales

### 8.1. Residencia

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

### 8.2. Agravación del Riesgo

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

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

Artículo 53.-Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.”

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

"Artículo 55.- Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones." Artículo 60.- En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas"

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de Zurich México, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En su caso, las obligaciones del Contrato serán restauradas una vez que Zurich México tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

Zurich México 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.

### 8.3. Registro de Asegurados

Zurich México formará un registro de asegurados en este seguro, el cual deberá contar con la siguiente información:

a) Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes de la Colectividad Asegurada;
b) Suma Asegurada o regla para determinarla;
c) Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y fecha de terminación del mismo;
d) Operación y Plan de seguros de que se trate;
e) Número de Certificado Individual, y
f) Coberturas amparadas.

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

### 8.4. Reconocimiento de Antigüedad en Otros Seguros Similares

[1] Artículo 13 del Reglamento del Seguro Colectivo

El reconocimiento de Antigüedad opera sobre las siguientes bases:

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

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

Para otorgar este beneficio se deberá presentar en la fecha de emisión por parte del Contratante de la Póliza, listado de asegurados y carátula de Póliza en papel con membrete de la compañía de seguros anterior donde se certifique el periodo de aseguramiento.

Para altas posteriores a la emisión de la Póliza, el Asegurado tendrá la obligación de demostrar su Antigüedad en la compañía de seguros anterior con carta de dicha compañía firmada por el área técnica o de operaciones, especificando 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 este beneficio no surtirá efecto.

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

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

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

### 8.5. Alta de Asegurados

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

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

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 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.”[2]

[2] Artículo 17 del Reglamento del Seguro Colectivo

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

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

a) En la fecha en que el Asegurado se dé de alta al seguro.
b) En la fecha en que el Asegurado los reconoce como tales, dentro de un período máximo de 30 días, posteriores al Evento que lo origina.
c) El Asegurado Titular podría solicitar la inclusión de dependientes en fecha distinta a la especificada anteriormente, pero en estos casos se aplicará un Periodo de Espera para estos dependientes de 60 días y mediante la presentación de la prueba de asegurabilidad que exija Zurich México, la cual incluirá un certificado Médico sobre el estado de salud del solicitante.

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

## 8.6. Baja de Asegurados

"Las personas que se separen definitivamente de la Colectividad Asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la Prima de Riesgo no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente y dentro del plazo máximo de 15 días hábiles siguientes a que se notifique la baja."[3]

## 8.7. Autoadministración

Cuando el Contratante y Zurich México así lo convengan mediante acuerdo por escrito, la Póliza podrá ser autoadministrada, rigiendo en tal caso las siguientes bases:

Zurich México dará cobertura como Asegurado, mientras se encuentre en vigor la Póliza, a las personas que se integren a la colectividad asegurable y que cumplan con los requisitos de asegurabilidad que está facultada para solicitar, para lo cual será requisito indispensable la solicitud por escrito del Asegurado Titular y/o Contratante. El incumplimiento de esta solicitud traerá como consecuencia que Zurich México, en caso de siniestro, solo cubrirá a los Asegurados de los que tenga conocimiento.

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

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

La devolución de las Primas resultantes por la baja de Asegurados se calculará a prorrata considerando la diferencia en días de la fecha de baja del Asegurado y la fecha de fin de vigencia de la Póliza, dicha Prima se acumulará en los saldos pendientes por devolver de la Póliza.

[3] Artículo 18 del Reglamento del Seguro Colectivo

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

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

Al finalizar la vigencia de la Póliza, el Contratante contará con 15 días para liquidar los recibos de Primas pendientes y/o el Ajuste Anual, sin importar que renueve o no con Zurich México. Si el Contratante renueva la Póliza con Zurich México y no lleva a cabo el pago de Primas pendientes y /o el Ajuste Anual de la vigencia anterior, se procederá de la siguiente manera:

- Si el Contratante lleva a cabo el pago de la Prima o la fracción correspondiente de ella de esta Póliza, Zurich México aplicará los recibos pendientes de Primas y/o el Ajuste Anual contra dicho pago y el Contratante deberá efectuar el pago correspondiente a la nueva vigencia durante el Periodo de Gracia establecido.

- En caso de concluir el Periodo de Gracia, sin que el Contratante hubiera liquidado los recibos pendientes de Primas y/o el Ajuste Anual de la vigencia anterior y/o la Prima o fracción correspondiente a la nueva vigencia, Zurich México no podrá continuar con el pago de reclamaciones y procederá a cancelar la Póliza.

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

## 8.8. Obligación del Contratante

El Contratante deberá dar cumplimiento a las siguientes obligaciones:

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

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

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

### 8.9. Edad

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

a) 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.

b) 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.

### 8.10. Edades 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 |
|---|---|---|---|---|
| Gastos médicos cubiertos | 0 | 64 | 64 | 65 |
| Cobertura internacional | 31 días | 64 | 64 | 65 |
| Indemnización diaria por | 0 | 60 | 64 | 65 |
| Continuidad familiar | 0 | 24 | 24 | 25 |
| Continuidad familiar (Adultos) | 18 | 64 | 64 | 65 |
| Para las demás coberturas | 0 | 64 | 64 | 65 |

### 8.11. Certificados Individuales

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

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

El Contratante será responsable de hacer del conocimiento de los Asegurados la información a que se refiere la presente cláusula, en sustitución de la obligación de Zurich México de expedir el certificado correspondiente.

No obstante, el Asegurado tendrá en todo momento el derecho de solicitar a Zurich México el Certificado correspondiente.

### 8.12. Vigencia de la Póliza y de los certificados

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.

### 8.13. Periodo de Beneficio

El periodo de beneficio comenzará a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto y finalizará dentro de los treinta días siguientes a la terminación de vigencia del respectivo

certificado, siempre y cuando éste sea renovado sin interrupción, caso en el que el periodo de beneficio será prorrogado por otro período de seguro.

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

1. Al verificase la recuperación de la salud o vigor vital respecto a la Enfermedad o Accidente que haya afectado al Asegurado, o
2. Al agotarse la Suma Asegurada, o
3. Al vencimiento del periodo de beneficio previsto en el primer párrafo de la presente cláusula.

Lo dispuesto en esta cláusula no es aplicable en caso de que el contrato o el certificado sean cancelados anticipadamente.

## 8.14. Terminación de la Póliza

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

a) Al concluir la vigencia que aparece en la carátula de la Póliza.
b) Terminado el plazo de gracia para el pago de las Primas correspondientes, sin que se hubiere efectuado el pago de las mismas.

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

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

## 8.15. Cancelación Anticipada del Seguro

Este seguro podrá ser cancelado por el Contratante cuando lo solicite por escrito a Zurich México.

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

En este caso Zurich México tendrá derecho a la parte de la Prima que corresponda al tiempo durante el cual el seguro hubiere estado en vigor, de acuerdo con la siguiente tabla.

| Período | Porcentaje de la Prima anual |
|---|---|
| Hasta 3 meses | 40% |
| Hasta 4 meses | 50% |
| Hasta 5 meses | 60% |
| Hasta 6 meses | 70% |
| Hasta 7 meses | 75% |
| Hasta 8 meses | 80% |
| Hasta 9 meses | 85% |
| Hasta 10 meses | 90% |
| Hasta 11 meses | 95% |

En consecuencia, Zurich México restituirá al Contratante o Asegurado según corresponda, la prima restante dentro del plazo de 15 días hábiles siguientes a la fecha en que se solicitó la cancelación.

### 8.16. 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.

### 8.17. Renovación de la Póliza

El Contrato de Seguro podrá renovarse mediante Endoso a la Póliza, si dentro de los últimos 20 días hábiles de vigencia de cada período de seguro, el Contratante o Zurich México no dan aviso por escrito a la otra parte su voluntad de no renovarlo, y siempre y cuando se reúnan los requisitos establecidos en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades a la fecha de vencimiento del Contrato de Seguro.

A la Renovación se aplicarán las Primas de tarifa, los Deducibles y Coaseguros vigentes obtenidos conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas, los cuales Zurich México estará obligado a informar al Contratante con al menos 20 días hábiles a la terminación de la vigencia. La Póliza será renovada en las mismas condiciones de aseguramiento 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 de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, previendo el nuevo contrato un servicio de la Red Zurich con similares condiciones en cuanto a calidad, servicio y ubicación a la originalmente contratada.

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

### 8.18. Primas

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.

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

La Prima vence a la fecha de celebración del contrato y el Contratante deberá pagarla en las oficinas de Zurich México contra recibo oficial debidamente requisitado, que otorgue la misma.

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

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.

### 8.19. Periodo de Gracia para el Pago de Primas

Para liquidar la Prima o fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, el Contratante gozará de un Periodo de Gracia de 30 días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

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

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

## 8.20. Comisiones y Compensaciones Directas

Durante la vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a Zurich México 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. Zurich México proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

## 8.21. Padecimiento y/o Enfermedad Preexistente

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

a) Haya existido previo a la celebración del contrato, declaración de la existencia de dicho Padecimiento y/o Enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

b) Cuando Zurich México cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la Enfermedad o Padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la Reclamación.

c) Previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o Padecimiento de que se trate.

## 8.22. Arbitraje

Procedimiento Arbitral para resolver controversias en caso de Enfermedades Preexistentes, o de cualquier otro Padecimiento médico relacionado con esta Póliza.

En caso de desacuerdo entre el Asegurado y Zurich México acerca de la preexistencia de la Enfermedad y/o Padecimiento, a voluntad del Asegurado la cuestión podrá ser sometida a dictamen de un perito médico nombrado de común acuerdo por escrito por ambas partes; pero si no se pusieren de acuerdo con el nombramiento de un solo perito, se designarán dos, uno por cada parte, lo cual se hará en el plazo de diez días contado a partir de la fecha en la que una de ellas hubiere sido requerida por la otra por escrito para que lo hiciere. Antes de empezar sus labores, los dos peritos nombrarán un tercero para el caso de discordia.

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

El fallecimiento de una de las partes cuando fuere persona física, o su disolución cuando fuere una 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 Servicios Financieros (CONDUSEF) para que lo substituya.

Si el Asegurado acude al arbitraje médico, Zurich México 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 Zurich México.

## 8.23. Subrogación

De conformidad con el Artículo 152 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.

## 8.24. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de atención de consultas y reclamaciones de la propia institución de seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en términos de lo dispuesto en los Artículos 50-bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, en todo caso queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante el Juez, lo anterior dentro del término de dos años contado a partir de que se suscite el hecho que le dió origen, o en su caso a partir de la negativa de la Institución Financiera, a satisfacer las pretensiones del usuario.

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

## 8.25. Indemnización por Mora en el Pago

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

## 8.26. Modificaciones y Notificaciones

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

Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: “Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, El Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones.”

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

## 8.27. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sea por parte del Asegurado o Zurich México serán en moneda nacional, conforme al Artículo 8 de la Ley Monetaria vigente en los Estados Unidos Mexicanos.

En el caso de la cobertura de Emergencia en el Extranjero o de que se contrate la Cobertura Internacional, los gastos efectuados que procedan, de acuerdo a las condiciones de esta Póliza, serán reembolsados de acuerdo al tipo de cambio vigente al día en que se efectúe el pago de los mismos, emitido por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial.

## 8.28. Tipo de Cambio

El tipo de cambio que se aplicará en el caso en que la Póliza haya sido contratada en dólares será de acuerdo al 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.

## 8.29. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante está obligado a declarar por escrito a Zurich México de acuerdo con la solicitud y el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

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

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

## 8.30. Otros Seguros

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

## 8.31. Prescripción

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 Artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

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

## 8.32. Responsabilidad Civil

En virtud de la libertad de elección del Asegurado para recibir la atención de los padecimientos o accidentes cubiertos por esta póliza, 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, Hospitalarios, de enfermería, de laboratorio, de traslado en ambulancia, o por el uso de medicamentos, aparatos, instrumentos o sustancias peligrosas, en la atención o tratamiento de cualquier Enfermedad amparada o Accidente amparado. No obstante, 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.

## 8.33. Unidad Especializada

El Asegurado podrá presentar sus consultas y reclamaciones relacionadas con el Contrato de Seguro en la Unidad Especializada de Zurich México ubicada 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. Teléfono 55 5284 1103 o al correo electrónico: unidad.especializada@mx.zurich.com horario de atención lunes a viernes de 9:00 am a 17 horas.

## 8.34. Expediente de Identificación

De conformidad las Disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, será obligación del Contratante el integrar y conservar el expediente (datos y documentos) de las personas aseguradas señaladas, el cual estará a disposición de Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V., en caso de ser requerido por autoridad competente dentro del término que se le conceda a ésta última.

## 8.35. Entrega electrónica de documentación contractual

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

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

1. Correo certificado al domicilio registrado al momento de la contratación;
2. Acudiendo personalmente a cualquiera de las sucursales de la Compañía;

### 8.36. Aviso de Privacidad

ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. de C.V., hace de su conocimiento que sus datos personales, incluso los sensibles y los patrimoniales o financieros, recabados, que se recaben o generados 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, análisis, ofrecimiento y promoción de bienes, productos y servicios y/o prospección comercial, así como para cumplir las obligaciones derivadas de tal relación y otros fines compatibles o análogos, quedando convenido que usted acepta la transferencia que pudiera realizarse en su caso a las entidades que formen parte directa o indirectamente del Grupo Zurich, sus subsidiarias y afiliadas y a Terceros, Nacionales o Extranjeros.

Para limitar el uso y divulgación de sus datos, mantendremos políticas y procedimientos de seguridad y confidencialidad.

El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición -a partir del 6 de enero de 2012- y la revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada en el aviso de privacidad que encontrará en su texto completo en nuestra página www.zurich.com.mx.

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 Avila 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 N°762, Col. del Valle, 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 mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

# ANEXO DE TRANSCRIPCIÓN DE REFERENCIAS LEGALES

## Ley Sobre del Contrato de Seguros

Artículo 8°.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

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

Artículo 40.- Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.
Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

Artículo 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Artículo 67.- Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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

## Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

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

En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento.

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

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

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

Artículo 276.- Si una Institución de Seguro s no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

a) Los intereses moratorios;
b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y c) La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

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

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

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

Artículo 277.-En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del

mercado de valores para que éste efectúe dicho remate. En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables. La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

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

I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y
II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:

a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y
b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

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

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

a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;
b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;

c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y
d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento. Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables. La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación.

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

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

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

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

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

**Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros**

Artículo 50 Bis.- Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:
I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;
III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;

IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada.

Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

**Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.**

Artículo 68.- La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:
I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

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

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

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

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.
La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

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

VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir

información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Código Penal Federal**

Artículo 139.- Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y cuatrocientos a mil doscientos días multa, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:
I. A quien utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares, material radioactivo, material nuclear, combustible nuclear, mineral radiactivo, fuente de radiación o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos, o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, intencionalmente realice actos en contra de bienes o servicios, ya sea públicos o privados, o bien, en contra de la integridad física, emocional, o la vida de personas, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para atentar contra la seguridad nacional o presionar a la autoridad o a un particular, u obligar a éste para que tome una determinación.
II. Al que acuerde o prepare un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en territorio nacional.

Las sanciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo se aumentarán en una mitad, cuando además:
I. El delito sea cometido en contra de un bien inmueble de acceso público;
II. Se genere un daño o perjuicio a la economía nacional, o
III. En la comisión del delito se detenga en calidad de rehén a una persona.

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

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

Artículo 139 Quáter.- Se impondrá la misma pena señalada en el artículo 139 de este Código, sin perjuicio de las penas que corresponden por los demás delitos que resulten, al que por cualquier medio que fuere ya sea directa o indirectamente, aporte o recaude fondos económicos o recursos de cualquier naturaleza, con conocimiento de que serán destinados para financiar o apoyar actividades de individuos u organizaciones terroristas, o para ser utilizados, o pretendan ser utilizados, directa o indirectamente, total o parcialmente, para la comisión, en territorio nacional o en el extranjero, de cualquiera de los delitos previstos en los ordenamientos legales siguientes: I. Del Código Penal Federal, los siguientes:
1) Terrorismo, previstos en los artículos 139, 139 Bis y 139 Ter;
2) Sabotaje, previsto en el artículo 140;
3) Terrorismo Internacional, previsto en los artículos 148 Bis, 148 Ter y 148 Quáter;

4) Ataques a las vías de comunicación, previstos en los artículos 167, fracción IX, y 170, párrafos primero, segundo y tercero, y
5) Robo, previsto en el artículo 368 Quinquies. II. De la Ley que Declara Reservas Mineras los Yacimientos de Uranio, Torio y las demás Substancias de las cuales se obtengan Isótopos Hendibles que puedan producir Energía Nuclear, los previstos en los artículos 10 y 13.

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

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

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

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

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

Tratándose de instrumentos y vehículos utilizados para cometer los delitos considerados en este capítulo, así como de objetos y productos de esos delitos, cualquiera que sea la naturaleza de dichos bienes, se estará a lo dispuesto en los artículos 40 y 41. Para ese fin, el Ministerio Público dispondrá durante la averiguación previa el aseguramiento que corresponda y el destino procedente en apoyo a la procuración de justicia, o lo solicitará en el proceso, y promoverá el decomiso para que los bienes de que se trate o su producto se destinen a la impartición de justicia, o bien, promoverá en su caso, la suspensión y la privación de derechos agrarios o de otra índole, ante las autoridades que resulten competentes conforme a las normas aplicables.

Artículo 194.- Se impondrá prisión de diez a veinticinco años y de cien hasta quinientos días multa al que: I.- Produzca, transporte, trafique, comercie, suministre aun gratuitamente o prescriba alguno de los narcóticos señalados en el artículo anterior, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud;

Para los efectos de esta fracción, por producir se entiende: manufacturar, fabricar, elaborar, preparar o acondicionar algún narcótico, y por comerciar: vender, comprar, adquirir o enajenar algún narcótico.

Por suministro se entiende la transmisión material de forma directa o indirecta, por cualquier concepto, de la tenencia de narcóticos.

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

II.- Introduzca o extraiga del país alguno de los narcóticos comprendidos en el artículo anterior, aunque

fuere en forma momentánea o en tránsito. Si la introducción o extracción a que se refiere esta fracción no llegare a consumarse, pero de los actos realizados se desprenda claramente que esa era la finalidad del agente, la pena aplicable será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el presente artículo.

III.- Aporte recursos económicos o de cualquier especie, o colabore de cualquier manera al financiamiento, supervisión o fomento para posibilitar la ejecución de alguno de los delitos a que se refiere este capítulo; y IV.- Realice actos de publicidad o propaganda, para que se consuma cualesquiera de las sustancias comprendidas en el artículo anterior.

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

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

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

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

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

El Ministerio Público Federal no procederá penalmente por este delito en contra de la persona que posea:
I. Medicamentos que contengan narcóticos, cuya venta al público se encuentre supeditada a requisitos especiales de adquisición, cuando por su naturaleza y cantidad dichos medicamentos sean los necesarios para el tratamiento de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder.
II. Peyote u hongos alucinógenos, cuando por la cantidad y circunstancias del caso pueda presumirse que serán utilizados en las ceremonias, usos y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas, así reconocidos por sus autoridades propias.
Para efectos de este capítulo se entiende por posesión: la tenencia material de narcóticos o cuando éstos están dentro del radio de acción y disponibilidad de la persona.

La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.
Artículo 196.- Las penas que en su caso resulten aplicables por los delitos previstos en el artículo 194 serán aumentadas en una mitad, cuando:
I.- Se cometa por servidores públicos encargados de prevenir, denunciar, investigar o juzgar la comisión de los delitos contra la salud o por un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo. En este caso, se impondrá, a dichos servidores públicos, además, suspensión para desempeñar cargo o comisión en el servicio público, hasta por cinco años, o destitución, e inhabilitación hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta. Si se trata de un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en cualquiera de las situaciones mencionadas se le impondrá, además la baja

definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca, y se le inhabilitará hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta, para desempeñar cargo o comisión públicos en su caso;
II.- La víctima fuere menor de edad o incapacitada para comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente
III.- Se utilice a menores de edad o incapaces para cometer cualesquiera de esos delitos;
IV.- Se cometa en centros educativos, asistenciales, policiales o de reclusión, o en sus inmediaciones con quienes a ellos acudan;
V.- La conducta sea realizada por profesionistas, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud en cualesquiera de sus ramas y se valgan de esa situación para cometerlos. En este caso se impondrá, además, suspensión de derechos o funciones para el ejercicio profesional u oficio hasta por cinco años e inhabilitación hasta por un tiempo equivalente al de la prisión impuesta;
VI.- El agente determine a otra persona a cometer algún delito de los previstos en el artículo 194, aprovechando el ascendiente familiar o moral o la autoridad o jerarquía que tenga sobre ella; y
VII.- Se trate del propietario poseedor, arrendatario o usufructuario de un establecimiento de cualquier naturaleza y lo empleare o para realizar algunos de los delitos previstos en este capítulo o permitiere su realización por terceros. En este caso además, se clausurará en definitiva el establecimiento.

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

La misma pena de prisión y multa, así como la inhabilitación para ocupar cualquier empleo, cargo o comisión públicos hasta por cinco años, se impondrá al servidor público que, en ejercicio de sus funciones, permita o autorice cualquiera de las conductas comprendidas en este artículo.
Son precursores químicos, productos químicos esenciales y máquinas los definidos en la ley de la materia.

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

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

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

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

Si en las conductas descritas en los dos párrafos anteriores no concurren las circunstancias que en ellos se precisan, la pena será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el artículo 194, siempre y cuando la siembra, cultivo o cosecha se hagan con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en las fracciones I y II de dicho artículo. Si falta esa finalidad, la pena será de dos a ocho años de prisión. Si el delito fuere cometido por servidor público de alguna corporación policial, se le impondrá, además la destitución del empleo, cargo o comisión públicos y se le inhabilitará de uno a cinco años para

desempeñar otro, y si el delito lo cometiere un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo, se le impondrá, además de la pena de prisión señalada, la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar cargo o comisión públicos.

La siembra, cultivo o cosecha de plantas de marihuana no será punible cuando estas actividades se lleven a cabo con fines médicos y científicos en los términos y condiciones de la autorización que para tal efecto emita el Ejecutivo Federal.
Artículo 199.- El Ministerio Público o la autoridad judicial del conocimiento, tan pronto conozca que una persona relacionada con algún procedimiento por los delitos previstos en los artículos 195 o 195 bis, es farmacodependiente, deberá informar de inmediato y, en su caso, dar intervención a las autoridades sanitarias competentes, para los efectos del tratamiento que corresponda.

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

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

Artículo 400.- Se aplicará prisión de tres meses a tres años y de quince a sesenta días multa, al que:
I.- Con ánimo de lucro, después de la ejecución del delito y sin haber participado en éste, adquiera, reciba u oculte el producto de aquél a sabiendas de esta circunstancia. Si el que recibió la cosa en venta, prenda o bajo cualquier concepto, no tuvo conocimiento de la procedencia ilícita de aquélla, por no haber tomado las precauciones indispensables para asegurarse de que la persona de quien la recibió tenía derecho para disponer de ella, la pena se disminuirá hasta en una mitad;
II.- Preste auxilio o cooperación de cualquier especie al autor de un delito, con conocimiento de esta circunstancia, por acuerdo posterior a la ejecución del citado delito;
III.- Oculte o favorezca el ocultamiento del responsable de un delito, los efectos, objetos o instrumentos del mismo o impida que se averigüe;
IV. Requerido por las autoridades, no dé auxilio para la investigación de los delitos o para la persecución de los delincuentes;
V. No procure, por los medios lícitos que tenga a su alcance y sin riesgo para su persona, impedir la consumación de los delitos que sabe van a cometerse o se están cometiendo, salvo que tenga obligación de afrontar el riesgo, en cuyo caso se estará a lo previsto en este artículo o en otras normas aplicables;
VI. Altere, modifique o perturbe ilícitamente el lugar, huellas o vestigios del hecho delictivo, y
VII. Desvíe u obstaculice la investigación del hecho delictivo de que se trate o favorezca que el inculpado se sustraiga a la acción de la justicia.

No se aplicará la pena prevista en este artículo en los casos de las fracciones III, en lo referente al ocultamiento del infractor, y IV, cuando se trate de:
a) Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines;
b) El cónyuge, la concubina, el concubinario y parientes colaterales por consanguinidad hasta el cuarto grado, y por afinidad hasta el segundo; y
c) Los que estén ligados con el delincuente por amor, respeto, gratitud o estrecha amistad derivados de motivos nobles.

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

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

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

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

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

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

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 Avila 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 N°762, Col. del Valle, 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 mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

# ENDOSOS OPCIONALES

## 1. AVIACIÓN PARTICULAR

Por medio del presente Endoso se hace constar que se cubrirán con base en el Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich, los gastos originados por la atención médica que requiera el Asegurado a consecuencia directa de un Accidente ocurrido cuando viaje como pasajero de aeronaves que no pertenezcan a una línea aérea comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros, incluyendo vuelos chárter y helicópteros, siempre y cuando el Asegurado no viaje más de 100 horas al año y que el piloto cuente con licencia vigente para ejercer su profesión.

Las condiciones que aplicarán para esta cobertura son las siguientes:
Suma Asegurada: xxxx
Deducible: xxx
Coaseguro: xxxx
Tope de Coaseguro: xxx

El presente Endoso NO aplica para la cobertura internacional con que pudiera contar la presente Póliza.

**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 mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

## 2. COBERTURA INTERNACIONAL

"Por medio del presente Endoso se hace constar que esta cobertura al ser opcional, el Asegurado podrá hacer uso de la atención médica en el extranjero que requiera hospitalización cuando sufra cualquiera de los Padecimientos cubiertos por la presente Póliza, siempre y cuando la estancia en el país donde se haya atendido no sea superior a 6 (seis) meses.

La suma asegurada, deducible y coaseguro son los correspondientes a la cobertura básica; indicados en Certificado Individual.

La tabla de Honorarios Médicos y quirúrgicos, se incrementarán en un 100% de lo establecido para la cobertura básica contratada.

Los Padecimientos cubiertos y las exclusiones bajo las cuales operará esta cobertura, serán los mismos que los establecidos para a cobertura básica contratada.

El Asegurado deberá estar domiciliado en la República Mexicana.

No aplica el Endoso de Reducción o Eliminación de Deducible y Coaseguro, por lo que ambos conceptos son aplicables al 100% tanto por Reembolso como para Pago Directo.

En caso de cirugía programada, si la atención médica en el extranjero es realizada a través de la Red Zurich, el pago podrá ser directo sin eliminación de Deducible y Coaseguro.

Si el Asegurado se atiende con proveedores no participantes de la Red Zurich, los gastos médicos serán reembolsados por Zurich México, en su equivalente en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en los Estados Unidos Mexicanos, de acuerdo con tipo de cambio del día en que se generó el gasto."

## Exclusiones

1. **Gastos fuera de la República Mexicana por Padecimientos Preexistentes al inicio de esta cobertura opcional, independientemente de la Antigüedad de la cobertura en Territorio Nacional.**
2. **Consultas por Tratamientos Psiquiátricos fuera de la República Mexicana.**

Los demás términos y condiciones permanecen sin cambios.

**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 mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

### 3. FRANJA FRONTERIZA

"Por medio del presente Endoso se hace constar que se extiende la cobertura nacional para amparar los gastos por Enfermedades o Accidentes cubiertos, realizados en la Franja Fronteriza,

Para los efectos de la presente cobertura, Franja Fronteriza se refiere al territorio de Estados Unidos de Norteamérica que consta, de 25 millas de ancho y cuyo límite sur es la frontera con México.

Las reclamaciones atendidas bajo esta cobertura se aplicarán únicamente por Reembolso aplicando las siguientes condiciones:

Suma Asegurada: Aplica la Suma Asegurada de la cobertura básica como límite único y combinado para todas las coberturas contratadas.
Deducible: De la cobertura Básica
Coaseguro: el doble al indicado en la cobertura Básica
Tope de Coaseguro: No aplica

No aplica ninguna reducción o eliminación de Deducible ni Coaseguro.

La tabla de Honorarios Médicos y quirúrgicos, se incrementará en un 100% por ciento de lo establecido para la cobertura Básica contratada.

Para las siguientes coberturas no aplican las condiciones anteriormente descritas, se aplicará lo estipulado en condiciones generales o Endoso particular de esta Póliza:
•Cesárea o parto
•Atención de Recién Nacido Sano por Padecimientos Congénitos
•Cirugía de nariz
•Corrección Visual

**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 mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

## 4. PAGO DE COMPLEMENTOS

"Por medio del presente Endoso, se hace constar que se amparan los gastos que ocurran dentro de la vigencia de la presente Póliza y sean consecuencia de una Reclamación inicialmente cubierta y pagada por una compañía de seguros distinta a Zurich México y que se encuentre autorizada a operar el Seguro de Gastos Médicos Mayores en Territorio Nacional por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en una Póliza de Gastos Médicos Mayores contratada por el Contratante a favor de la Colectividad Asegurada que aparece en la carátula de la Póliza, considerando aquellas razones sociales que hubiera adquirido o fusionado.

El Contratante se obliga a entregar a Zurich México una relación con las Reclamaciones reportadas a la aseguradora anterior al menos durante la última vigencia; Zurich México tomará nota de dichas Reclamaciones.

Se tramitará la primera Reclamación sin la carta de suma remanente, siempre y cuando venga reportada en la siniestralidad con la que se cotizó la Póliza excepto si el diagnóstico es catastrófico. La responsabilidad de Zurich México será únicamente por el remanente de la Suma Asegurada y con el Deducible y Coaseguro contratado al momento de apertura de la Reclamación, con base en dichas condiciones una vez restados los pagos realizados por la(s) anterior(es) compañía(s) de seguros para la Reclamación en cuestión.

Este Endoso no opera como reinstalación de Suma Asegurada para la Reclamación iniciada con anterioridad al inicio de vigencia de la primera Póliza.

En caso de que la Reclamación se haya aperturado con Suma Asegurada sin límite, el remanente será el resultado de calcular $60,000,000.00 M.N. menos el monto de las Reclamaciones pagadas.

El presente Endoso no aplica para cobertura de Padecimientos Preexistentes al inicio de vigencia de la presente Póliza, y que no hayan sido reportados en la cobertura previa."

**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 mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

## 5. ACCIDENTE DESDE EL PRIMER PESO

"Por medio del presente Endoso se hace constar que se modifica el punto 3.4 Reembolso de Gastos por Accidente de la cláusula 3. Gastos Médicos Amparados de las condiciones generales de esta Póliza a quedar en:

Se cubren los gastos originados a consecuencia de un Accidente sin aplicar Deducible ni Coaseguro, no será necesario que el total de los gastos procedentes sean superiores al Deducible de la Póliza. Los primeros gastos se deben realizar dentro de los 90 días siguientes a la fecha del Accidente, después de este periodo se considerará como Enfermedad."

**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 mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

**6. PREEXISTENCIA LIMITADA 1 AÑO**

"Por medio del presente Endoso se hace constar que se cubrirán los Padecimientos Preexistentes después de haber transcurrido un año de vigencia del Certificado Individual.

Para efectos del presente Endoso se entenderá como Padecimientos Preexistentes:

a) Que haya sido declarado o no antes de la celebración del contrato, y/o;
b) Que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, y/o;
c) Diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
d) Por el que previamente a la fecha de celebración del contrato se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico.

Las condiciones que aplicarán para esta cobertura son las siguientes:
Suma Asegurada: La del padecimiento de que se trate.
Deducible: El aplicable al padecimiento de que se trate.
Coaseguro: El aplicable al padecimiento de que se trate
Tope de Coaseguro: No aplica
Periodo de Espera: 1 año
Reconocimiento de Antigüedad: Si aplica

Para efectos de esta cobertura, la Antigüedad es el periodo en que el Asegurado ha estado cubierto continua e ininterrumpidamente por una Póliza de seguro de gastos médicos mayores con la Compañía u otra Aseguradora, emitida dentro del territorio nacional.

**EXCLUSIONES**

- **Los gastos definidos como complementos anteriores.**
- **En el caso de los Padecimientos para los cuales las Condiciones Generales, Condiciones Especiales o Endosos adicionales requieran Antigüedad específica, los gastos anteriores al cumplimiento de dicha Antigüedad no se consideran cubiertos por este Endoso.**
- **Todos los gastos derivados de Padecimientos Preexistentes por los cuales el Asegurado haya o hubiera podido reclamar a alguna Compañía de Seguros.**
- **Todos los gastos erogados antes de haber cumplido con los requisitos de Antigüedad establecidos por las condiciones de la Póliza.**
- **Padecimientos congénitos."**

**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 mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

## 7. PREEXISTENCIA LIMITADA 2 AÑOS

"Por medio del presente Endoso se hace constar que se cubrirán los Padecimientos Preexistentes después de haber transcurrido dos años de vigencia del Certificado Individual.

Para efectos del presente Endoso se entenderá como Padecimientos Preexistentes:

a) Que haya sido declarado o no antes de la celebración del contrato, y/o;
b) Que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, y/o;
c) Diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
d) Por el que previamente a la fecha de celebración del contrato se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico.

Las condiciones que aplicarán para esta cobertura son las siguientes:
Suma Asegurada: La del padecimiento de que se trate
Deducible: El aplicable al padecimiento de que se trate
Coaseguro: El aplicable al padecimiento de que se trate
Tope de Coaseguro: No aplica
Periodo de Espera: 2 años
Reconocimiento de Antigüedad: Si aplica

Para efectos de esta cobertura, la Antigüedad es el periodo en que el Asegurado ha estado cubierto continua e ininterrumpidamente por una Póliza de seguro de gastos médicos mayores con la Compañía u otra Aseguradora, emitida dentro del territorio nacional.

## EXCLUSIONES

- **Los gastos definidos como complementos anteriores.**
- **En el caso de los Padecimientos para los cuales las Condiciones Generales, Condiciones Especiales o Endosos adicionales requieran Antigüedad específica, los gastos anteriores al cumplimiento de dicha Antigüedad no se consideran cubiertos por este Endoso.**
- **Todos los gastos derivados de Padecimientos Preexistentes por los cuales el Asegurado haya o hubiera podido reclamar a alguna Compañía de Seguros.**
- **Todos los gastos erogados antes de haber cumplido con los requisitos de Antigüedad establecidos por las condiciones de la Póliza.**
- **Padecimientos congénitos."**

**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 mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

## 8. PREEXISTENCIA AMPLIA

"Por medio del presente Endoso se hace constar que se cubrirán los Padecimientos Preexistentes definidos desde el inicio de vigencia del Certificado Individual.
Para efectos del presente Endoso se entenderá como Padecimientos Preexistentes:

a) Que haya sido declarado o no antes de la celebración del contrato, y/o;
b) Que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, y/o;
c) Diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de esta Póliza, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
d) Por el que previamente a la fecha de celebración del contrato se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico.

Las condiciones que aplicarán para esta cobertura son las siguientes:
Suma Asegurada: La del padecimiento de que se trate.
Deducible: El aplicable al padecimiento de que se trate
Coaseguro: El aplicable al padecimiento de que se trate
Tope de Coaseguro: No aplica
Periodo de Espera: No aplica

Para efectos de esta cobertura, la Antigüedad es el periodo en que el Asegurado ha estado cubierto continua e ininterrumpidamente por una Póliza de seguro de gastos médicos mayores con la Compañía u otra Aseguradora, emitida dentro del territorio nacional.

## EXCLUSIONES

- **En el caso de los Padecimientos para los cuales las Condiciones Generales, Condiciones Especiales o Endosos adicionales requieran Antigüedad específica, los gastos anteriores al cumplimiento de dicha Antigüedad no se consideran cubiertos por este Endoso.**
- **Todos los gastos erogados antes de haber cumplido con los requisitos de Antigüedad establecidos por las condiciones de la Póliza."**

**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 mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

## 9. DERECHO DE CONVERSION

Por medio del presente Endoso se hace constar que cuando el Asegurado Titular deje de pertenecer a la Colectividad Asegurada, él y sus Asegurados Dependientes, tendrán derecho a continuar asegurados en Zurich México de forma independiente de esta Póliza de acuerdo con las siguientes condiciones:

Suma Asegurada: XXXXXX
Deducible: $4,000.00 M.N.
Coaseguro: 10%
Tope de Coaseguro: Sin Tope
Tabla de Honorarios: Zurich México
Nivel Hospitalario: XXXX

Siempre y cuando:

a) Su separación sea por despido injustificado o renuncia voluntaria.
b) Contar con al menos dos años de cobertura continua e ininterrumpida en una Póliza colectiva en Zurich México o en alguna institución de seguros mexicana.
c) En caso de tener Dependientes, que el Cónyuge e hijos hayan estado Asegurados en esta Póliza.

Para ejercer este beneficio, los Asegurados deberán seguir lo siguiente:

a) Estar dados de baja de esta Póliza.
b) Que la edad al momento de su separación, este dentro de los límites de aceptación establecidos en la Póliza de continuidad de cobertura.
c) Contar con Reconocimiento de Antigüedad en esta Póliza.
d) Presentar la solicitud que Zurich México disponga para este fin en un plazo máximo de treinta días naturales a partir de la fecha de baja de esta Póliza, en la cual debe indicarse el número de Póliza al que pertenecían.
e) Adjuntar los documentos que comprueben la baja del Asegurado Titular: finiquito, carta por parte del Contratante de la baja de la Póliza o comprobante de baja del IMSS (Estos documentos son enunciativos, mas no limitativos)

Una vez cumplido lo anterior, se darán de alta en una Póliza de continuidad de cobertura con las condiciones que se encuentren vigentes para dicho fin.

Cabe señalar que los Padecimientos que se hayan cubierto e iniciado durante la vigencia de esta Póliza, seguirán amparados en la nueva Póliza de continuidad de cobertura y de acuerdo con las condiciones generales de la misma. Zurich México tendrá derecho a establecer las condiciones o incluso declinar la cobertura de aquellos Padecimientos que hayan iniciado antes de que el Asegurado ejerza el beneficio de cobertura continua.

Se podrán pagar complementos de aquellas reclamaciones procedentes y originadas en la Póliza de grupo bajo las condiciones originales al momento del primer gasto del Siniestro. El monto de dichos complementos será cubierto para cada Asegurado con un máximo de Suma Asegurada de $XXXX. contratada para este Endoso. El plazo de cobertura de complementos se contará a partir del inicio de vigencia de la Póliza de continuidad de cobertura contratada.

Los Padecimientos Preexistentes se excluirán en la Póliza de continuidad de cobertura.

La cobertura de maternidad (parto y cesárea) se cubrirá de acuerdo con las condiciones generales de la Póliza de continuidad de cobertura, para lo cual se reconocerá la Antigüedad generada de esta Póliza.

La vigencia de este beneficio terminará sin responsabilidad alguna para Zurich México, al ocurrir cualquiera de los Eventos siguientes:

- Por Fallecimiento del Asegurado Titular.
- Cuando el Asegurado Titular alcance la edad de 70 años.
- En caso de que Zurich México compruebe que la causa de despido del Asegurado Titular sea única y exclusivamente por estar enfermo, tendrá el derecho de declinar el pago de complementos que ampara este Endoso.
- Cuando el Asegurado Titular se jubile o se pensione o haga uso de su derecho a la cesantía en edad avanzada.
- El no pago de la Prima correspondiente de la cual se deriva el presente beneficio.
- Al momento de que exista una separación masiva de trabajadores superior al 10%, excepto para los trabajadores que ya se hubieren separado con anterioridad. Para efectos de este beneficio se considerará como separación masiva a la terminación de la relación laboral de más del 10% del personal de una empresa.
- En el momento en que se presente el cierre, quiebra o liquidación de la empresa que contrató esta Póliza.

Una vez que el Asegurado Titular ejerza su continuidad de cobertura, deberá considerar lo siguiente:

- Pagar a Zurich México la Prima que corresponde a la edad alcanzada de cada Asegurado y al Plan contratado dentro del periodo establecido por Zurich México, según la tarifa que se encuentre en vigor a la fecha de su solicitud.
- Considerar que la Prima corresponde a una cobertura anual, y su pago deberá ser de igual forma anual, cubriendo la garantía de cobertura por conversión a una continuidad de cobertura de forma individual para aquellos Asegurados que se separan de la Colectividad y solo si se separan durante el año al cual corresponde la Prima pagada por ese Asegurado, y siempre que, de acuerdo con los plazos y condiciones establecidos en este Endoso, soliciten su inclusión en la Póliza de continuidad de cobertura para este fin.

**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 mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

## 10. DERECHO DE CONVERSIÓN 1MDP

Por medio del presente Endoso se hace constar que cuando el Asegurado Titular deje de pertenecer a la Colectividad Asegurada, él y sus Asegurados Dependientes tendrán derecho a continuar Asegurados en Zurich México de forma independiente de esta Póliza de acuerdo con las siguientes condiciones:

Suma Asegurada: $1,000,000.00 M.N.
Deducible: $4,000.00 M.N.
Coaseguro: 10%
Tope de Coaseguro: Sin Tope
Tabla de Honorarios: Zurich México
Nivel Hospitalario: - XXX

Siempre y cuando:

a) Su separación sea por despido injustificado o renuncia voluntaria.
b) Contar con al menos dos años de cobertura continua e ininterrumpida en una Póliza colectiva en Zurich México o en alguna institución de seguros mexicana.
c) En caso de tener Dependientes, que el Cónyuge e hijos hayan estado Asegurados en esta Póliza.

Para ejercer este beneficio, los Asegurados deberán seguir lo siguiente:

a) Estar dados de baja de esta Póliza.
b) Que la edad al momento de su separación, este dentro de los límites de aceptación establecidos en la Póliza de continuidad de cobertura.
c) Contar con Reconocimiento de Antigüedad en esta Póliza.
d) Presentar la solicitud que Zurich México disponga para este fin en un plazo máximo de treinta días naturales a partir de la fecha de baja de esta Póliza, en la cual debe indicarse el número de Póliza al que pertenecían.
e) Adjuntar los documentos que comprueben la baja del Asegurado Titular: finiquito, carta por parte del Contratante de la baja de la Póliza o comprobante de baja del IMSS (Estos documentos son enunciativos, mas no limitativos)

Una vez cumplido lo anterior, se darán de alta en una Póliza de continuidad de cobertura con las condiciones que se encuentren vigentes para dicho fin.

Cabe señalar que los Padecimientos que se hayan cubierto e iniciado durante la vigencia de esta Póliza, seguirán amparados en la nueva Póliza de continuidad de cobertura y de acuerdo a las

condiciones generales de la misma. Zurich México tendrá derecho a establecer las condiciones o incluso declinar la cobertura de aquellos Padecimientos que hayan iniciado antes de que el Asegurado ejerza el beneficio de cobertura continua.

Se podrán pagar complementos de aquellas reclamaciones procedentes y originadas en la Póliza de grupo bajo las condiciones originales al momento del primer gasto del Siniestro. El monto de dichos complementos será cubierto para cada Asegurado con un máximo de Suma Asegurada de $1,000,000.00 M.N. contratada para este Endoso. El plazo de cobertura de complementos se contará a partir del inicio de vigencia de la Póliza de continuidad de cobertura contratada.

Los Padecimientos Preexistentes se excluirán en la Póliza de continuidad de cobertura.

La cobertura de maternidad (parto y cesárea) se cubrirá de acuerdo con las condiciones generales de la Póliza de continuidad de cobertura, para lo cual se reconocerá la Antigüedad generada de esta Póliza.

La vigencia de este beneficio terminará sin responsabilidad alguna para Zurich México, al ocurrir cualquiera de los Eventos siguientes:

- Por Fallecimiento del Asegurado Titular.
- Cuando el Asegurado Titular alcance la edad de 70 años.
- En caso de que Zurich México compruebe que la causa de despido del Asegurado Titular sea única y exclusivamente por estar enfermo, tendrá el derecho de declinar el pago de complementos que ampara este Endoso.
- Cuando el Asegurado Titular se jubile o se pensione o haga uso de su derecho a la cesantía en edad avanzada.
- El no pago de la Prima correspondiente de la cual se deriva el presente beneficio.
- Al momento de que exista una separación masiva de trabajadores superior al 10%, excepto para los trabajadores que ya se hubieren separado con anterioridad. Para efectos de este beneficio se considerará como separación masiva a la terminación de la relación laboral de más del 10% del personal de una empresa.
- En el momento en que se presente el cierre, quiebra o liquidación de la empresa que contrató esta Póliza. Una vez que el Asegurado Titular ejerza se continuidad de cobertura, deberá considerar lo siguiente:
    - Pagar a Zurich México la Prima que corresponde a la edad alcanzada de cada Asegurado y al Plan contratado dentro del periodo establecido por Zurich México, según la tarifa que se encuentre en vigor a la fecha de su solicitud.
    - Considerar que la Prima corresponde a una cobertura anual, y su pago deberá ser de igual forma anual, cubriendo la garantía de cobertura por conversión a una continuidad de cobertura de forma individual para aquellos Asegurados que se separan de la Colectividad y solo si se separan durante el año al cual corresponde la Prima pagada por ese Asegurado, y siempre que, de acuerdo con los plazos y condiciones establecidos en este Endoso, soliciten su inclusión en la Póliza de continuidad de cobertura para este fin.

**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 mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

## 11. TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS + PORCENTAJE DE INCREMENTO

Por medio del presente Endoso se hace constar que en caso de Reembolso se incrementan los Honorarios Médicos y/o quirúrgicos establecidos en el Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich de acuerdo con el porcentaje que se contrate conforme a lo siguiente:

Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich: XXXX
Aplica únicamente para Reembolso.
Porcentajes Disponibles para incremento de Honorarios Médicos y/o Quirúrgicos del Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich:

**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 mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

## 12. ENDOSO DE CIRCUNCISIÓN NO PROFILÁCTICA

Por medio del presente Endoso se hace constar que se cubre la Circuncisión no Profiláctica siempre y cuando exista una Enfermedad o Padecimientos que justifique la intervención del Médico.

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

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

## 13. ENDOSO HALLUX VALGUS

Por medio del presente Endoso se hace constar que se cubren tratamientos médicos o quirúrgicos de Hallux, Valgus o juanetes siempre y cuando el tratamiento no sea de carácter estético. Los demás términos y condiciones de la Póliza quedan sin modificación alguna.

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

## 14. ENDOSO DE RED MÉDICA QUE SE AJUSTA AL TABULADOR

Por medio de presente Endoso se hace constar que, si el Médico no es parte de la red de Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios de Zurich México, pero decide aceptar el Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich, entonces aplicarán el Deducible y Coaseguro indicados como si fuera parte de la red de Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios de Zurich México.

Esto únicamente opera en Pago Directo y Programación.

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

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

## 15. ENDOSO DE ELIMINACIÓN DE EDAD DE CANCELACIÓN

Por medio del presente Endoso se hace constar que, en caso de Renovación de la Póliza, se elimina la edad de cancelación automática. Por lo que el Certificado Individual podrá renovarse indefinidamente, siempre y cuando el Asegurado demuestre que continúa siendo empleado activo al servicio del Contratante.

El presente endoso será aplicable siempre y cuando el grupo de miembros de la Colectividad Asegurado cuyas edades superen la edad cancelación establecida en las condiciones generales, no rebase el 10% del número total de miembros que integran la Colectividad Asegurada.

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

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

## 16. ENDOSO PARA ELIMINACIÓN DE DEDUCIBLE Y COASEGURO

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

1. Para Reclamaciones por Enfermedad, con Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios incluidos en la Red de Prestadores de Servicios aplicará:

a) Servicio de Pago Directo y/o Cirugía Programada únicamente de la Cobertura Básica se eliminan los siguientes conceptos:
Deducible: De la cobertura básica
Coaseguro: De la cobertura básica
Tope de Coaseguro: De la cobertura básica

b) Sistema de Pago por Reembolso aplicaran en todos los casos los siguientes conceptos y por lo tanto no será aplicable la eliminación de los mismos:
Deducible: De la cobertura Básica
Coaseguro: el indicado en la cobertura Básica de la Póliza
Tope de Coaseguro: el indicado en la cobertura Básica de la Póliza

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

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

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

**17. ENDOSO COBERTURA POR ACCIDENTE BAJO EL INFLUJO DEL ALCOHOL**

Por medio del presente Endoso, se hace constar que se cubren con base en el Tabuladore de Procedimientos Terapéuticos Zurich, las lesiones que sufra el Asegurado derivado de un Accidente en el que se encuentre bajo el influjo de bebidas alcohólicas, siempre y cuando el Asegurado no sea responsable de causar el Accidente y así conste en actas del Ministerio Público o ante la autoridad jurisdiccional municipal, estatal o federal que corresponda.

Las condiciones que aplicarán para esta cobertura son las siguientes:
Suma Asegurada: XXX
Deducible: XXX Coaseguro: XXX
Tope de Coaseguro XXX

Para esta cobertura NO aplica el Endoso de Eliminación de Deducible y Coaseguro señalado en la presente Póliza.

El presente Endoso NO aplica para la cobertura en el extranjero con que pudiera contar la presente Póliza. Los demás términos y condiciones de la Póliza quedan sin modificación alguna.

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

**18. ENDOSO COBERTURA DE ACCIDENTE POR ASALTO**

Por medio del presente Endoso se hace constar que se cubren los gastos originados sujetos al Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich, por la atención médica que requiera el Asegurado a consecuencia directa de un asalto o robo, siempre y cuando el Asegurado no sea el asaltante. Por lo anterior será indispensable contar con la copia del acta del Ministerio Público o ante la autoridad jurisdiccional municipal, estatal o federal que corresponda para comprobar que el Asegurado no tuvo participación intencional.

Las condiciones que aplicarán para esta cobertura son las siguientes:
Suma Asegurada: XXX
Deducible: XXX
Coaseguro: XXX
Tope de Coaseguro XXX

Para esta cobertura NO aplica el Endoso de Eliminación de Deducible y Coaseguro señalado en la presente Póliza.

El presente Endoso NO aplica para la cobertura en el extranjero con que pudiera contar la presente Póliza.

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

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

## 19. ENDOSO COBERTURA DE ACCIDENTE EN MOTOCICLETA

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

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

Para poder operar esta cobertura es necesario que el Asegurado, presente acta del Evento ante el ministerio público o ante la autoridad jurisdiccional municipal, estatal o federal que corresponda. Debiendo cumplir con la reglamentación vigente para el uso de vehículos motorizados aplicable en el lugar del Accidente y contar con licencia de motociclista en vigor. Y que el Asegurado no se encuentre bajo el influjo del alcohol u otras drogas psicotrópicas.

Las condiciones que aplicarán para esta cobertura son las siguientes:
Suma Asegurada: XXX
Deducible: XXX
Coaseguro: XXX
Tope de Coaseguro XXX

Para esta cobertura NO aplica el Endoso para la Aplicación de Deducible y Coaseguro señalado en la presente Póliza.

El presente Endoso NO aplica para la cobertura internacional con que pudiera contar la presente Póliza. Los demás términos y condiciones de la Póliza quedan sin modificación alguna.

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

## 20. ENDOSO DE COBERTURA PARA XIFOSIS, LORDOSIS Y ESCOLIOSIS

Para los efectos del presente endoso se establecen las siguientes definiciones:

Xifosis: Curvatura anormal, con prominencia hacia atrás de la columna vertebral. Lordosis: Curvatura anormal, con prominencia hacia delante de la columna vertebral. Escoliosis: Desviación lateral de la columna vertebral.

Por medio de este Endoso se hace constar que se cubre(n) el/los tratamiento(s) médico(s) y/o quirúrgico(s) para corregir xifósis, lordosis o escoliosis de columna vertebral, únicamente adquiridos a consecuencia de una Enfermedad y/o Accidente cubierto dentro de la vigencia de esta Póliza, bajo las coberturas ya señaladas y sujeto a lo siguiente:

Suma Asegurada: de la Cobertura Básica de la Póliza
Deducible: de la Cobertura Básica de la Póliza
Coaseguro: de la Cobertura Básica de la Póliza
Tope de Coaseguro de la Cobertura Básica de la Póliza
Periodo de Espera: el señalado en condiciones de la Póliza.
Aplica Segunda Opinión Médica

Se cubre únicamente en territorio nacional.

Para esta cobertura SI aplica el Endoso de Eliminación de Deducible y Coaseguro señalado en la presente Póliza.

Este Endoso no aplicará en caso de que el origen de estos Padecimientos sea congénito. Los demás términos y condiciones de la Póliza quedan sin modificación alguna.

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

### 21. ENDOSO AYUDA DE RECIEN NACIDO SANO

Por medio del presente Endoso se hace constar que se cubren por reembolso los gastos comprobables del recién nacido sano, así como su atención pediátrica en condiciones normales hasta lograr su incorporación al seno familiar.

Se entiende como incorporación al seno familiar en el momento en que se abandone un hospital después del nacimiento y que el recién nacido se encuentre en condiciones normales y estables.

Las condiciones que aplicarán para esta cobertura son las siguientes:
Suma Asegurada: XXXX
Deducible: No aplica
Coaseguro: No aplica
Periodo de Espera de la madre

Para esta cobertura solo aplica el pago por Reembolso, siempre y cuando se dé de alta el recién nacido dentro de los 30 días siguientes a su nacimiento.

Serán elegibles para esta cobertura, únicamente la Asegurada Titular o cónyuge o concubina del Asegurado Titular, siempre que se encuentren amparadas por la Póliza.

No serán elegibles, en ninguna circunstancia, las hijas Aseguradas del Asegurado Titular.
Únicamente aplica en territorio nacional.

Para esta cobertura NO aplica el Endoso para la Aplicación de Deducible y Coaseguro señalado en la presente Póliza.

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

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

## 22. ENDOSO COBERTURA RECIEN NACIDO PREMATURO

Por medio del presente Endoso se hace constar que, se cubren los gastos erogados por nacimiento prematuro durante la vigencia de la Póliza, con base en el Tabulador de Procedimientos Terapéutico Zurich.

Se considera recién nacido prematuro: niño nacido posterior a la semana 21 y anterior a la semana 35 de gestación.

Las condiciones que aplicarán para esta cobertura son las siguientes:
Suma Asegurada: XXX
Deducible: XXX Coaseguro: XXX
Tope de Coaseguro XXX
Periodo de Espera de la madre: 10 meses

Únicamente aplica en territorio nacional.

Serán elegibles para esta cobertura, únicamente la Asegurada Titular o cónyuge o concubina del Asegurado Titular, siempre que se encuentren amparadas por la Póliza.

No serán elegibles bajo ninguna circunstancia las hijas Aseguradas como Asegurado Dependiente.

Para esta cobertura NO aplica el Endoso para la Aplicación de Deducible y Coaseguro señalado en la presente Póliza.

Para efectos de esta cobertura, será indispensable que la madre no haya estado bajo tratamiento por infertilidad, que no exista antecedente de alcoholismo y/o drogadicción durante el embarazo.

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

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

## 23. ENDOSO COBERTURA DE ENDOMETRIOSIS Y ADHERENCIAS PELVICAS

Por medio del presente Endoso se hace constar que se amparan los gastos médicos y quirúrgicos sujetos al Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich, a consecuencia del Padecimiento de Endometriosis y Adherencias Pélvicas siempre que sea procedente y no sea con fines reproductivos o por tratamientos de esterilidad o infertilidad.

Las condiciones que aplicarán para esta cobertura son las siguientes:
Suma Asegurada: XXX
Deducible: XXX Coaseguro: XXX
Tope de Coaseguro XXX
Periodo de Espera: no aplica
Segunda Opinión Médica: no aplica

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

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión**

**Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

## 24. ENDOSO COBERTURA DE RENTA PARA CIRUGIA CON ROBOT

Por medio del presente Endoso se hace constar que se cubren los tratamientos, honorarios y complicaciones de cirugía robótica sujeto al Tabulador de Procedimientos Terapéuticos Zurich y de acuerdo a las siguientes condiciones:

Suma Asegurada: Del procedimiento quirúrgico correspondiente
Deducible: xxx
Coaseguro: xxx
Tope de Coaseguro: xxxx

Únicamente aplica en territorio nacional.

Para esta cobertura NO aplica el Endoso de Eliminación de Deducible y Coaseguro, aun utilizando la Red de Prestadores de Servicios.

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

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

## 25. ENDOSO COBERTURA CORRECCIÓN VISUAL

Por medio del presente Endoso se hace constar que 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 cinco (5) 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. Se cubrirá una sola ocasión.
3. Es requisito indispensable que el Asegurado o Dependientes se sometan a una Segunda Opinión médica por parte de un médico de la Red de Prestadores de Servicios y que a través del examen de topografía corneal se confirme el número de dioptrías necesarias para que proceda la cirugía.
4. La cirugía se realizará para ambos ojos en caso de cumplir con el número de dioptrías.

Las condiciones que aplicarán para esta cobertura son las siguientes:
Suma Asegurada: XXX
Deducible: XXX
Coaseguro: XXX
Tope de Coaseguro XXX
Periodo de Espera: No aplica

Segunda Opinión Médica: No aplica

Para esta cobertura NO aplica el Endoso de Eliminación de Deducible y Coaseguro señalado en la presente Póliza.

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

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

**ENDOSO PARA COBERTURA DE LUNARES Y NEVUS**

Por medio del presente Endoso se hace constar que 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, se demuestre que hay una lesión maligna, comprobada mediante resultado de la patología.

Las condiciones que aplicarán para esa cobertura son las siguientes:
Suma Asegurada: la de la Cobertura Básica
Deducible: la de la Cobertura Básica
Coaseguro: la de la Cobertura Básica
Periodo de Espera: No aplica
Segunda opinión médica: No aplica

Para esta cobertura NO aplica el Endoso de Eliminación de Deducible y Coaseguro señalado en la presente Póliza.

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

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

**ENDOSO PARA COBERTURA DE EPIDEMIA Y PANDEMIA**

Por medio del presente Endoso se hace constar que se cubren los gastos médicos y quirúrgicos a consecuencia de enfermedades que sean adquiridas a causa de Pandemia o Epidemia oficialmente declaradas por las Autoridades Sanitarias locales o federales del lugar de residencia del Asegurado o del lugar en donde hubiere adquirido la enfermedad.

Las condiciones que aplicarán para esa cobertura son las siguientes:
Suma Asegurada: la de la Cobertura Básica
Deducible: la de la Cobertura Básica
Coaseguro: la de la Cobertura Básica
Periodo de Espera: No aplica
Segunda opinión médica: No aplica

Para esta cobertura NO aplica el Endoso de Eliminación de Deducible y Coaseguro señalado en la presente Póliza.

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

**En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

**COBERTURA DE VISIÓN OPCIONAL**

Zurich México, por conducto del Prestador de servicios en convenio (en adelante designado como "el Prestador"), otorgará al Asegurado los servicios de visión descritos más adelante, cuando el Contratante así lo haya solicitado al contratar o renovar la Póliza a la que se adhieren las presentes condiciones.

No obstante, Zurich México será responsable en todo momento frente al Asegurado por la prestación de los servicios a cargo del Prestador aquí establecidos.

Acorde al Plan elegido, se ampara la suma asegurada que se indica para cada servicio, quedando a cargo del Asegurado el pago del deducible especificado.

| Planes | Protección | Incremental | Enfoque | Panorámico |
|---|---|---|---|---|
| Examen de la vista | SI | | | |
| Armazón y lentes graduados, no cosméticos (Límites anuales) | $700.00 | $1,100.00 | $1,500.00 | $2,000.00 |
| Lentes de contacto graduados, no cosméticos (Límites anuales) | $700.00 | $700.00 | $1,050.00 | $1,600.00 |
| Estuche duro para lentes | SI | | | |
| Solución para Lentes de Contacto | SI | | | |
| Descuento en modelos de mayor nivel al contratado o en productos no cubiertos. | 15% | | | |
| Descuentos en Reposiciones (una vez al año) | 30% Sobre lentes oftálmicas bajo el Plan contratado | | | |
| Deducible | $50 + I.V.A. | $75 + I.V.A. | $100 + I.V.A. | $150 + I.V.A. |

## Limitación

El Asegurado puede elegir entre anteojos completos, los cuales incluyen el armazón y los lentes, o lentes de contacto. Una vez que el Asegurado haya elegido una de las dos modalidades anteriores, no podrá usar la otra hasta la siguiente vigencia de la Póliza.

Forma de acceder al servicio

El Asegurado podrá acceder a los servicios de esta cobertura directamente con las ópticas afiliadas a la red del Prestador, cuyos datos podrán ser consultadas por el Asegurado directamente en el sitio: o llamando al número , e identificándose como asegurado de Zurich México.

El Asegurado deberá cubrir el deducible aplicable directamente a la óptica de la red del Prestador, al hacer efectivo este Beneficio.

Unidad Especializada de Zurich México ubicada 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. Teléfono 55 5284 1103 o al correo electrónico: unidad.especializada@mx.zurich.com horario de atención lunes a viernes de 9:00 a 14:00 y de 15:00 a 17:45 Hrs.

**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 mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

**COBERTURA DENTAL BÁSICA**

Zurich México, por conducto del Prestador de servicios en convenio (en adelante designado como "el Prestador"), otorgará al Asegurado de la Póliza a la cual se adhieren las presentes condiciones, los servicios dentales descritos más adelante.

No obstante lo anterior, Zurich México será responsable en todo momento frente al Asegurado por la prestación de los servicios a cargo del Prestador aquí establecidos.

Se amparan los siguientes servicios dentales hasta por una suma asegurada máxima por Asegurado de $120,000.00 (Ciento veinte mil pesos 00/100 M.N.), mediante el copago correspondiente indicado para cada uno de dichos servicios y los descuentos que en su caso se indican.

| BENEFICIOS DENTALES CUBIERTOS | PLAN INCLUIDO<br>ALFA<br>COPAGOS |
|---|---|
| Urgencias Dentales | 20% |
| (Asesoría telefónica, Pulpotomía terapéutica, recubrimiento pulpar) | |
| Servicios Básicos<br>(Evaluación oral, rayos X, limpieza, restauraciones con amalgamas y resinas) | 20% |
| Procedimientos Quirúrgicos Menores<br>(Extracciones simples y otros procedimientos menores) | 20% |
| Endodoncias<br>(Remoción de nervio dental) | NO INCLUIDO<br>20% DE DESCUENTO |
| Remoción de terceros molares y procedimientos quirúrgicos complejos<br>(Extracción de muelas de juicio y otros procedimientos complejos) | NO INCLUIDO<br><br>20% DE DESCUENTO |
| Periodoncia<br>(Tratamiento de enfermedad de encías y hueso) | NO INCLUIDO<br>20% DE DESCUENTO |
| Coronas y prostodoncia<br>(Coronas, puentes y dentaduras parciales y completas) | NO INCLUIDO<br>20% DE DESCUENTO |
| Límite anual por persona | $120,000 |

Forma de acceder a los servicios

El servicio se proporciona únicamente con los Odontólogos afiliados a la Red del Prestador, por lo que en ningún caso operará el reembolso por servicios que se reciban con Odontólogos fuera de dicha Red.

Coordina tu Primera cita con al menos 48 horas de anticipación llamando al *9191 y 800 288 6911.

Elige la opción del menú para hablar con un ejecutivo del Prestador.

Proporciona tus datos:
Nombre completo, Fecha
de nacimiento, Número de
Póliza,
Teléfono de contacto y correo electrónico.
Recibe la confirmación de tu cita.
Acude puntualmente a tu cita con una identificación oficial vigente y credencial Zurich,

Paga al dentista el Copago en caso de que aplique.

**Centro de Contacto**

*9191 y 800 288 6911 recomendación de dentistas y dudas o aclaraciones.

Unidad Especializada de Zurich México ubicada 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. Teléfono 55 5284 1103 o al correo electrónico: unidad.especializada@mx.zurich.com horario de atención lunes a viernes de 9:00 a 14:00 y de 15:00 a 17:45 Hrs.

**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 mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**

**COBERTURA DENTAL OPCIONAL**

Zurich México, por conducto del Prestador de servicios en convenio (en adelante designado como "el Prestador"), otorgará al Asegurado los servicios dentales descritos más adelante, cuando el Contratante así lo haya solicitado al contratar o renovar la Póliza a la que se adhieren las presentes condiciones.

No obstante lo anterior, Zurich México será responsable en todo momento frente al Asegurado por la prestación de los servicios a cargo del Prestador aquí establecidos.

Acorde al Plan elegido, se ampara la suma asegurada que se indica para cada servicio, quedando a cargo del Asegurado el pago del copago especificado.

| BENEFICIOS DENTALES CUBIERTOS SÓLIDO | PLANES CON COSTO ADICIONAL | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | SÓLIDO | ORO | EXTRA | ZAFIRO | PLATINO* |
| | Copagos RED CERRADA | | | | |
| **Urgencias Dentales** (Asesoría telefónica, Pulpotomía terapéutica, recubrimiento pulpar) | 20% | 20% | 20% | 20% | 20% |
| **Servicios Básicos** (Evaluación oral, rayos X, limpieza, restauraciones con amalgamas y resinas) | 20% | 0% | 20% | 0% | 20% |
| **Procedimientos Quirúrgicos Menores** (Extracciones simples y otros procedimientos menores) | 20% | 0% | 20% | 0% | 20% |
| **Endodoncias** (Remoción de nervio dental) | 20% | 0% | 20% | 0% | 20% |
| **Remoción de terceros molares y procedimientos quirúrgicos complejos** (Extracción de muelas de juicio y otros procedimientos complejos) | 20% | 0% | 20% | 0% | 20% |
| **Periodoncia** (Tratamiento de enfermedad de encías y hueso) | NO INCLUIDO COSTO PREFERENCIAL | | 20% | 20% | 50% |
| **Coronas y prostodoncia** Coronas, puentes y dentaduras parciales y completas) | NO INCLUIDO COSTO PREFERENCIAL | | | | 50% |
| Deducible | NO APLICA | | | | |
| Límite anual por persona | $120,000 | | | | |

*El plan platino solo se puede comercializar para Colectividades con más de 200 Asegurados, tienen un sublímate de $30,000.00 (Treinta mil pesos 00/100 M. N.) para el beneficio de coronas y prostodoncia, que está incluido en el límite anual.

Forma de acceder al servicio

El servicio se proporciona únicamente con los Odontólogos afiliados a la Red del Prestador, por lo que en ningún caso operará el reembolso por servicios que se reciban con Odontólogos fuera de dicha Red.

Coordina tu Primera cita con al menos 48 horas de anticipación llamando al *9191 y 800 288 6911.

Elige la opción del menú para hablar con un ejecutivo del Prestador. Proporciona tus datos:
Nombre completo,
Fecha de nacimiento, Número de Póliza,
Teléfono de contacto y correo electrónico. Recibe la confirmación de tu cita.
Acude puntualmente a tu cita con una identificación oficial vigente y credencial Zurich

Paga al dentista el Copago en caso de que aplique.

Centro de Contacto

*9191 y 800 288 6911 recomendación de dentistas y dudas o aclaraciones.

Unidad Especializada de Zurich México ubicada 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. Teléfono 55 5284 1103 o al correo electrónico: unidad.especializada@mx.zurich.com horario de atención lunes a viernes de 9:00 a 14:00 y de 15:00 a 17:45 Hrs.

**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 mayo del 2022 con el número CNSF-S0037-0225-2022/CONDUSEF-005420-02.**