



# Condiciones generales

## Seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo

<b>1.</b>	<b>Definiciones</b>	<b>1</b>
1.1.	Accidente	1
1.2.	Antigüedad	1
1.3.	Aparatos Ortopédicos y Prótesis	1
1.4.	Asegurado Dependientes	1
1.5.	Asegurado Titular	1
1.6.	Base de Reembolso	1
1.7.	Beneficiario	1
1.8.	Centro de Atención Zurich (CAZ)	1
1.9.	Coaseguro	1
1.10.	Colectividad Asegurada	1
1.11.	Comisión o Compensación Directa	2
1.12.	Contratante	2
1.13.	Contrato de Seguro o Póliza	2
1.14.	Deducible	2
1.15.	Donante	2
1.16.	Eliminación o Reducción de Periodos de Espera	2
1.17.	Emergencia o Urgencia Médica	2
1.18.	Endoso	2
1.19.	Enfermedad o Padecimiento	2
1.20.	Enfermera	3
1.21.	Evento	3
1.22.	Fecha de Primer Gasto	3
1.23.	Honorarios Médicos	3
1.24.	Hospital, Clínica o Sanatorio	3
1.25.	Hospitalización	3
1.26.	Invalidez Total y Permanente	3
1.27.	Límite o Tope del Coaseguro	4
1.28.	Médico	4
1.29.	Monto por Procedimiento Terapéutico	4
1.30.	Órgano	4
1.31.	Padecimiento Congénito	4
1.32.	Padecimiento o Enfermedad Preexistente	4
1.33.	Período al Descubierto	4
1.34.	Periodo de Espera	4
1.35.	Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios	5
1.36.	Plan	5
1.37.	Prima	5
1.38.	Prima de Riesgo	5
1.39.	Programación de Cirugía	5
1.40.	Receptor	5
1.41.	Reclamación	5
1.42.	Red Médica Zurich	5
1.43.	Reembolso	5

<b>1.44.</b>	<b>Reglamento del Seguro Colectivo</b>	<b>5</b>
<b>1.45.</b>	<b>Renovación</b>	<b>6</b>
<b>1.46.</b>	<b>Salario Mínimo General Mensual ó SMGM</b>	<b>6</b>
<b>1.47.</b>	<b>Segunda Opinión Médica</b>	<b>6</b>
<b>1.48.</b>	<b>Signos o Síntomas</b>	<b>6</b>
<b>1.49.</b>	<b>Sistema de Pago Directo</b>	<b>6</b>
<b>1.50.</b>	<b>Suma Asegurada</b>	<b>6</b>
<b>1.51.</b>	<b>Tabla de Procedimientos Terapéuticos</b>	<b>6</b>
<b>1.52.</b>	<b>Zurich Aseguradora Mexicana</b>	<b>6</b>
<b>2.</b>	<b>Objeto del Seguro</b>	<b>7</b>
<b>3.</b>	<b>Gastos Médicos Amparados</b>	<b>7</b>
<b>3.1.</b>	<b>Honorarios de Procedimientos Terapéuticos</b>	<b>7</b>
<b>3.2.</b>	<b>Honorarios Médicos</b>	<b>8</b>
<b>3.3.</b>	<b>Hospitalización</b>	<b>8</b>
<b>3.4.</b>	<b>Medicamentos</b>	<b>8</b>
<b>3.5.</b>	<b>Servicios Auxiliares de Diagnóstico</b>	<b>8</b>
<b>3.6.</b>	<b>Prótesis, Implantes, Injertos y Aparatos Ortopédicos</b>	<b>9</b>
<b>3.7.</b>	<b>Terapia y Rehabilitación</b>	<b>9</b>
<b>3.8.</b>	<b>Ambulancia</b>	<b>9</b>
<b>3.9.</b>	<b>Maternidad</b>	<b>9</b>
<b>3.10.</b>	<b>Complicaciones del Embarazo</b>	<b>9</b>
<b>3.11.</b>	<b>Atención a Recién Nacidos y Padecimientos Congénitos</b>	<b>10</b>
<b>3.12.</b>	<b>Cobertura de Corrección Visual</b>	<b>10</b>
<b>3.13.</b>	<b>Cobertura de Nariz y Senos Paranasales</b>	<b>10</b>
<b>3.14.</b>	<b>Trasplante de Órganos</b>	<b>11</b>
<b>3.15.</b>	<b>Consultas por Tratamientos Psiquiátricos</b>	<b>12</b>
<b>3.16.</b>	<b>Emergencia Médica en el Extranjero</b>	<b>12</b>
<b>3.17.</b>	<b>Deportes Amateurs y/o Actividades Peligrosas</b>	<b>13</b>
<b>3.18.</b>	<b>Ayuda por Fallecimiento Durante Una Intervención Quirúrgica</b>	<b>13</b>
<b>3.19.</b>	<b>Segunda Opinión Médica</b>	<b>14</b>
<b>3.20.</b>	<b>Cobertura de SIDA</b>	<b>14</b>
<b>3.21.</b>	<b>Ampliación de Suma Asegurada para Enfermedades catastróficas</b>	<b>14</b>
<b>4.</b>	<b>Padecimientos Cubiertos con Período de Espera</b>	<b>15</b>
<b>5.</b>	<b>Exclusiones Generales de la Cobertura de Gastos Médicos</b>	<b>16</b>
<b>6.</b>	<b>Coberturas Opcionales</b>	<b>21</b>
<b>6.1.</b>	<b>Continuidad Familiar por Muerte o Invalidez Total y Permanente del Titular</b>	<b>21</b>
<b>6.2.</b>	<b>Cobertura Internacional</b>	<b>21</b>
<b>6.3.</b>	<b>Gastos Funerarios</b>	<b>22</b>
<b>6.4.</b>	<b>Indemnización Diaria por Hospitalización</b>	<b>22</b>
<b>7.</b>	<b>Reclamaciones y Pago de indemnizaciones</b>	<b>23</b>

<b>7.1.</b>	<b>Avisos</b> .....	<b>23</b>
<b>7.2.</b>	<b>Pago de Indemnizaciones</b> .....	<b>23</b>
<b>7.3.</b>	<b>Servicio de Pago Directo</b> .....	<b>24</b>
<b>7.4.</b>	<b>Sistema de Pago por Reembolso</b> .....	<b>24</b>
<b>7.5.</b>	<b>Aplicación de Deducible y Coaseguro</b> .....	<b>24</b>
<b>7.6.</b>	<b>Servicios y Coberturas que requieren previa autorización de ZAM</b> .....	<b>25</b>
<b>7.7.</b>	<b>Referencias</b> .....	<b>26</b>
<b>8.</b>	<b>Cláusulas Generales</b> .....	<b>26</b>
<b>8.1.</b>	<b>Clausula. Residencia</b> .....	<b>26</b>
<b>8.2.</b>	<b>Agravación del Riesgo</b> .....	<b>26</b>
<b>8.3.</b>	<b>Registro de Asegurados</b> .....	<b>26</b>
<b>8.4.</b>	<b>Reconocimiento de Antigüedad en Otros Seguros Similares</b> .....	<b>27</b>
<b>8.5.</b>	<b>Alta de Asegurados</b> .....	<b>27</b>
<b>8.6.</b>	<b>Baja de Asegurados</b> .....	<b>28</b>
<b>8.7.</b>	<b>Autoadministración</b> .....	<b>28</b>
<b>8.8.</b>	<b>Obligación del Contratante</b> .....	<b>29</b>
<b>8.9.</b>	<b>Edad</b> .....	<b>29</b>
<b>8.10.</b>	<b>Edades de Admisión</b> .....	<b>30</b>
<b>8.11.</b>	<b>Certificados Individuales</b> .....	<b>30</b>
<b>8.12.</b>	<b>Vigencia de la Póliza</b> .....	<b>30</b>
<b>8.13.</b>	<b>Terminación de la Póliza</b> .....	<b>31</b>
<b>8.14.</b>	<b>Cancelación Anticipada del Seguro</b> .....	<b>31</b>
<b>8.15.</b>	<b>Conversión a individual</b> .....	<b>31</b>
<b>8.16.</b>	<b>Renovación de la Póliza</b> .....	<b>31</b>
<b>8.17.</b>	<b>Primas</b> .....	<b>32</b>
<b>8.18.</b>	<b>Período de Gracia para el Pago de Primas</b> .....	<b>32</b>
<b>8.19.</b>	<b>Comisiones y Compensaciones Directas</b> .....	<b>32</b>
<b>8.20.</b>	<b>Padecimiento y/o Enfermedad Preexistente</b> .....	<b>33</b>
<b>8.21.</b>	<b>Arbitraje</b> .....	<b>33</b>
<b>8.22.</b>	<b>Subrogación</b> .....	<b>34</b>
<b>8.23.</b>	<b>Competencia</b> .....	<b>34</b>
<b>8.24.</b>	<b>Indemnización por Mora en el Pago</b> .....	<b>34</b>
<b>8.25.</b>	<b>Modificaciones y Notificaciones</b> .....	<b>35</b>
<b>8.26.</b>	<b>Moneda</b> .....	<b>35</b>
<b>8.27.</b>	<b>Tipo de Cambio</b> .....	<b>35</b>
<b>8.28.</b>	<b>Omisiones o Inexactas Declaraciones</b> .....	<b>36</b>
<b>8.29.</b>	<b>Otros Seguros</b> .....	<b>36</b>
<b>8.30.</b>	<b>Prescripción</b> .....	<b>36</b>
<b>8.31.</b>	<b>Responsabilidad Civil</b> .....	<b>36</b>
<b>8.32.</b>	<b>Obligación de Conservar el Expediente de Identificación del Asegurado</b> .....	<b>36</b>
<b>8.33.</b>	<b>Aviso de Privacidad</b> .....	<b>36</b>
<b>8.34.</b>	<b>Entrega de Documentación Contractual</b> .....	<b>37</b>
<b>8.35.</b>	<b>Operaciones y Servicios por Medios Electrónicos</b> .....	<b>37</b>

<b>Coberturas especiales otorgadas mediante endosos adicionales .....</b>	<b>39</b>
<b>Endoso anticipo de cirugías.....</b>	39
<b>Endoso pago de complementos .....</b>	40
<b>Endoso Padecimientos preexistentes limitado .....</b>	41
<b>Endoso Padecimientos preexistentes amplio .....</b>	42
<b>Endoso de atención en franja fronteriza .....</b>	43
<b>Formatos.....</b>	<b>44</b>
<b>Folleto Derechos Básicos .....</b>	<b>56</b>

## 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 ésta 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 Dependientes

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

### 1.5. 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.

### 1.6. 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.

### 1.7. Beneficiario

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

### 1.8. Centro de Atención Zurich (CAZ)

Es el servicio de atención a Asegurados y proveedores de ZAM en la República Mexicana y al que los Asegurados deben contactar para resolver sus dudas acerca de su plan de gastos médicos y notificar hospitalizaciones, Trasplantes, o cualquier otro procedimiento que requiera de autorización previa.

### 1.9. Coaseguro

Porcentaje a cargo del Asegurado que se aplica al monto total de gastos cubiertos hasta el límite establecido en la carátula de Póliza y en el certificado individual.

### 1.10. Colectividad Asegurada

Está constituido por los integrantes de la Colectividad Asegurable que otorguen expresamente su consentimiento para ser asegurados y sean aceptados por ZAM, 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 mismo.

**1.12. Contratante**

Persona física o moral que es responsable ante ZAM 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 del Seguro es celebrado entre el Contratante y ZAM 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 a que se encuentren vigentes al ocurrir dichos Eventos, tanto la póliza como el certificado.

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

El Contrato del Seguro está integrado por la carátula de la Póliza, condiciones generales, la solicitud, los certificados individuales y los Endosos, Tabla de Procedimientos Terapéuticos y cualquier otro documento que haya sido materia para la celebración del mismo.

**1.14. 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 ZAM.

**1.15. 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.

**1.16. Eliminación o Reducción de Periodos de Espera**

Es el beneficio que otorga ZAM con base en el tiempo durante el cual, el Asegurado tuvo cobertura en ésta u otra compañía, el cual aplica exclusivamente para eliminar o reducir los periodos de espera de algunos de los Padecimientos cubiertos.

**1.17. Emergencia o Urgencia Médica**

Se considera Emergencia Médica, 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.

**1.18. Endoso**

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

**1.19. 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 las señaladas 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.

**1.20. Enfermera**

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

**1.21. 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.

**1.22. Fecha de Primer Gasto**

Es la fecha en la cual se erogó el gasto inicial derivado de un Evento cubierto.

**1.23. 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.

**1.24. 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.

**1.25. 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.

**1.26. Invalidez Total y Permanente**

Se considerará Invalidez Total y Permanente cuando, durante la vigencia del certificado, 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 Período de Espera citado en el párrafo anterior: la pérdida de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, de ambos pies, de una mano y de un pie, o de una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo.

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



El reconocimiento de esta condición 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 estarlo, por 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, ZAM podrá designar un perito que valúe el estado de invalidez.

**1.27. Límite o Tope del Coaseguro**

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

**1.28. Médico**

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

**1.29. Monto por Procedimiento Terapéutico**

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

**1.30. Órgano**

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

**1.31. 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.

**1.32. 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 comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico.

**1.33. Período al Descubierta**

Es el lapso de tiempo en 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.

**1.34. Período de Espera**

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

ZAM no cubrirá los gastos erogados y los Padecimientos correspondientes originados, durante este periodo.

### **1.35. 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.

### **1.36. Plan**

Es el conjunto de coberturas y condiciones de la póliza tales como grupo de hospitales, suma asegurada, deducible, coaseguro, tabla de procedimientos terapéuticos, coberturas adicionales entre otras, incluyendo sus endosos que indican los beneficios a los que se tienen derecho.

### **1.37. Prima**

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

### **1.38. Prima de Riesgo**

La Prima de Riesgo será igual a la Prima pagada por el Contratante y/o Asegurado menos los porcentajes de gastos y utilidad asignados a la Póliza correspondiente. Estos gastos tendrán como máximo los porcentajes especificados en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para este seguro.

### **1.39. Programación de Cirugía**

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

### **1.40. Receptor**

Significa un Asegurado que se realiza una operación quirúrgica para recibir un Trasplante.

### **1.41. Reclamación**

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

### **1.42. Red Médica Zurich**

Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios vinculados con ZAM a través de un convenio

### **1.43. Reembolso**

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

### **1.44. 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.

**1.45. Renovación**

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

**1.46. Salario Mínimo General Mensual ó SMGM**

Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal

**1.47. Segunda Opinión Médica**

Servicio que presta ZAM al Asegurado y a sus Asegurados Dependientes para corroborar el diagnóstico inicial de cualquier Enfermedad o Accidente amparados, por medio de Médicos especialistas que no participan de ninguna manera en la atención médica del Asegurado y que éste mismo designe libremente de entre los que forman la Red médica Zurich. 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 intervenir 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 ZAM.

**1.48. 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 anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza indica que algo está sucediendo o va a suceder.

**1.49. Sistema de Pago Directo**

Servicio que consiste en el pago que realiza directamente ZAM 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.

**1.50. Suma Asegurada**

Obligación máxima de ZAM 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 en que se efectúe el 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.

**1.51. Tabla de Procedimientos Terapéuticos**

Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos en el cual se especifica el porcentaje máximo que cubrirá ZAM por cada uno de estos.

**1.52. ZAM o ZURICH MÉXICO**

Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V.

## 2. Objeto del Seguro

Si a consecuencia de un Accidente o Enfermedad que haya requerido tratamiento médico o quirúrgico cubierto por el Contrato, el Asegurado Titular o los Asegurados Dependientes incurrieran en cualquiera de los gastos citados en este Contrato, ZAM reembolsará o pagará el costo de los mismos hasta por la Suma Asegurada, ajustándolos previamente a las limitaciones consignadas en el Contrato, 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 Médica Zurich, serán cubiertos con base en los montos económicos y políticas de aplicación del tabulador convenido. En este caso no se reembolsarán otros gastos por concepto de honorarios por procedimientos ya pagados previamente al Médico perteneciente a la Red Médica Zurich.

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 anesthesiólogos, 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 la Tabla de Procedimientos Terapéuticos se valorarán por similitud a los comprendidos en ella.

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más procedimientos terapéuticos, ZAM 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 a la Tabla de Procedimientos Terapéuticos.

En el caso de terapias de rehabilitación física, cuando ZAM 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 con intervención quirúrgica.
  -  Honorarios Médicos y quirúrgicos de cirujano(s) cubriendo el 100% con límite máximo de acuerdo a la Tabla de Procedimientos Terapéuticos 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.
- b) Honorarios de enfermería o de cuidados especiales a domicilio que se encuentren legalmente autorizadas para ejercer su profesión, siempre y cuando sean prescritas por el Médico y su empleo esté plenamente justificado, hasta por un periodo de 30 días y con límite diario de 1 SMGM.
- c) 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 sustancias semejantes indispensables para el tratamiento de una Enfermedad o Accidente cubiertos.

### 3.4. 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.

### 3.5. 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.

### 3.6. 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 SMGM.
- b) Gastos que resulten de la renta o compra de camas especiales para enfermos, pulmón artificial y otros aparatos semejantes, prótesis valvular cardíaca, prótesis oculares y miembros artificiales, lente intraocular, aparatos auditivos e implante coclear, que se requieran a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta. Aparatos ortopédicos; en el caso de zapatos ortopédicos, se cubrirá un máximo de dos pares al año. La prótesis dental sólo estará cubierta por el Accidente. El monto estará limitado a 200 SMGM. 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 ésta Póliza.

### 3.7. Terapia y Rehabilitación

- a) Gastos por tratamientos de radioterapia, inhaloterapia, rehabilitación, fisioterapia, neurorrehabilitación, quimioterapia u ozonoterapia de acuerdo a la Tabla de Procedimientos Terapéuticos.
- b) Tratamientos psiquiátricos por trauma, cuyo pago se hará de acuerdo a la cobertura de Consultas por Tratamientos Psiquiátricos.
- c) Terapia ocupacional y física cuando sea suministrada por un proveedor en convenio.

### 3.8. 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 SMGM, por año Póliza para cada Asegurado, aplicando invariablemente en cualquier caso un Coaseguro del 20% aun utilizando la Red Médica Zurich.

### 3.9. Maternidad

Gastos por atención de parto o cesárea para Asegurados Titulares y cónyuge de acuerdo a la Suma Asegurada estipulada en el certificado individual. En ambos casos, aplica un periodo de espera de 10 meses y no aplica Deducible ni Coaseguro. 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.**

### 3.10. Complicaciones del Embarazo

Gastos originados a consecuencia de las siguientes complicaciones de la Asegurada titular o cónyuge:

**Sin periodo de espera:**




- a) Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos.
- b) Legrado o aborto involuntario certificado por el Médico tratante.

**Con periodo de espera de 10 meses:**

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

**3.11. Atención a Recién Nacidos y 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) Ayuda para gastos del recién nacido sano de acuerdo a lo estipulado en el certificado individual por Evento.
- b) Se cubrirán las Enfermedades y anomalías congénitas de los Asegurados nacidos durante la vigencia del certificado, hasta un límite de 200 SMGM.
- c) 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 prematuridad, originados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad y/o esterilidad de los padres del menor Asegurado.**

**3.12. Cobertura de Corrección Visual**

Quedarán cubiertos los Gastos correspondientes a los Padecimientos de miopía, astigmatismo, astigmatismomiopico e hipermetropía, bajo las siguientes condiciones y requisitos:

- a) El número de dioptrías deberá ser igual o mayor a 5 dioptrías por cada ojo.
- b) El Coaseguro para este beneficio es del 50%
- c) El Deducible será el estipulado en el certificado individual
- d) No hay eliminación o reducción de los conceptos Deducible y Coaseguro aun y cuando la atención sea con proveedores de la Red Médica Zurich.

**3.13. Cobertura de Nariz y Senos Paranasales**

Se cubren 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 será el estipulado en el certificado individual el Coaseguro será del 30%.
- b) Para el caso de Accidentes, el Deducible será el estipulado en el certificado individual y no hay Coaseguro.
- c) No hay eliminación o reducción de los conceptos Deducible y Coaseguro aún y cuando la atención sea con proveedores de la Red Médica Zurich.

### 3.14. 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 aplásica.
- 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 SMGM.
- 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 SMGM 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 ZAM 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.**

### **3.15. Consultas por Tratamientos Psiquiátricos**

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

- a) Del tratamiento de un asalto, secuestro o violación siempre y cuando 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 esta cobertura:**

- a) Consultas que deriven de la ansiedad y/o depresión, a menos que se derive 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.**

### **3.16. Emergencia Médica en el Extranjero**

Se cubrirán los gastos médicos erogados por Emergencia Médica efectuados fuera del territorio nacional 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 cláusula operará bajo las siguientes modalidades:

- a) El límite máximo de responsabilidad para esta cobertura es del equivalente en moneda nacional de 70,000.00 dólares norteamericanos y con independencia a la Suma Asegurada para la cobertura básica.
- b) El Deducible a cargo del asegurado es del equivalente en moneda nacional de 70.00 dólares norteamericanos.
- c) No aplica Coaseguro.

ZAM 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 efectuó el reembolso.

### **Limitaciones y Exclusiones Específicas 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.**

#### **3.17. 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 contratados.

#### **3.18. 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 ZAM, por un Médico en convenio y autorizado para realizar la intervención, y perdiere la vida en dicha intervención, ZAM otorgará una ayuda económica a la sucesión legítima del asegurado 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.

### 3.19. 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 ZAM, tiene convenio de servicio, debiendo ser canalizada esta segunda opinión a través del Médico coordinador de ZAM y teniendo como límite el establecido en el tabulador de Honorarios Médicos y quirúrgicos correspondiente al plan contratado.

### 3.20. 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 ZAM 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 Período 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 Médica Zurich.**

### 3.21. Ampliación de Suma Asegurada para Enfermedades catastróficas.

Para efectos de esta cobertura se consideran las siguientes Enfermedades cubiertas como catastróficas:

- a) **Cáncer:** cáncer con metástasis, cáncer de páncreas, cáncer de hígado, cáncer en el sistema nervioso o localizado en los aparatos linfáticos, circulatorios, leucemia y melanoma maligno.

**Queda excluido el cáncer In-situ del cuello uterino y cáncer de la piel.**

- b) **Enfermedad (es) Neurológica (s), Cerebro-Vascular y Cerebrales:** Enfermedades degenerativas, tumores benignos y malignos del sistema nervioso central, así como tumores o malformaciones del aparato circulatorio, localizado en el sistema nervioso central, isquemia, trombosis y hemorragia cerebral.

## **Quedan excluidos los tumores en presencia del virus del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA.**

- C) Enfermedades de las coronarias que requieren cirugía:** intervención quirúrgica de tórax abierto para la colocación de hemoductos para la revascularización del miocardio. La necesidad de este tipo de intervenciones deberá ser demostrada mediante angiografía coronaria. **Quedan excluidos los procedimientos quirúrgicos como la angioplastia con colocación de stent y sus complicaciones como la trombólisis u otras Enfermedades con tratamientos similares.**

A través de la presente cobertura se duplica la Suma Asegurada establecida en el certificado individual hasta un tope máximo de 1,500 SMGM exclusivamente para las Enfermedades descritas como catastróficas. En caso de la que la Suma Asegurada contratada sea mayor a los 1,500 SMGM entonces prevalecerá la Suma Asegurada establecida en el certificado individual.

### **4. Padecimientos Cubiertos con Período de Espera**

Para Colectividades con un Número Inicial de Asegurados titulares menor o igual a 25, 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) Preclampsia 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.
- 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.
- 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.

**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, a menos de que éstas no sean consecuencia directa de cualquiera de los padecimientos antes mencionados.

**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 por Invalidez 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 y 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 formula 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 originados 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 pertenezcan 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 ni 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) que no cumplan el Período de Espera establecido.**



**39) Cualquier gasto que no esté expresamente citado en la sección Gastos Médicos Mayores Cubiertos de las presentes Condiciones Generales.**

## 6. Coberturas Opcionales

El Asegurado tendrá derecho a los siguientes beneficios adicionales previa solicitud y autorización por escrito de ZAM. 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 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 período 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 titular:**

**ZAM 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 dependientes sujetos al beneficio y sus ingresos deberán comprobarse al momento de ocurrir el fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente.

### 6.2. Cobertura Internacional

A través de esta cobertura se modifica el Objeto del Seguro para cubrir los gastos erogados dentro y fuera de la República Mexicana; el resto de las especificaciones del Objeto del Seguro se mantienen sin cambio alguno.

Para establecer el Monto por Procedimiento Terapéutico de gastos erogados fuera de la República Mexicana se incrementará la Base de Reembolso en un cien por ciento de lo establecido en la Póliza.

- a) No hay eliminación o reducción de los conceptos Deducible y Coaseguro aun y cuando la atención sea con proveedores de la Red Médica Zurich.

## **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.

### **6.3. Gastos Funerarios**

ZAM pagará la suma asegurada contratada de esta cobertura, a los beneficiarios correspondientes, por cada uno de los asegurados que aparezcan en el certificado individual y que fallezca dentro de la vigencia de ésta póliza. Si se trata de menores de 12 años, ZAM se obliga a pagar los gastos por servicios funerarios por la suma asegurada contratada si éste fallece dentro de la vigencia de esta póliza previa acreditación de los gastos efectuados por éste 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.

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 ZAM 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) 1 copia de la identificación oficial de los beneficiarios y del Asegurado
- e) Copia del acta de nacimiento del Asegurado y de los Beneficiarios.
- f) Comprobante de domicilio de los Beneficiarios.
- g) Formatos de declaración de fallecimiento proporcionados por ZAM.

### **Suicidio**

**En caso de muerte por suicidio, ocurrido dentro del primer año de la vigencia continua del contrato y del respectivo Certificado individual de seguro, cualquiera que haya sido su causa y el estado mental o físico del Asegurado, ZAM solamente devolverá la reserva matemática respecto del integrante de la Colectividad Asegurada, al cual corresponda el Certificado individual. Este será el pago total que se hará por concepto del seguro del expresado miembro. En caso de rehabilitación de un Certificado individual, el plazo de un año se contará a partir de la fecha en que ésta sea aceptada por ZAM.**

### **6.4. Indemnización Diaria por Hospitalización**

Si a consecuencia de una Enfermedad y/o Accidente cubierto, el Asegurado se encontrase hospitalizado por prescripción médica en una Hospital Clínica o Sanatorio, ZAM pagará mientras subsista la Hospitalización, la cantidad diaria contratada e indicada en el certificado individual . 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 hrs. 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.**

## **7. Reclamaciones y Pago de indemnizaciones**

### **7.1. Avisos**

- a) Es obligación del reclamante dar aviso por escrito a ZAM, en el curso de los primeros cinco días hábiles, de cualquier Accidente o Enfermedad que pueda ser motivo de indemnización. El retraso para dar aviso, no traerá como consecuencia lo establecido en el artículo 67 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro si se prueba que tal retraso se debió a causa de fuerza mayor o caso fortuito y que se proporcionó tan pronto como cesó 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 ZAM 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, ZAM quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.
- c) ZAM 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 esa comprobación, liberará a ZAM de cualquier obligación.
- d) ZAM 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, ZAM 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 ZAM 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.
- b) A la cantidad resultante se descontará, primero el Deducible y después la cantidad por concepto de Coaseguro de acuerdo al porcentaje y Tope de Coaseguro máximo establecido en el certificado individual.
- c) El Deducible, Coaseguro así como los límites citados en el Contrato 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 ZAM la documentación necesaria para comprobar dicha erogación.
- e) En caso de fallecimiento del Asegurado, cualquier beneficio amparado por el Contrato y que se encuentre pendiente o que no haya sido pagado, será liquidado directamente a la Red Médica Zurich; de lo contrario ZAM 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 Médica Zurich, podrá hacer uso del Servicio de Pago Directo en el que, previa verificación de ZAM respecto a la procedencia del caso, ésta efectuará el pago de los gastos cubiertos por la Póliza a la Red Médica Zurich, quedando a cargo del Asegurado los gastos no cubiertos, así como el Deducible y el Coaseguro que correspondan.

El Servicio de Pago Directo estará sujeto a la oportunidad y viabilidad por parte de ZAM 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: ¿Qué hacer en caso de siniestro?

### **7.4. 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 Médica Zurich.
- b) ZAM 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, ZAM no reembolsará ninguna otra cantidad por este mismo concepto.

### **7.5. 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 Médica Zurich, 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
Nivel Hospitalario 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) Si el Asegurado que recibe la atención médica no se atiende con Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios incluidos en La Red Médica Zurich o no se utiliza el Servicio de Pago Directo, se aplicará la siguiente tabla para manejo de Deducible y Coaseguro.

USO FUERA DE LA RED MÉDICA ZURICH O A TRAVÉS DE REEMBOLSO		Nivel Hospitalario donde se atendió el Asegurado		
		Alto	Medio	Bajo
Nivel Hospitalario Contratado	Alto	Deducible: Se aplica Contratado Coaseguro: Se aplica el Contratado	Deducible: Se elimina hasta 2 SMGM Coaseguro: Se aplica el Contratado	Deducible: Se elimina hasta 3 SMGM Coaseguro: Se aplica el Contratado
	Medio	Deducible: Se aplica Contratado Coaseguro: Aumento en 20 puntos porcentuales	Deducible: Se aplica Contratado Coaseguro: Se aplica el Contratado	Deducible: Se elimina hasta 2 SMGM Coaseguro: Se aplica el Contratado
	Bajo	Deducible: Se aplica Contratado Coaseguro: Aumento en 30 puntos porcentuales	Deducible: Se aplica Contratado Coaseguro: Aumento en 20 puntos porcentuales	Deducible: Se aplica Contratado Coaseguro: Se aplica el Contratado

- 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 inicial tramitados vía Sistema de Pago por Reembolso se aplicará el Coaseguro y limitaciones de la póliza.

### 7.6. Servicios y Coberturas que requieren previa autorización de ZAM.

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

- a) **Ambulancia:** Cualquier traslado programado debe realizarse previa autorización de ZAM a excepción del caso de Emergencia Médica donde no es necesaria la autorización de ZAM.
- b) **Cobertura de Corrección Visual:** ZAM revisará el caso a través de un Médico oftalmólogo de la Red Médica Zurich quien certificará los diagnósticos correspondientes y el número de dioptrías. Los gastos de la certificación del tratamiento estarán a cargo de ZAM 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 ZAM, para que sea valorado por un Médico de la Red Médica Zurich. En caso de que el resultado de la valoración no cumpla con las condiciones de Accidente, el evento se considerará como una Enfermedad.
- d) **Trasplante de Órganos:** Cualquier Trasplante debe ser autorizado previamente por escrito por ZAM.

## 7.7. Referencias

ZAM pone a disposición de los asegurados la página de internet [www.zam.zurich.com.mx](http://www.zam.zurich.com.mx) donde se publicará la siguiente información actualizada:

- a) Tabla de Procedimientos Terapéuticos
- b) Prestadores de Servicios Médicos y Hospitalarios incluidos en la Red Médica Zurich citando el Nivel Hospitalario de cada proveedor.
- c) Folleto: ¿Qué hacer en caso de siniestro?
- d) Formatos para la Reclamación de un Evento; entre otros: Aviso de Accidente o Enfermedad, Informe Médico.

## 8. Cláusulas Generales

### 8.1. Residencia

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

En caso de que el Asegurado cambie su domicilio fuera de la República Mexicana, éste se obliga a notificarlo por escrito a Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V., dentro de los 10 días hábiles posteriores al cambio.

Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V., realizará una revisión periódica para verificar que la residencia del asegurado se encuentre en la República Mexicana, en caso de detectar que reside en el extranjero se evaluará la no renovación del contrato de seguro, y de determinarse la no renovación de la póliza Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V., lo comunicará por escrito al Asegurado y/o Contratante con una antelación no menor a 30 días de la fecha del término de vigencia.

### 8.2. Agravación del Riesgo

El costo de la Póliza se determina conforme los datos declarados en la solicitud, para la colectividad asegurada, por lo que si ésta cambia de ocupación, puede cambiar su grado de exposición a cualquiera de los riesgos cubiertos. En ese caso, ZAM podrá cobrar la extra-Prima correspondiente a la nueva ocupación o actividad o bien podrá excluir las Enfermedades o Accidentes derivados del nuevo riesgo (Art. 47 y 52 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). Si el Contratante no avisa por escrito sobre la agravación del riesgo y ésta influye en el siniestro, ZAM no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por Reclamación que se derive de ello (Art. 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

### 8.3. Registro de Asegurados

ZAM 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.”<sup>1</sup>

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

El reconocimiento de Antigüedad opera sobre las siguientes bases:

Para efectos de esta cláusula, la antigüedad es el periodo en que el Asegurado ha estado cubierto 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 ZAM 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 ZAM.

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 períodos de espera que marcan estas condiciones generales en su sección 4. Padecimientos cubiertos con Período de Espera. En los casos en que específicamente se requiera que la antigüedad sea en ZAM, 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 se 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 la haya comunicado esa situación

1 Artículo 13 del reglamento del Seguro Colectivo



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.”<sup>2</sup>

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 reconozca 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 Período de Espera para estos dependientes de 60 días y mediante la presentación de la prueba de asegurabilidad que exija ZAM, la cual incluirá un certificado Médico sobre el estado de salud del solicitante.

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

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

## **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.”<sup>3</sup>

## **8.7. Autoadministración**

Cuando el contratante y ZAM así lo convengan mediante acuerdo por escrito, la póliza podrá ser autoadministrada, rigiendo en tal caso las siguientes bases:

ZAM 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 la Compañía, 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 calcularán 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.

---

2 Artículo 17 del reglamento del Seguro Colectivo

3 Artículo 18 del reglamento del Seguro Colectivo

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 la Compañía, 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 la Compañía a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante, obliga a este a reintegrar dicho pago a la Compañía.

La devolución de las primas resultantes por la baja de asegurados se calcularán a prorrata considerando la diferencia en días de la fecha de alta del asegurado y la fecha de baja en la póliza, dicha prima se acumulará en los saldos pendientes por devolver de la póliza.

Se hace constar que el Contratante se obliga a dar aviso a ZAM 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 término de vigencia de póliza ZAM 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 ZAM.

En virtud del presente convenio el Contratante, se obliga a integrar y mantener actualizado el expediente relativo a esta póliza y a 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 ZAM, 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 ZAM.

### **8.8. Obligación del Contratante**

El Contratante deberá dar cumplimiento a las siguientes obligaciones:

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

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

Las obligaciones establecidas en la presente cláusula no serán exigibles 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 ZAM, 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 ZAM se reducirá a la que con la Prima pagada hubiere podido comprar de acuerdo a 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, ZAM estará obligada a reembolsar al Contratante y/o Asegurado la diferencia entre a reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado al momento de su ingreso a la Colectividad Asegurado, reduciéndose la Primas ulteriores de acuerdo a la edad real.

### 8.10. Edades de Admisión

ZAM 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	69	70
Indemnización diaria por Hospitalización	0	70	74	75
Continuidad familiar (Menores)	0	25	25	26
Continuidad familiar (Adultos)	18	69	69	70

Faltan las edades para la cobertura opcional de gastos funerarios

### 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.

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 ZAM de expedir el certificado correspondiente.

No obstante lo anterior, el Asegurado tendrá en todo momento el derecho de solicitar a ZAM el Certificado correspondiente.

### 8.12. Vigencia de la Póliza

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.

#### 8.12.1 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 la vigencia de la póliza y del respectivo certificado, siempre y cuando éstos sean renovados sin interrupción, caso en el que el periodo de beneficio será prorrogado por otro periodo de seguro.

En todo caso, ZAM 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:

- i) Al verificarse la recuperación de la salud o vigor vital respecto a la enfermedad o accidente que haya afectado al asegurado, o
- ii) Al agotamiento de la Suma Asegurada, o
- iii) Al vencimiento del período 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.**

### **8.13. 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:

- 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.

### **8.14. Cancelación Anticipada del Seguro**

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

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 ZAM reembolsará únicamente, de la Prima pagada, la Prima de Riesgo no devengada más la parte no devengada de los gastos de administración de la Aseguradora.

### **8.15. Conversión a individual**

ZAM 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.

### **8.16. Renovación de la Póliza**

ZAM podrá renovar el Contrato mediante endoso a la póliza, si dentro de los últimos 20 días hábiles de vigencia de cada período el contratante no le da aviso por escrito de 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.

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 ZAM estará obligado a informar al Contratante con al menos 30 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 períodos 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 ZAM, se tendrá como prueba suficiente de la renovación.

#### **8.17. 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 ZAM 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.

#### **8.18. Período de Gracia para el Pago de Primas**

Para liquidar la Prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, el Contratante gozará de un Período de Espera de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

En el caso de las fracciones subsecuentes, en los casos de pago en parcialidades, no opera el período de gracia.

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 Período de Espera, 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

#### **8.19. Comisiones y Compensaciones Directas**

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

## 8.20. Padecimiento y/o Enfermedad Preexistente

ZAM 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.

Cuando ZAM 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.

- b) 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.

## 8.21. 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 ZAM 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 hiciera. Antes de empezar sus labores, los dos peritos nombrarán un tercero para el caso de discordia.

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

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

Si el Asegurado acude al arbitraje médico, ZAM 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 ZAM.

### **8.22. Subrogación**

De conformidad con el Art. 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. ZAM 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 ZAM 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.

ZAM 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 ZAM lo solicita a costa de esta, el Asegurado hará constar la subrogación en escritura pública.

### **8.23. Competencia**

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de atención de consultas y reclamaciones de la propia institución de seguros o en la Comisión Nacional de la Protección y Defensa de los Usuarios de los 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 los 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 conforme a la cláusula siguiente, 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 los Servicios Financieros, en términos de lo dispuesto en el artículo 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

### **8.24. Indemnización por Mora en el Pago**

Si ZAM no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguros al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo al artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, mismo que en lo conducente señala:

- (a) Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal 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.
- (b) Además, la empresa de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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.

- (c) Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esta obligación, la empresa de seguros estará obligada a pagar interés moratorio que 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.
- (d) En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables.
- (e) En todos los casos, los intereses moratorios se generan por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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.

### **8.25. Modificaciones y Notificaciones**

Las condiciones generales de la Póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo escrito entre el Contratante y ZAM, lo cual deberá constar por escrito, mediante Endosos o cláusulas adicionales registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como lo indica el artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. En consecuencia los agentes o cualquier persona no autorizada por ZAM 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 ZAM deberá hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio social que consta en la carátula de la Póliza.

ZAM efectuará los avisos y notificaciones al último domicilio que conozca del Contratante y(o Asegurado).

### **8.26. Moneda**

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sea por parte del Asegurado o ZAM serán en moneda nacional, conforme al artículo 8o. 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.

### **8.27. 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.



### 8.28. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante está obligado a declarar por escrito a ZAM 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 ZAM 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 del Seguro).

Esta cláusula solo será aplicable a los Asegurados que sean dados de alta en la Póliza, 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.

### 8.29. Otros Seguros

Si al momento de la Reclamación las coberturas otorgadas en esta Póliza estuvieran amparadas total o parcialmente por otros seguros, en ésta 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 ZAM fotocopia de pagos, comprobantes y finiquito que le haya(n) expedido otra(s) aseguradora(s) con relación al Evento del cual solicite la indemnización.

### 8.30. 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 Art.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 de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (CONDUSEF) y se suspenderá por la presentación de la Reclamación ante la Unidad Especializada de Consultas y Reclamación de ZAM.

### 8.31. Responsabilidad Civil

En ningún caso ZAM 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 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.

### 8.32. Obligación de conservar el expediente de identificación del Asegurado

El Contratante se obliga a integrar y conservar un expediente con los datos y documentos para identificar a cada Asegurado, o en su caso, Beneficiario, de conformidad con las "Políticas de identificación del Cliente" establecidas por Zurich México las cuales son acordes a las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Zurich México podrá en cualquier momento solicitar al Contratante por escrito a través de correo electrónico y de manera aleatoria, los expedientes de los Asegurados o en su caso, Beneficiarios, para verificar que éstos se encuentren debidamente integrados conforme a lo señalado en el párrafo anterior. El Contratante deberá remitir los expedientes solicitados a Zurich México en un plazo no mayor a 5 días hábiles siguientes al día en que reciba dicha solicitud. Asimismo, el Contratante estará obligado a remitir los expedientes de identificación de los Asegurados y Beneficiarios, en el mismo plazo señalado en el párrafo anterior, cuando Zurich México se los solicite por escrito para dar cumplimiento a requerimientos recibidos por parte de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas o de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. El Contratante deberá conservar los expedientes de identificación de los Asegurados y Beneficiarios durante 10 años, contados a partir de que dichos Asegurados dejen de prestar sus servicios al Contratante cuando se trate de empleados o personal del mismo, o bien, después de concluida la relación entre Zurich México y el Contratante.

### 8.33. 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.zam.zurich.com.mx](http://www.zam.zurich.com.mx).

El presente Aviso en su texto completo, así como sus modificaciones, estarán a su disposición en la página [www.zam.zurich.com.mx](http://www.zam.zurich.com.mx), o a través de comunicados colocados en nuestras oficinas (y sucursales) o informados mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con usted."

#### **8.34. Entrega de Documentación Contractual**

ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. DE C.V., entregará la póliza, las condiciones generales, endosos, recibos de prima y demás documentación que forme parte del contrato de seguro al Contratante y/o Asegurado de forma impresa, o bien, a través de medios electromagnéticos, según lo elija el propio Contratante y/o Asegurado. Adicionalmente las Condiciones Generales se encuentran disponibles para su consulta en la página de internet [www.zam.zurich.com.mx](http://www.zam.zurich.com.mx) sin perjuicio de que puedan solicitarse directamente en las oficinas de Zurich México o llamando a los números 55 5284 1103 en la Ciudad de México y área metropolitana, el resto de la República Mexicana al 800 0800 009 para que le sean enviadas vía correo electrónico o en forma impresa.

#### **8.35. Operaciones y Servicios por Medios Electrónicos**

El Contratante y/o Asegurado podrá realizar operaciones y servicios relacionados con el presente contrato, incluyendo pero no limitados a: la solicitud del seguro, cuestionarios, la contratación misma del seguro, pago de primas, notificaciones, aviso de siniestro, entre otros, haciendo uso de los medios electrónicos que la Compañía pone a su disposición, los cuales se regirán por los "Términos y Condiciones de Uso de Medios Electrónicos para las Operaciones de Seguros", que podrá consultar en la página de Internet [www.zam.zurich.com.mx](http://www.zam.zurich.com.mx); lo anterior con fundamento en el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Para efectos de la presente cláusula se entenderá por medios electrónicos al uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos.

De conformidad con el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el uso de los medios de identificación que la Compañía establezca en sustitución de la firma autógrafa producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

"Para cualquier consulta o reclamación puede acudir a nuestra Unidad de Atención Especializada, 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, con horario de atención de Lunes a jueves: 08:00 a 14:00 y 15:00 a 17:45 horas y Viernes: 08:00 a 15:30 horas. Correo electrónico [unidad.especializada@mx.zurich.com](mailto:unidad.especializada@mx.zurich.com) y teléfonos 55 52 84 11 03 y 800 0800 009"

"CONDUSEF: Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. Teléfonos: 5340-0999 o lada sin costo 01800-999-8080. Página de internet: [www.condusef.gob.mx](http://www.condusef.gob.mx), correo electrónico: [asesoria@condusef.gob.mx](mailto: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, quedarán registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de Mayo de 2022, con el número CNSF-S0037-0226-2022 y CONDUSEF-005404-01.**