



Condiciones generales

Seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo

Experiencia Global

1.	Definiciones	1
1.1.	Zurich Aseguradora Mexicana	1
1.2.	Contratante	1
1.3.	Asegurado titular.....	1
1.4.	Dependientes económicos.....	1
1.5.	Accidente.....	1
1.6.	Centro de Atención Zurich (CAZ).....	1
1.7.	Coaseguro	1
1.8.	Comisión o compensación directa	2
1.9.	Deducible.....	2
1.10.	Emergencia o urgencia médica	2
1.11.	Enfermedad	2
1.12.	Endoso	2
1.13.	Evento	2
1.14.	Gasto médico razonable y acostumbrado	2
1.15.	Honorarios médicos.....	3
1.16.	Hospital, clínica o sanatorio.....	3
1.17.	Hospitalización.....	3
1.18.	Límite del coaseguro.....	3
1.19.	Padecimiento congénito.....	3
1.20.	Padecimiento o enfermedad preexistente	3
1.21.	Período al descubierto	4
1.22.	Periodo de espera	4
1.23.	Prima.....	4
1.24.	Programación de cirugía	4
1.25.	Reinstalación de suma asegurada	4
1.26.	Suma asegurada.....	4
1.27.	Tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos	4
1.28.	Red Zurich.....	5
1.29.	Reglamento del Seguro Colectivo.....	5
1.30.	Colectividad asegurable	5
1.31.	Colectividad asegurada	5
2.	Características generales del plan.....	6
2.1.	Vigencia de la póliza	6
2.1.1.	Vigencia	6
2.1.2.	Renovación.....	6
2.1.3.	Rehabilitación	6
2.1.4.	Terminación.....	6
2.1.5.	Cancelación Anticipada del Seguro	7
2.2.	Movimientos en la Colectividad asegurada.....	7
2.2.1.	Obligación del Contratante.....	7
2.2.2.	Alta de Asegurados.....	7
2.2.3.	Baja de Asegurados	8
2.3.	Registro de asegurados	8
2.4.	Cambio de contratante.....	9
2.5.	Certificados individuales	9
3.	Descripción de Coberturas	10
3.1.	Objeto del Seguro.....	10
3.2.	Edades de Elegibilidad	10
3.3.	Gastos Médicos amparados.....	10
3.3.1.	Hospitalización	10
3.3.2.	Honorarios Médicos.....	11
3.3.3.	Medicamentos	11
3.3.4.	Servicios auxiliares de diagnóstico	11
3.3.5.	Terapia y rehabilitación	12
3.3.6.	Servicio de ambulancia.....	12
3.3.7.	Maternidad	12
3.3.8.	Atención a recién nacidos y padecimientos congénitos	13

3.3.9.	Gastos por accidente.....	13
3.3.10.	Tratamientos y/o Padecimientos Específicos.	14
3.3.11.	Transplante de Órganos	16
3.3.12.	Tratamientos Psiquiátricos	18
3.3.13.	Cobertura de SIDA	19
3.3.14.	Otros servicios.	20
3.4.	Coberturas Adicionales Incluidas	21
3.4.1.	Emergencia Médica en el Extranjero	21
3.4.2.	Deportes amateurs y/o actividades peligrosas	22
3.4.3.	Ayuda por fallecimiento durante una intervención quirúrgica.....	22
3.4.4.	Reconocimiento de antigüedad en otros seguros similares	22
3.4.5.	Servicio telefónico de orientación médica	23
3.4.6.	Segunda Opinión Médica	23
3.4.7.	Anticipo de Cirugía	23
3.5.	Coberturas Opcionales	25
3.5.1.	Continuidad Familiar por Muerte o Invalidez Total y Permanente del Titular .	25
3.5.2.	Cobertura de atención en el extranjero	26
3.5.3.	Cobertura de visión	26
3.6.	Gastos médicos cubiertos con período de espera	27
3.7.	Exclusiones generales.....	28
4.	Pago de indemnizaciones	31
4.1.	Aviso	31
4.2.	Certificación.....	31
4.3.	Procedimientos en caso de siniestro	31
4.4.	Pago de indemnizaciones	33
4.5.	Sistema de pago directo	34
4.6.	Sistema de pago por reembolso	36
4.7.	Beneficio de reducción en el deducible y el coaseguro	36
4.7.1.	Reducción en la aplicación del deducible y el coaseguro	36
4.7.2.	Requisitos para obtener el beneficio de reducción en el deducible y el coaseguro	37
4.8.	Procedimientos	38
4.8.1.	Cirugía Programada para Padecimientos de Corta Estancia ó Ambulatorios.....	38
4.8.2.	Cirugía Programa para la Utilización de Paquetes Quirúrgicos.....	39
5.	Cláusulas Generales	40
5.1.	Contrato	40
5.2.	Prescripción	40
5.3.	Modificaciones y Notificaciones.....	40
5.4.	Residencia	40
5.5.	Omisiones o Inexactas Declaraciones	41
5.6.	Edad	41
5.7.	Moneda.....	41
5.8.	Competencia	41
5.9.	Cláusula de padecimiento y/o enfermedad preexistente.	42
5.10.	Cláusula de Arbitraje	42
5.11.	Subrogación de Derechos.....	43
5.12.	Tipo de Cambio	43
5.13.	Primacía	43
5.14.	Indemnización por mora en el pago	43
5.15.	Primas	44
5.16.	Período de gracia para el pago de primas	44
5.17.	Cláusula de Comisiones y Compensaciones Directas	44
5.18.	Entrega de Documentación Contractual	45
5.19.	Aviso de Privacidad	45
5.20.	Obligación de conservar el expediente del Asegurado.....	45
5.21.	Operaciones y Servicios por Medios Electrónicos.....	46
6.	Anexos.....	47
6.1.	Relación de hospitales participantes por tipo de plan.....	47
6.1.1.	Plan ZuSalud Elite	47
6.1.2.	Plan ZuSalud Premium	48
6.1.3.	Plan ZuSalud Estándar	49
6.2.	Formatos	50

6.2.1.	Carátula de la póliza	50
6.2.2.	Solicitud de Seguro de Accidentes y Enfermedades Colectivo	52
6.2.3.	Consentimiento del Seguro de Accidentes y Enfermedades Colectivo	54
6.2.4.	Cuestionario para el seguro de Gastos Médicos	56
6.2.5.	Certificado (Frente).....	57
6.2.6.	Certificado (Reverso)	58
6.2.7.	Consentimiento-Certificado Seguro de Accidentes y Enfermedades Colectivo	59
6.2.8.	Formato de consentimiento expreso de uso y transferencia de datos sensibles y financieros.....	61
6.3.	Endosos.....	62
6.3.1.	Pago de complementos.....	62
6.3.2.	Endoso de Padecimientos preexistentes limitado	63
6.3.3.	Endoso de Padecimientos preexistentes amplio	64
6.3.4.	Endoso de Cobertura de Atención en Franja Fronteriza.....	65
6.4.	Folleto Derechos Básicos.....	66

1. Definiciones

Para efectos de este contrato se considerarán las siguientes definiciones:

1.1. ZAM ó ZURICH ASEGURADORA MEXICANA, S.A. DE C.V.

Toda mención en adelante de ZAM y/o Zurich México, se refiere a Zurich Aseguradora Mexicana, S.A. de C.V.

1.2. Contratante

Es aquella persona física o moral, que ha solicitado la celebración del contrato para sí o por cuenta de terceros, que entre otras obligaciones tiene la de realizar el pago de las primas.

1.3. Asegurado titular

Es la persona que, siendo directamente miembro de la colectividad asegurada, recibe los beneficios del seguro para si y para sus dependientes económicos.

1.4. Dependientes económicos

Se entenderá por dependientes económicos al cónyuge 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. 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.

1.6. 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, transplantes, o cualquier otro procedimiento que requiera de autorización previa.

1.7. Coaseguro

Porcentaje a cargo del Asegurado que se aplica al monto total de gastos cubiertos en exceso del deducible para cada reclamación hasta el límite establecido en la carátula de póliza.

Este coaseguro se maneja por evento, dicho porcentaje queda indicado en la carátula de la póliza y en el certificado individual.

En caso de existir gastos y tratamientos en el territorio nacional o en el extranjero se pagará el coaseguro según sea el caso.

1.8. 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.

1.9. Deducible

Es la cantidad fija establecida en la carátula de la póliza y en el certificado individual, que será cubierta por el Asegurado por cada reclamación que se presente en la vigencia contratada. A partir de esta cantidad ZAM cubrirá los gastos médicos de las enfermedades amparadas.

1.10. 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 e ingresa por el área de urgencias de un hospital dentro de las primeras 72 horas de ocurrido dicho padecimiento o accidente. Una vez que ha sido estabilizada y controlada la condición patológica del paciente cesará la emergencia.

1.11. Enfermedad

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo. Son materia de esta póliza sólo las enfermedades que ameritan tratamiento médico o quirúrgico.

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.

1.12. Endoso

Documento que modifica el contrato de seguro en las condiciones generales, previo acuerdo entre las partes y forma parte de éste contrato de seguro.

1.13. Evento

Cada uno de los accidentes o enfermedades amparadas por esta póliza.

1.14. Gasto médico razonable y acostumbrado

En relación al pago de la reclamación por atención en el extranjero, se efectuarán en base al costo usual, razonable y acostumbrado (Usual, Customary and Reasonable - UCR) del tratamiento o intervención que se realice de acuerdo al tabulador del país donde recibió la atención médica.

En caso de no existir el costo razonable y acostumbrado, los pagos se efectuarán en base al tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos del plan contratado con Zurich.

1.15. Honorarios médicos

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

1.16. 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.

1.17. 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.

1.18. Límite del coaseguro

Monto máximo que se pagará por concepto de coaseguro. Dicho monto está indicado en la carátula de la póliza y en el certificado individual.


1.19. Padecimiento congénito


Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, que pueden ser evidentes al momento del nacimiento o después de varios años.

1.20. Padecimiento o enfermedad preexistente

Aquellos cuyos síntomas o signos se manifestaron para cada Asegurado antes de la contratación de esta póliza, se encuentren o no declarados en el cuestionario médico y cuya existencia se demuestre 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 cualquier otro medio reconocido de diagnóstico; o que hayan generado algún gasto para el tratamiento médico de dicho padecimiento, cualquiera que sea su causa y/o complicación.

Para tales efectos se entenderá como:

-  Signo: Cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica; es decir, puede ser visto, medido o palpable para el médico.

-  Síntoma: Fenómeno o anomalía subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

1.21. Período al descubierto

Es el lapso 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.

1.22. Periodo 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.

1.23. Prima

Es la contraprestación prevista en la carátula de la póliza o el recibo a cargo del Contratante.

1.24. Programación de cirugía

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.

1.25. Reinstalación de suma asegurada

La suma asegurada básica para cada Asegurado se reinstalará automáticamente para cubrir nuevos accidentes o enfermedades hasta por otro tanto de la suma asegurada contratada, en caso de que por algún padecimiento, accidente o enfermedad cubierto llegase a agotarse la misma. Sólo aplica para nuevos padecimientos ocurridos durante la vigencia de la póliza.

1.26. Suma asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad de ZAM por cada Asegurado a consecuencia de uno o más accidentes y/o enfermedades cubiertos. Esta cantidad quedará fija a partir de que se efectúe la primera erogación, de acuerdo a las estipulaciones consignadas en la carátula de la póliza, endosos y cláusulas correspondientes para cada cobertura contratada, mientras estas se mantengan vigentes en forma continua.

1.27. Tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos

Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos que determina el monto máximo que pagará ZAM, para cada enfermedad y/o accidente cubierto por concepto de honorarios médicos y/o quirúrgicos para dichos procedimientos.

1.28. Red Zurich

Significa el conjunto de hospitales, médicos, u otros proveedores de atención de salud, que están disponibles para la atención de los Asegurados en servicios médicos y hospitales mediante prestadores de servicio con los que tiene contrato ZAM, tanto a nivel nacional como en el extranjero.

1.29. 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.

1.30. Colectividad asegurable

1. Colectividad con relación laboral: Cualquier conjunto de personas que mantengan un vínculo laboral. Esta relación laboral se da entre el Asegurado como empleado y el Contratante, ya sea como patrón o bien como sindicato o unión de trabajadores.
2. Colectividad sin relación laboral: Cualquier conjunto de personas que mantengan un vínculo o interés común, distinto a lo laboral, que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

En cualquier caso, este conjunto de personas son representadas por el Contratante.

1.31. 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.

2. Características generales del plan

2.1. Vigencia de la póliza

2.1.1. Vigencia

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

2.1.2. Renovación

La Compañía Aseguradora podrá renovar el Contrato mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que éste haya sido contratado, si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada período alguna de las partes no da aviso a la otra por escrito su voluntad de no renovarlo, y siempre y cuando se reúnan los requisitos establecidos en el Reglamento del Seguro Colectivo a la fecha de vencimiento del Contrato. A la renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

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

2.1.3. Rehabilitación

El Contratante podrá rehabilitar la póliza al efectuar durante los treinta días siguientes de terminado el período de gracia el pago de la prima correspondiente.



El lapso comprendido entre el último día del período de gracia y la fecha de pago quedará al descubierto, lo que significa que la ZAM no efectuará pago alguno por accidentes o padecimientos cuyos síntomas o signos se presenten en dicho lapso, salvo en el caso de que la rehabilitación se haga en un plazo de 30 días naturales.

En caso de que no se indique la hora en el comprobante de pago, se tendrá rehabilitado el seguro desde las cero horas del día de la fecha de pago.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula deberá hacerla constar ZAM, para fines administrativos, en el recibo de pago correspondiente o en cualquier otro documento.

2.1.4. Terminación

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

-  Al concluir la vigencia que aparece en la carátula de la póliza.
-  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:

- ✚ Cuando el Asegurado titular pierda su calidad de miembro elegible de la Colectividad Asegurada, terminando los beneficios del seguro tanto para el Asegurado titular como para sus dependientes económicos.
- ✚ Cuando un dependiente económico pierda tal condición. En este caso, los beneficios del seguro terminan únicamente para la persona que pierde su calidad de dependiente económico, de acuerdo a los términos de este contrato.

2.1.5. 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 por el Asegurado, la prima de riesgo no devengada más la parte no devengada de los gastos de administración de la Aseguradora.

Para efectos de esta cláusula la prima de riesgo será igual a la prima pagada por el Asegurado menos los porcentajes de gastos y utilidad especificados en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para este seguro, la cual deberá contener también el método para devengar la prima, los gastos y la utilidad aquí mencionados.

2.2. Movimientos en la Colectividad asegurada.

2.2.1. Obligación del Contratante

El Contratante deberá dar cumplimiento a las siguientes obligaciones:

1. 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. .
2. 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.
3. 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.

2.2.2. Alta de Asegurados

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

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la Colectividad Asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento

después de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de 30 días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.”¹

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, siempre y cuando la madre tenga 10 meses de haberse dado de alta en el seguro.

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

- 📅 En la fecha en que el Asegurado se dé de alta al seguro.
- 📅 En la fecha en que el Asegurado los reconozca como tales, dentro de un período máximo de 30 días, posteriores al evento que lo origina.
- 📅 El Asegurado titular podría solicitar la inclusión de dependientes en fecha distinta a la especificada anteriormente, pero en estos casos se aplicará un período de espera para estos dependientes de 60 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.

2.2.3. 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 neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.”²

2.3. Registro de asegurados

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

1. Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los Integrantes de la colectividad;
2. Suma asegurada o regla para determinarla;
3. Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los Integrantes y fecha de terminación del mismo;
4. Operación y plan de seguros de que se trate;
5. Número de Certificado individual, y

¹ Artículo 17 del reglamento del Seguro Colectivo

² Artículo 18 del reglamento del Seguro Colectivo

6. Coberturas amparadas.

A solicitud del Contratante, la Aseguradora deberá entregarle copia de este registro.”³

2.4. Cambio de contratante

Cuando exista cambio de Contratante y el Contrato tuviera por objeto el otorgar una prestación laboral, ZAM podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la Colectividad Asegurada, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la Aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de ese contrato, en el entendido de que si el Asegurado hubiere contribuido al pago de la prima, tendrá derecho en esa misma proporción al reintegro de la parte proporcional con la que hubiere participado, así como en su caso al pago del dividendo que se hubiere pactado en el Contrato.

2.5. 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 cual deberá contener la siguiente información:

- a) Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora;
- b) Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora;
- c) Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;
- d) Nombre del Contratante;
- e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado;
- f) Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado;
- g) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
- h) Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
- i) Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 del Reglamento del Seguro Colectivo, y
- j) En el caso de los seguros Colectivos que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, el artículo 19 del Reglamento del Seguro Colectivo.

Previo convenio entre el Contratante y ZAM, 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.

³ Artículo 13 del reglamento del Seguro Colectivo

3. Descripción de Coberturas

3.1. Objeto del Seguro

Si a consecuencia de un accidente y/o enfermedad ocurrido al Asegurador o a sus dependientes económicos, que haya requerido tratamiento médico o quirúrgico cubierto por la póliza, el Asegurado incurriera en cualquiera de los gastos médicos cubiertos enlistados en estas condiciones generales, ZAM, pagará o reembolsará el costo de los mismos hasta por la suma asegurada contratada, ajustándola previamente en su caso a deducible y coaseguro, así como a los límites señalados en la carátula de la póliza por tipo de gasto, inicio de vigencia, periodo, y cobertura afectada, siempre y cuando los gastos hayan sido erogados dentro de la República Mexicana o fuera de ella en caso de contar con cobertura en el extranjero y tanto la póliza como el certificado se encuentren en vigor al momento del accidente y/o enfermedad y el padecimiento se origine dentro de la fecha de cobertura.

3.2. Edades de Elegibilidad

Tanto los Asegurados como los dependientes económicos podrán ser aceptados bajo este seguro desde recién nacidos y hasta los 64 años.

En los casos de renovación, la cobertura para cada Asegurado podrá ser vitalicia mientras se renueve el contrato de manera continua e ininterrumpida.

3.3. Gastos Médicos amparados.

Son aquéllos que efectúe el Asegurado por indicación de su médico tratante el cual este autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión, 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.

Lo anterior de acuerdo con las coberturas contratadas y límites establecidos en la carátula de la póliza y a lo estipulado en las presentes condiciones generales y en las cláusulas adicionales que se pacten.

El importe de los gastos médicos se indemnizará conforme al tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos del plan contratado, siempre y cuando el Asegurado los efectúe dentro del territorio nacional o fuera en caso de contar con cobertura en el extranjero y no estén expresamente excluidos.

Los gastos médicos cubiertos son:

3.3.1. Hospitalización

De acuerdo con el tipo de plan contratado, especificado en la carátula de la póliza.

- a) Habitación privada en cuarto estándar con alimentos.
- b) Cama extra para un acompañante del Asegurado, solamente para la cobertura en el territorio nacional.
- c) Sala de operaciones, de terapia intensiva, intermedia, unidad de cuidados coronarios, de recuperación o de curaciones.

- d) Sala o cuarto de emergencia dentro de las 72 horas después de haber ocurrido un accidente o emergencia médica.
- e) Gastos originados por consumo de oxígeno, aplicación de soluciones intravenosas e inyecciones, transfusiones de sangre, aplicación de plasma o sueros, hemodiálisis y otras sustancias semejantes indispensables para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubiertos.

3.3.2. Honorarios Médicos.

De acuerdo con el tipo de plan contratado, especificado en la carátula de la póliza

- a) Honorarios médicos.
 - ✚ Honorarios médicos y quirúrgicos de cirujanos el 100% con límite máximo de acuerdo al tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos del plan contratado.
 - ✚ Anestesiólogos con un límite máximo de hasta un 30 %, referenciado a los honorarios del cirujano.
 - ✚ Ayudantes primero con un límite máximo del 20% referenciado a los honorarios del cirujano.
 - ✚ Segundo ayudante cuando sea necesario, con un límite máximo de hasta 10% de los honorarios del cirujano.
- b) Honorarios de enfermeras ó enfermeros de cuidados especiales legalmente autorizadas para ejercer su profesión, siempre y cuando sean prescritas por el médico tratante y su empleo esté plenamente justificado, hasta por un periodo de 30 días y con límite diario de \$100 USD o su equivalente en Moneda Nacional. **Aplicable solo en territorio nacional.**
- c) La primera consulta médica post-operatoria se considerará incluida dentro de los honorarios médicos de la intervención quirúrgica.
- d) Para la cobertura en territorio nacional: visitas y consultas médicas en el hospital, consultorio o en el domicilio del Asegurado limitado a diez consultas anuales durante la vigencia de certificado individual, de acuerdo al tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos correspondiente, en aquellos casos que se requieran adicionales de acuerdo al padecimiento, serán con autorización previa por escrito de ZAM.

Para los planes con cobertura en el extranjero la consulta de especialistas, en el caso de que no exista el tratamiento en territorio nacional, procederá siempre y cuando dicha atención haya sido ordenada anticipadamente y por escrito por el médico tratante y de acuerdo al tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos correspondiente al plan contratado incluyendo el informe médico.

3.3.3. 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 padecimiento cubierto y estén autorizados por las autoridades sanitarias competentes. Se deberá presentar la nota de la farmacia con requisitos fiscales a nombre del Asegurado o del Asegurado titular y anexar la receta médica correspondiente.

3.3.4. Servicios auxiliares de diagnóstico.

- a) Análisis de laboratorio, gabinete e imagenología, incluyendo diagnóstico de 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 ó padecimiento que se está tratando.

- b) Exámenes de alergias prescritos por el médico tratante por escrito y con límite máximo de una serie por año.

3.3.5. Terapia y rehabilitación.

- a) Terapia radioactiva y quimioterapia, y otros semejantes excluyendo los de carácter psicológico o psiquiátrico, a excepción de los tratamientos psiquiátricos por trauma, cuyo pago se hará de acuerdo al tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos pactado y solo procederá con médicos y en hospitales de convenio.
- b) Inhaloterapia en caso de estar incluida en los gastos hospitalarios; terapia ocupacional y física cuando sea suministrada por un hospital en convenio.





3.3.6. Servicio de ambulancia.

- a) Servicio de ambulancia de traslado terrestre dentro del territorio nacional por cualquier emergencia médica y a facilidades quirúrgicas ambulatorias de acuerdo al tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos correspondiente al plan contratado. Para traslados programados del hospital al domicilio y del domicilio al centro de atención sólo si son médicamente necesarios previa autorización de ZAM. En el caso de emergencias no es necesaria la autorización de ZAM.
- b) Ambulancia aérea y cuidados médicos 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 para este beneficio es de \$150,000.00 Moneda Nacional, por año póliza para cada Asegurado, aplicando invariablemente en cualquier caso un coaseguro del 10% aún utilizando la Red Zurich.


3.3.7. Maternidad.




- a) Gastos por maternidad y mortinato para Asegurados titulares y cónyuge de titulares limitado a Parto Normal con suma asegurada de acuerdo a lo estipulado en la carátula de la póliza por evento u operación Cesárea, con suma asegurada de acuerdo a lo estipulado en la carátula de la póliza por evento. En ambos casos, aplica un periodo de espera de 10 meses y no aplica deducible y coaseguro.
- b) Ayuda para gastos del recién nacido de acuerdo a lo estipulado en la carátula de la póliza por evento.
- c) Gastos originados de las siguientes complicaciones del embarazo y parto de la Asegurada titular o cónyuge de acuerdo al tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos del plan contratado:

Sin periodo de espera:





-  Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos.
-  Mola hidatiforme (embarazo molar).
-  Fiebre puerperal.
-  Legrado o aborto involuntario certificado por el médico tratante.

Con periodo de espera de 10 meses:

-  Toxicosis gravídica (preclampsia o eclampsia).

-  Placenta previa.
-  Placenta acreta.
-  Atonia uterina.

Exclusiones Específicas para Maternidad.



-  **Afecciones propias del embarazo y del parto, abortos y toda complicación del embarazo, parto o puerperio que no se encuentren entre las cubiertas por esta póliza.**
-  **Legrado uterino cualquiera que sea su causa, con excepción del involuntario certificado por el médico tratante.**
-  **Todos los gastos tanto de la madre como del recién nacido de un embarazo a consecuencia de un tratamiento de infertilidad y/o esterilidad, no están cubiertos.**
-  **En este inciso no se incluyen todos los gastos relacionados con la madre y el recién nacido. Estos gastos son los prenatales y postnatales.**

3.3.8. Atención a recién nacidos y padecimientos congénitos.

Los menores que nazcan durante la vigencia de la póliza y que su madre tenga cuando menos diez meses de antigüedad en la póliza de ZAM, quedarán asegurados, cubriendo las enfermedades y anomalías congénitas de los Asegurados nacidos durante la vigencia del certificado, hasta un límite de \$350,000 moneda nacional.

Para que surta efecto este beneficio se deberá dar aviso a ZAM dentro de los 30 días naturales siguientes al nacimiento.

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.**
-  **Padecimientos o complicaciones que presente el recién nacido originados por otra enfermedad excluida por la póliza.**

3.3.9. Gastos por accidente.

- a) Cuando ocurran por el uso de motocicletas, siempre y cuando éstos se usen como medio de transporte para el desempeño de su trabajo y el accidente ocurra en días y horas laborables.
- b) En caso de existir una póliza de seguro de responsabilidad civil que ampare este mismo riesgo estará sujeto a lo dispuesto en el artículo 102 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que se refiere a la concurrencia de seguros.
- c) Cuando el Asegurado sufra lesiones bajo el influjo de bebidas alcohólicas siempre y cuando éste no sea el causante del accidente.
- d) Se cubre los gastos médicos por asalto como accidente, siempre y cuando el asegurado no sea el asaltante. Se requiere el acta del ministerio público.

- e) Se cubren los tratamientos dentales, alveolares o gingivales o maxilofaciales, que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

En caso de accidente amparado no se aplicará coaseguro ni deducible.

3.3.10. Tratamientos y/o Padecimientos Específicos.

- a) Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, no estético, que resulten indispensables a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto.
- b) Tratamiento médico o quirúrgico para corregir el estrabismo de los Asegurados nacidos dentro de la vigencia del certificado, siempre y cuando la madre asegurada tenga diez meses de cobertura continua con ZAM, a la fecha del nacimiento del asegurado.
- 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.
- d) Gastos correspondientes a los padecimientos de miopía, astigmatismo e hipermetropía, bajo las siguientes condiciones y requisitos:
- ✚ El número de dioptrías deberá ser igual o mayor a 5 dioptrías por cada ojo.
 - ✚ Se deberán anexar a la reclamación o solicitud los estudios de auto refracción, topografía corneal y taquimetría corneal.
 - ✚ No está cubierto el lente intraocular.

Una vez cubiertos estos requisitos se acudiría con un médico oftalmólogo de la Red Zurich, quien certificará los diagnósticos correspondientes y el número de dioptrías, esto a cargo de ZAM y sin costo para el Asegurado.

Limitaciones específicas aplicables solo a este apartado.

- ✚ Se cubre un solo evento por persona por ojo.
 - ✚ El coaseguro para este beneficio es del 50% y el deducible será el estipulado en la carátula de la póliza.
 - ✚ Para este beneficio no hay eliminación o reducción de deducible ni coaseguro por atención con proveedores de convenio.
- e) Gastos correspondientes a padecimientos de nariz y/o senos paranasales por enfermedad, con suma asegurada y deducible mencionados en la carátula de la póliza y coaseguro del 30%. En este caso no se concede eliminación o reducción del deducible ni del coaseguro, por atención con proveedores en convenio.

Los padecimientos de nariz y/o senos paranasales que se reporten como accidente, se deberán informar dentro de los primeros 90 días de ocurrido el suceso a ZAM, para que sea valorado por un médico otorrinolaringólogo de Red Zurich. Si se corrobora que se trata de un accidente no aplicará coaseguro ni deducible.

En caso de no cumplir con el reporte se tomará el padecimiento como enfermedad y se tratará como se estipula en el primer párrafo de este apartado.

En cualquier caso de este apartado se deberán anexar placas radiográficas y demás estudios que confirmen el diagnóstico.

3.3.11. Transplante de Órganos.

Para efectos de esta cobertura se establecen las siguientes definiciones:

Centro de trasplante	Significa un hospital que satisface los requerimientos de ZAM para ser considerado un centro de trasplante, los cuales incluyen pero no limitan a que el centro de trasplante: 1) Proporcione servicios completos de trasplantes, incluyendo, pero sin estar limitados a tener: <ul style="list-style-type: none"> ▣ La capacidad para proporcionar un tratamiento continuado. ▣ Una satisfactoria experiencia en procedimientos de trasplantes. 2) Solicite a sus cirujanos un mínimo de 2 años para obtener la certificación en la rama de trasplantes.
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.
Electivo	Significa en relación con un trasplante, un tratamiento, servicio, procedimiento, o cirugía, el cual: 1) No es médicamente necesario, tal como se define este término conforme a las condiciones generales. 2) No es la única alternativa para lograr que un Asegurado tenga la posibilidad de vivir una vida normal a pesar de la enfermedad o condición que sufre.
Experimental o investigación.	Significa, en relación con un trasplante, un procedimiento médico o quirúrgico, tratamiento, equipo, tecnología o medicamento: 1) Que no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de una enfermedad o condición por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional o por las autoridades extranjeras o nacionales de salud. 2) Que se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba, o en cualquier fase de un experimento clínico (incluyendo protocolos de investigación). 3) Cuyo uso haya sido restringido a estudios científicos o de investigación clínica. 4) Cuya efectividad, valor o beneficio terapéutico, no ha sido probado en una forma objetiva. El Asegurado deberá ponerse en contacto con ZAM, con el objeto de determinar si, en relación con un trasplante, un determinado procedimiento, tratamiento, equipo, o medicamento es considerado experimental o investigación.
Órgano	Significa una parte del cuerpo humano, la cual realiza una función específica.
Receptor	Significa un Asegurado que se realiza una operación quirúrgica para recibir un trasplante.
Trasplante	Significa el procedimiento médicamente necesario, efectuado mientras tenga contratada esta cobertura y el seguro este vigente, y durante el cual: 1) Uno o más de un órgano de un donante (vivo o fallecido), es transferido quirúrgicamente a un Asegurado, el cual es el receptor. 2) Tejido proveniente de un donante vivo o fallecido el cual es transferido quirúrgicamente al receptor ó tejido del mismo Asegurado el cual es transplantado a un área corporal diferente.

Se cubre el trasplante de órganos, de acuerdo a las siguientes condiciones especiales, con suma asegurada máxima \$500,000 moneda nacional. Solo se cubre en territorio nacional y con médicos y hospitales de convenio con ZAM.

Todos los servicios de trasplantes, incluyendo los médicos, los procedimientos, y las entidades donde se efectúan los trasplantes, requerirán la autorización previa y por escrito de ZAM para lo cual el Asegurado, o cualquier otra persona actuando en su nombre, estará obligado a ponerse en contacto con ZAM, inmediatamente después de haber sido identificado por su médico como candidato para un trasplante.

El Asegurado debe obtener una primera y segunda opinión de un médico especialista en el ramo de la medicina correspondiente. ZAM se reserva el derecho de obtener una tercera opinión de un médico o entidad médica.

Los gastos médicos cubiertos incurridos por trasplantes, incluyen, sin estar limitados, a los gastos elegibles y permitidos incurridos por los tratamientos, servicios y/o suministros requeridos por o en relación con un trasplante cubierto bajo estas condiciones generales:

- ✚ Servicios médicos
- ✚ Internamiento en un hospital o centro de trasplante
- ✚ Obtención de órganos
- ✚ Medicinas proporcionadas durante una hospitalización, o suministros para usar en la casa
- ✚ Evaluación de pacientes ambulatorios
- ✚ Cuidados postoperatorios
- ✚ Gastos del donante, con suma asegurada máxima de \$ 150,000 moneda nacional.

Se pagarán beneficios hasta dos (2) trasplantes de por vida para cada Asegurado, 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.

Trasplantes cubiertos bajo esta póliza:

Corazón; corazón y pulmón combinados; riñón; córnea; hígado; hueso; piel (para injerto o para cualquier otro propósito médicamente necesario).

Médula ósea autóloga, para:

- ✚ Linfoma de no-Hodgkin, Estado III A o B; Estado IV A o B.
- ✚ Linfoma de Hodgkin, Estado III A o B; o Estado IV A o B.
- ✚ Neuroblastoma, Estado III o Estado IV.
- ✚ Leucemia no linfocítica aguda después del primer o segundo relapso.

Médula ósea alogénica, para:

- ✚ Anemia aplástica.
- ✚ Leucemia aguda.
- ✚ Inmunodeficiencia combinada severa.
- ✚ Síndrome de Wiskott-Aldrich.
- ✚ Osteopetrosis infantil maligna (enfermedad de Albers Schonberg u Osteopetrosis generalizada).
- ✚ Leucemia mielógena crónica (LMC).

- ✚ Neuroblastoma Estado III o IV en niños mayores de un año.
- ✚ Beta talasemia homocigoto (talasemia mayor).
- ✚ Linfoma de Hodgkin, Estado III A o B, o Estado IV A o B.
- ✚ Linfoma de no- Hodgkin, Estado III o Estado IV.

Exclusiones específicas para trasplantes

En relación con los procedimientos de trasplantes no se pagarán beneficios por cualquier tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía, o artículo:

- ✚ **Que no haya sido aprobado previamente por escrito por ZAM, o proporcionado como resultado de, o en cualquier forma relacionado con un trasplante que no esté específicamente nombrado como un trasplante cubierto bajo esta póliza.**
- ✚ **Proporcionado por o en relación con una condición preexistente, o de naturaleza experimental o de investigación o electivo.**
- ✚ **Cuando esté disponible cualquier tratamiento o procedimiento alternativo, igualmente efectivo para el tratamiento de la condición o enfermedad del Asegurado.**
- ✚ **Proporcionado por, o como resultado de un trasplante en el cual se provee al receptor con cualquier órgano animal, o equipos o artefactos mecánicos o artificiales designados para reemplazar órganos humanos.**

3.3.12. Tratamientos Psiquiátricos

Mediante esta cobertura se ampara los gastos médicos por tratamiento psiquiátrico que haga el Asegurado, bajo las siguientes condiciones:

Tendrá derecho a los beneficios de esta cobertura, El Asegurado que a juicio de su médico tratante y contando con la confirmación del diagnóstico por parte de un médico psiquiatra, requiera tratamiento psiquiátrico por trauma a consecuencia de lo siguientes eventos, siempre y cuando ocurran durante el período de vigencia de la póliza:

- ✚ Accidente cubierto por las Condiciones Generales de la póliza.
- ✚ Asalto, secuestro o violación siempre y cuando no sea el sujeto activo de estos delitos.
- ✚ Que se le diagnostique dentro del Periodo de Seguro comprendido para el certificado, alguna de las siguientes enfermedades: cáncer, infarto al miocardio, insuficiencia renal, intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias o accidente vascular cerebral.

Para los primeros dos incisos procederá siempre y cuando se presente copia certificada del acta levantada ante el Ministerio Público. En caso contrario, la presente cobertura quedará sin efecto alguno.





Limitaciones de la Cobertura Tratamientos Psiquiátricos

Los gastos amparados son los honorarios del médico psiquiatra con un máximo de 20 consultas durante un año a partir de la fecha de la primera consulta derivada del evento cubierto por este beneficio adicional así como los medicamentos que prescriba el médico psiquiatra.

El límite máximo por consulta es de \$300.00 moneda nacional y la suma asegurada máxima de la cobertura es de \$20,000.00 moneda nacional.

Esta cobertura aplica solo en la República Mexicana y se proporcionará exclusivamente a través de un médico psiquiatra en convenio con ZAM. Se aplicará el deducible y coaseguro establecido en la carátula de la póliza.

Quedan excluidos de los beneficios de esta cobertura, el pago de honorarios de consulta psiquiátrica cuando deriven de:

-  **La ansiedad y/o depresión, a menos que se derive de un accidente ó enfermedad cubierto.**
-  **Los padecimientos preexistentes.**
-  **Los complementos posteriores al término de la vigencia de la póliza.**
-  **Los honorarios del médico psiquiatra y de los medicamentos que prescriba, cuando no cuente con acreditación de la especialidad en Psiquiatría de Enlace o carezca de acreditación vigente del Consejo Mexicano de Psiquiatría.**



Nota: Los diversos resultados del tratamiento cubierto por este apartado no representarán prueba única de diagnóstico de otros padecimientos que pudieran ser cubiertos por la póliza.

3.3.13. 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), hasta un 15% de la Suma Asegurada de la cobertura básica y con un tope máximo de \$150,000 moneda nacional aplicando deducible y coaseguro estipulado en la carátula de la póliza, siempre que hayan transcurrido los primeros 48 meses de vigencia ininterrumpida del certificado individual con ZAM ó con otra Compañía Aseguradora con la cual tenga contratada la 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

-  **No se cubrirán durante el período de espera de 48 meses los estudios de diagnóstico para la detección del VIH.**
-  **No se cubrirán los gastos cuando el VIH sea adquirido al utilizar cualquier tipo de droga intravenosa.**

- ✚ **No se cubrirán los gastos cuando se utilicen drogas, medicamentos o tratamientos experimentales.**

3.3.14. Otros servicios.

- ✚ 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, de acuerdo a lo establecido en la carátula de la póliza y/o certificado.
- ✚ Honorarios de médicos quiroprácticos, acupunturistas y homeópatas que cuenten con cédula profesional para ejercer, siempre y cuando sean recomendados por el médico tratante.

3.4. Coberturas Adicionales Incluidas





El asegurado tendrá derecho a los siguientes beneficios adicionales previa solicitud y autorización por escrito de ZAM. Las coberturas adicionales operan exclusivamente si en la carátula de la póliza se indica que están contratadas.

3.4.1. Emergencia Médica en el Extranjero

Bajo esta cobertura quedan amparados los gastos médicos a causa de enfermedades o accidentes cubiertos que cumplan con la condición de Emergencia Médica en el extranjero.

Se cubrirán los gastos médicos erogados por emergencia médica efectuados fuera del territorio nacional y fuera de la franja fronteriza, 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 de la cobertura básica contratada:

-  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.
-  El deducible a cargo del asegurado es del equivalente en moneda nacional de 70.00 dólares norteamericanos.
-  No aplica Coaseguro.
-  Esta cobertura se otorga, a los asegurados desde los 31 días de nacido y hasta los 64 años de edad

Se cubrirán los gastos usuales y acostumbrados del país donde se presenta la emergencia médica.


La atención médica en el extranjero será otorgada por los proveedores participantes en la Red Zurich que correspondan al lugar donde se presentó la urgencia. En un país donde no se otorguen estos servicios, los gastos médicos serán reembolsados por ZAM en su equivalente en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en los Estados Unidos Mexicanos, de acuerdo al tipo de cambio del día en que se efectúen los pagos.

Una vez que ha sido estabilizada y controlada la condición patológica del paciente cesará la emergencia.

Se cubre de acuerdo al límite establecido en el tabulador de honorarios médicos quirúrgicos correspondiente al plan contratado.

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:

-  **Todos aquellos conceptos que figuren como exclusión en las Condiciones Generales de la póliza.**

- ✚ **Los tratamientos de rehabilitación a los que deba someterse el Asegurado.**
- ✚ **Parto o cesárea y sus complicaciones cualquiera que sea su causa. En el caso de parto o cesárea se podrán cubrir por reembolso los casos en que la suma asegurada esté topada.**
- ✚ **Los servicios de enfermería fuera del hospital.**
- ✚ **No procederá la reclamación cuyo primer gasto sea efectuado después de acumular una estancia mayor a 3 meses continuos en el extranjero.**

3.4.2. 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, 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, siempre que éstos no excedan de 125 centímetros cúbicos.

Para esta cobertura aplican los deducibles y coaseguros contratados ya sea en pago directo o por reembolso, esto es no hay eliminación de deducible y coaseguro por utilizar proveedores en convenio.

Se define deporte amateur al deporte que se practica sin esperar ninguna recompensa material a cambio.

3.4.3. Ayuda por fallecimiento durante una intervención quirúrgica.

Si a causa de un accidente cubierto o una enfermedad cubierta el asegurado titular fuere intervenido quirúrgicamente en un hospital de la red 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 su cónyuge o bien a sus hijos dependientes por la cantidad establecida en la carátula de la póliza, que para el caso específico de esta cobertura será de \$30,000.00 moneda nacional.

La intervención deberá haberse realizado dentro del plazo de vigencia de la póliza o del certificado individual correspondiente.

3.4.4. 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 3.6. Gastos médicos 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 esta compañía.

El reconocimiento de antigüedad no implica cubrir padecimientos preexistentes y tampoco pagar complementos.

3.4.5. Servicio telefónico de orientación médica.

Servicio telefónico para emergencias médicas, Orientación médica y servicios administrativos por teléfono las 24 horas todos los días del año a través del Centro de Atención Zurich (CAZ).


3.4.6. 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.

3.4.7. Anticipo de Cirugía

ZAM conviene en otorgar el anticipo del 60%, sobre el presupuesto de los honorarios médico quirúrgicos y gastos hospitalarios estimados por atención de accidente o enfermedad cubierta del titular o de sus dependientes citados en la póliza, de acuerdo al gasto usual y acostumbrado, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

5 días antes del internamiento deberá entregarse en ZAM:

-  Historia clínica e informe médico completo del asegurado afectado incluyendo diagnóstico y tratamiento a seguir así como resultado de los estudios y radiografías practicadas con los cuales se confirme y concluya dicho diagnóstico.

-  Aviso de accidente o enfermedad.
-  Presupuesto de honorarios médicos y gastos hospitalarios.
-  Cualquier información adicional que cada caso particular amerite y que la compañía solicite para el dictamen del siniestro.

Una vez recibida la información anterior completa se determinará si es procedente y en caso afirmativo, ZAM expedirá cheque en favor del asegurado titular, comprometiéndose a proporcionar a la compañía comprobantes que amparen el anticipo a más tardar 3 días hábiles posteriores contados a partir del día siguiente de la fecha de egreso del asegurado del hospital, en caso contrario ZAM cobrará un interés equivalente al costo porcentual promedio que haya estado vigente durante el período comprendido entre el día en que se dio el anticipo y el día en que se realizó la comprobación de los gastos.

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

El presente beneficio no genera costo adicional ya que se refiere únicamente a un procedimiento administrativo. Este beneficio se otorgará únicamente a solicitud del cliente.

3.5. 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 la carátula de la póliza y en el certificado respectivo se indica que están contratadas y se realiza el pago correspondiente de cada cobertura.

3.5.1. 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.



Para efectos de esta cobertura se considera que el Asegurado ha quedado invalidado total y permanentemente si, derivado de un accidente o una enfermedad, queda imposibilitado para desempeñar un trabajo remunerativo u ocupación del que pueda derivar alguna actividad pecuniaria compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, siempre y cuando dicha imposibilidad haya sido continua durante un periodo no menor de tres meses.

Se considera también que el Asegurado ha quedado inválido total y permanentemente si sufre la pérdida irreparable y absoluta de la vista de ambos ojos, así como la pérdida o anquilosis de ambas manos; ambos pies; un pie y la vista de un ojo; una mano y la vista de un ojo. En estos casos no opera el periodo de espera mencionado en el párrafo anterior.

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.


Edades de elegibilidad

Los Asegurados dependientes: cónyuge e hijos dependientes, siempre que su edad se encuentre comprendida dentro de los siguientes límites:

-  El Asegurado y su cónyuge asegurado hasta la edad de 69 años.
-  Los hijos dependientes hasta la edad de 25 años.

Asimismo, la edad máxima de renovación para este beneficio será de 69 años, quedando cancelado el certificado en el aniversario inmediato posterior a que la edad alcanzada del Asegurado sea de 70 años.

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.

3.5.2. Cobertura de atención en el extranjero.

Al contratarse esta cláusula, el Asegurado podrá hacer uso de la atención médica en el extranjero que requiera hospitalización cuando sufra cualquiera de los padecimientos cubiertos por la presente póliza, siempre y cuando el período de estancia en el país donde se haya atendido no sea superior a seis meses y además bajo las condiciones de suma asegurada, deducible y coaseguro elegidas.

La tabla de honorarios médicos y quirúrgicos, se incrementará en un cincuenta por ciento de lo establecido para la cobertura básica contratada.

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

El asegurado deberá estar domiciliado en la República Mexicana.




El deducible y coaseguro son aplicables al 100% tanto por reembolso como por pago directo.

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

Si el Asegurado se atiende con proveedores no participantes de la Red Zurich con los que ZAM no tenga convenio de prestación de servicios médicos, los gastos médicos serán reembolsados por ZAM, en su equivalente en moneda nacional conforme a la ley monetaria vigente en los Estados Unidos Mexicanos, de acuerdo al tipo de cambio del día en que se efectúe el reembolso.

3.5.3. Cobertura de visión.

Gastos por lentes intraoculares, lentes de contacto y anteojos bajo las siguientes condiciones y requisitos:




-  El número de dioptrías deberá ser igual o mayor a 5 dioptrías por cada ojo.
-  El límite de la cobertura será de hasta \$2,000.00 moneda nacional por evento.
-  Se cubre una sólo ocasión por año póliza.

Una vez cubiertos estos requisitos, se acudiría con un médico oftalmólogo de la Red Zurich, quien certificará los diagnósticos correspondientes y el número de dioptrías, esto a cargo de ZAM, y sin costo para el Asegurado.









3.6. Gastos médicos cubiertos con período de espera.

Cuando se haya estado asegurado continuamente en ZAM a partir de la fecha de emisión, rehabilitación o alta de cada Asegurado, según sea el caso, se cubrirán los siguientes padecimientos, que no sean preexistentes de acuerdo al período de espera que se indica a continuación:










Periodo de Espera de 10 meses:

-  Gastos por maternidad: parto normal u operación cesárea.
-  Enfermedad hipertensiva indicada por el embarazo.
-  Placenta previa y placenta acreta.


Periodo de Espera de 12 meses:

-  Amigdalitis y adenoiditis
-  Ginecomastia o mastoplastia.
-  Cataratas, glaucoma o pterigión.
-  Etmoidectomía.
-  Artroscopia.
-  Lesiones pigmentarias de la piel (lunares).
-  Padecimientos de glándulas mamarias.
-  Padecimientos por enfermedad de rodilla y de columna, bajo los siguientes términos:
Aplican deducible y coaseguro de la póliza y sin beneficio de eliminación aún cuando la atención sea con médicos y hospitales pertenecientes a la red de proveedores de Zurich. Así mismo, a consecuencia de un accidente no aplica el período de espera, siempre y cuando se demuestre dentro de los primeros 30 días de ocurrido con estudios radiográficos y presentación de documentos y gastos por la atención médica recibida. Después del período de 30 días de ocurrido el accidente, será considerado como enfermedad aplicando el deducible y coaseguro de la póliza y sin beneficio de eliminación.

Periodo de Espera de 24 meses:

-  Circuncisiones: Se cubre circuncisión no profiláctica, cuando exista una enfermedad o padecimiento que justifique la intervención quirúrgica.
-  Cirugías del piso perineal.
-  Vesícula biliar y vías biliares.
-  Litiasis renal incluyendo la litotripsia (fragmentación de un cálculo).
-  Insuficiencia venosa o várices de miembros inferiores.
-  Hemorroides, fisuras, fístulas anales o prolapso del recto.
-  Hernias de pared abdominal y diafragmáticas.
-  Hernias hiatales o padecimientos de gastroesofágica.
-  Xifosis, lordosis y escoliosis.

Periodo de Espera de 48 meses:

-  Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

3.7. Exclusiones generales

Esta póliza en ningún caso cubre los gastos médicos que se originen a consecuencia de:

- 1) Padecimientos y/o enfermedades preexistentes.**
- 2) Prematurez, malformaciones y padecimientos congénitos de los asegurados nacidos fuera de la cobertura de esta póliza, excepto lo específicamente indicado en la Sección 3.3.10 Tratamientos y/o Padecimientos Específicos.**
- 3) Tratamientos y padecimientos que resulten a consecuencia de alcoholismo o toxicomanía.**
- 4) Lesiones producidas por culpa grave del Asegurado, a consecuencia del uso de estupefacientes no prescritos por un médico o por la ingestión de bebidas alcohólicas.**
- 5) Tratamientos originados por trastornos de la conducta y el aprendizaje, lenguaje o audición así como por enajenación mental, estado de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis con excepción de lo indicado en la Sección 3.3.12 Tratamientos Psiquiátricos.**
- 6) Tratamientos de quiroprácticos o de acupuntura, proporcionados por personas sin cédula profesional que los acredite como médicos legalmente autorizados para realizar dichos tratamientos.**
- 7) Tratamientos dentales, alveolares o gingivales excepto cuando sean a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza.**
- 8) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico excepto las reconstructivas que resulten indispensables a consecuencia de algún accidente o enfermedad cubiertas ocurridos durante la vigencia de este seguro.**
- 9) 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, tratamientos preventivos ni complementos vitamínicos ó suplementos alimenticios de cualquier tipo.**
- 10) Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir la calvicie, la reducción ó el aumento de peso, la obesidad y el acné.**
- 11) 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.**
- 12) Suicidio, lesiones o mutilaciones originadas por el intento del mismo Asegurado, aún cuando se cometan en estado de enajenación mental.**
- 13) Lesiones originadas por riñas o actos delictivos intencionales y sus consecuencias, en que participe directamente el Asegurado como sujeto activo del delito.**

- 14) Lesiones sufridas por el Asegurado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, revolución y rebelión.
- 15) 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.
- 16) 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.
- 17) Uso de motocicletas y vehículos de motor similares, ya sea como piloto o pasajero, excepto 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.
- 18) Tratamientos médicos o quirúrgicos a base de hipnotismo, quelaciones y magnetoterapia.
- 19) Padecimientos derivados de radiaciones atómicas o nucleares, no prescritas por un médico.
- 20) Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis que el Asegurado ya usaba antes de la fecha de vigencia del certificado.
- 21) Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.
- 22) Tratamientos médicos o quirúrgicos para el control de la natalidad, infertilidad y/o esterilidad, 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.
- 23) Tratamientos médicos o quirúrgicos realizados por acupunturistas, naturistas y vegetarianos, excepto lo especificado en la Sección 3.3.14 Otros Servicios.
- 24) Tratamientos experimentales para investigación o de un valor médico dudoso que será determinado por un médico autorizado para el ejercicio de su profesión.
- 25) Tratamiento de cirugía para optar un cambio de sexo, o para mejorar o restaurar la función sexual ni cualquiera de sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.
- 26) 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.

- 27) Cargos por aires acondicionados, humectantes, purificadores de aire, botellas de agua, equipos de hospital o enemas, para el domicilio del Asegurado o equipos similares a éstos.
- 28) Cargos en conexión de los gastos del síndrome cerebral o cargos custodiales resultando en casos de senilidad o deterioro cerebral.
- 29) Cualquier tratamiento médico o quirúrgico de hallux valgus conocidos comúnmente como "juanetes".
- 30) Compra o renta de zapatos ortopédicos aunque sean médicamente necesarios.
- 31) Lesiones resultantes de la terapia de Rayos X, radioterapia, radium e isótopos, aplicada sin la disposición o la supervisión médica correspondiente.
- 32) Aparatos auditivos, lentes intraoculares, lentes de contacto y anteojos a excepción de lo mencionado en la Sección 3.3.10. Tratamientos y/o padecimientos específicos.
- 33) Gastos erogados fuera de la República Mexicana si no se tiene contratada la cobertura de atención en el extranjero.
- 34) 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.
- 35) Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en este contrato.
- 36) Tratamientos médicos a consecuencia de la menopausia.
- 37) Gastos personales no cubiertos: paquetes de admisión hospitalaria, fotografías, videos ó cd's personales ó de procedimientos médicos, llamadas telefónicas, boletos de estacionamiento, artículos de tocador de uso personal, palanganas, pañales, toallas femeninas, leches industrializadas, enfriadores en general, sábanas ó cojines térmicos, medias TED, face ten, protector solar ó tratamientos dermatológicos sin justificación médica, protector de yeso y tira leche.

4. Pago de indemnizaciones

ZAM ha establecido tres diferentes planes de gastos médicos mayores en función a los hospitales participantes y a los tabuladores de honorarios médicos y quirúrgicos de la siguiente manera:

Plan	Tabulador de honorarios
ZuSalud Elite	Red ZuSalud Elite
ZuSalud Premium	Red ZuSalud Premium.
ZuSalud Estándar	Red ZuSalud Estándar

En el anexo I se establece la relación de hospitales participantes en cada tipo de plan.



Para que ZAM cumpla las obligaciones relativas al pago de siniestros y brinde un servicio oportuno y eficaz al ocurrir el evento cubierto, el Asegurado deberá atender a lo siguiente:

4.1. Aviso

Es obligación del Asegurado dar aviso por escrito a ZAM en el curso de los primeros 5 días hábiles siguientes a la fecha en que se haya presentado cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización. Cuando cualquiera de los Asegurados se haya programado para someterse a una cirugía que no tenga carácter de emergencia, 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 escritas que hubieren determinado dicha cirugía salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo darlo tan pronto cese uno u otro.

4.2. Certificación

Significa que ZAM, después de recibir por medio del centro de atención una notificación por adelantado de un procedimiento programado de trasplante, o de un ingreso a un hospital o a un centro de trasplante (si así fuera aplicable), ha reconocido la necesidad médica de tal procedimiento o ingreso, ha proporcionado información a la persona asegurada y/o el acceso a un hospital o centro de trasplante. Estos términos también significan que ZAM:

-  Ha recibido notificación dentro del plazo fijado anteriormente para cada tipo de hospitalización de la reclamación.
-  Se ha puesto en contacto con el Asegurado con el objeto de identificar el hospital que mejor pudiera satisfacer las necesidades del paciente.

El requisito de certificar no garantiza o confirma la obtención de beneficios otorgados bajo esta póliza, ya que los beneficios pagaderos bajo esta póliza están sujetos a todos los requisitos de elegibilidad que resulten vigentes en la fecha en la que los gastos fueron incurridos, y a todos los otros términos, limitaciones, exclusiones, y disposiciones de esta póliza.

4.3. Procedimientos en caso de siniestro.

- a) En toda reclamación deberá comprobarse a ZAM la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a ZAM las formas de declaración correspondiente, que para tal efecto se le

- proporcionen, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados y cualquier otro trámite que ZAM juzgue necesario.
- b) ZAM solo pagará de acuerdo con el tabulador de honorarios del plan contratado, los honorarios de médicos y enfermeras titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que no sean parientes directos del Asegurado; y los gastos de internación efectuados en clínicas, sanatorios y hospitales legalmente autorizados.
 - c) ZAM no hará ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualesquiera otros semejantes en donde no se exige remuneración.
 - d) Previo a su intervención quirúrgica con hospitalización, cirugía ambulatoria y/o tratamiento médico, el Asegurado deberá recibir autorización escrita de ZAM la cual no podrá ser negada por la aseguradora sin causa justificada para el pago de los mismos, mediante una certificación previa otorgando una "carta pase", que opera con proveedores con los cuales ZAM ha establecido convenios o acuerdos.
 - e) Asimismo, ZAM podrá investigar y solicitar información a los médicos que hayan asistido a los Asegurados.
 - f) En caso de que se llegara a comprobar que para la presentación de una reclamación se utilizaron en cualquier forma informes médicos, facturas, cuentas, recetas o certificaciones fraudulentas o alteradas con tachaduras o enmendaduras debidamente probadas, ZAM quedará completamente libre de toda obligación y el Asegurado perderá todo derecho a indemnización.
 - g) ZAM no pagará honorarios médicos cuando el médico sea el mismo Asegurado o familiar directo del Asegurado (padres, hijos, cónyuge o hermanos).
 - h) Las indemnizaciones que resulten conforme al presente contrato, serán liquidadas al Asegurado en el curso de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba ZAM todas las pruebas de los derechos del reclamante y de los hechos que hagan procedente la aplicación de los beneficios contratados.
 - i) Si el Asegurado se atiende con hospitales y médicos en convenio ZAM pagará directamente al hospital o médico en convenio el importe de los gastos erogados de acuerdo a los límites y condiciones de esta póliza conforme al plan contratado.
 - j) Los Asegurados convienen y aceptan que el importe por concepto de los honorarios médico quirúrgicos serán liquidados de acuerdo al tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos elegido por concepto del tratamiento efectuado en el hospital o institución donde se presten los servicios médicos.

El cálculo de los honorarios para el equipo quirúrgico será de la siguiente manera:

Cirujano:	La cantidad que aparece en el tabulador contratado para el procedimiento específico.
Anestesiólogo:	30% de lo estipulado en el tabulador para el cirujano.
Primer ayudante:	20% de lo estipulado en el tabulador para el cirujano.
Segundo ayudante:	10% de lo estipulado en el tabulador para el cirujano.

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más operaciones en una misma región anatómica, ZAM únicamente pagará el importe de la mayor o una de ellas cuando las cantidades estipuladas sean iguales.

Si el cirujano efectúa otra intervención diferente a la principal en una región anatómica distinta en una misma sesión quirúrgica, los honorarios de la segunda intervención se pagarán al 50% de lo estipulado en la tabla de honorarios quirúrgicos. Cualquier otra intervención adicional no quedará cubierta.

Si en una misma sesión se requiere de un cirujano de diferente especialidad, se sumará un 25% adicional a lo tabulado para la cirugía principal. El monto resultante se repartirá equitativamente entre ambos equipos quirúrgicos, a excepción de los honorarios médicos del anestesiólogo que serán cubiertos hasta un máximo de 32% de lo tabulado originalmente para la cirugía principal.

Si un cirujano de diferente especialidad realiza otra intervención quirúrgica diferente a la principal en una región anatómica distinta, los honorarios del segundo cirujano se pagarán al 100% de lo estipulado en la tabla de honorarios quirúrgicos. Cualquier otra intervención no quedará cubierta.

Cuando sea necesaria la reconstrucción quirúrgica de varios elementos (neurorrafias, arterorrafias, tenorrafias) en la misma sesión y por la misma incisión, se pagará el 50% del importe tabulado para la más elevada y el 25% del monto tabulado para las restantes.

Cuando en una misma intervención quirúrgica se traten 2 padecimientos de los cuales uno esté cubierto y el otro no, se pagará la reclamación de la siguiente manera:

- ✚ Honorarios médicos, de acuerdo a lo estipulado para el padecimiento cubierto en la tabla de honorarios quirúrgicos.
- ✚ Anestesiólogo y ayudantes, de acuerdo a las políticas y porcentajes establecidos en la tabla de honorarios quirúrgicos.
- ✚ Hospital, se pagará el 60% de la factura total.

- k) En caso de fallecimiento del Asegurado, cualquier beneficio pendiente que no haya sido pagado, será liquidado directamente al médico y hospital en convenio, de lo contrario ZAM reembolsará al familiar que demuestre fehacientemente el parentesco y que hizo el pago a nombre del Asegurado.
- l) ZAM tendrá derecho siempre que lo juzgue conveniente de comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionados con el siniestro, la reclamación o las pruebas aportadas. La obstaculización por parte del Contratante y/o Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a ZAM de cualquier obligación.

4.4. Pago de indemnizaciones.

La cuantía del pago se determinará de la siguiente manera:

- a) Se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la carátula de la póliza, certificado individual, condiciones generales y/o endosos específicos si los hubiere.
- b) A la cantidad resultante se le descontará primero el deducible y después la cantidad por concepto de coaseguro, de acuerdo a los importes y porcentajes establecidos en la carátula de esta póliza y en el certificado. Si los gastos son originados por un accidente cubierto y sobrepasan el deducible contratado, no se aplicará deducible ni coaseguro. Para ser catalogado como accidente, los primeros gastos médicos se deben realizar dentro de los 90 días siguientes a la fecha del accidente. Transcurrido este periodo se considerará como enfermedad.

- c) El deducible se aplicará una sola vez para cada accidente y/o enfermedad cubierta.
- d) El coaseguro siempre aplicará para el pago de reembolsos independientemente que en la atención inicial por pago directo se haya eliminado.

4.5. Sistema de pago directo.

Es el beneficio mediante el cual ZAM liquidará directamente al proveedor de servicios médicos los gastos que procedan por motivo del padecimiento, accidente o enfermedad cubierto por la póliza. Para efectos de este sistema se requiere ser atendido por proveedores de la Red Zurich y que el certificado se encuentre vigente y pagado.

Este beneficio se otorga tanto a pólizas con cobertura en territorio nacional como las que contrataron el beneficio de atención en el extranjero, a las cuales se les aplicarán las condiciones de dicho beneficio, bajo los siguientes procedimientos:

a) Hospitalización programada e internamiento para cirugía de corta estancia.

Una vez que el Asegurado y su médico decidan la necesidad de ser internado, el Asegurado deberá realizar ante el Centro de Atención Zurich (CAZ), el trámite de solicitud para obtener la orden de internamiento programado, a través de lo siguiente:

- ✚ Solicitar al médico tratante que complete en su totalidad tanto el informe médico e historia clínica, como la solicitud de internamiento programado. Se debe llenar un informe médico por cada médico que intervendrá al Asegurado.
- ✚ Cuando el médico no pertenezca a la red, es decir, cuando no sea médico en convenio, el Asegurado le solicitará un presupuesto de sus honorarios para presentarlo al CAZ.
- ✚ El Asegurado deberá llenar personalmente la forma aviso de accidente o enfermedad.
- ✚ Credencial de identificación o documento probatorio de la relación del Asegurado con la Colectividad Asegurada.
- ✚ Anexar a la documentación citada, todos los estudios de laboratorio y de gabinete que sirvieron de base para elaborar el diagnóstico del padecimiento.

Toda esta documentación deberá ser entregada al CAZ, cuando menos 5 días naturales previos a la fecha programada para el internamiento.

Si procede la petición del Asegurado el departamento de pago directo programado o a través del CAZ proporcionará la orden de internamiento al menos 48 horas antes del ingreso programado; de lo contrario se le notificará al Asegurado mediante una carta los motivos del rechazo.

b) Hospitalización de urgencia, con estancia mayor a 24 horas.

Significa una hospitalización que es necesaria como consecuencia de un accidente grave o del surgimiento de una condición que pone en peligro la vida, y la cual requiere atención médica o tratamiento quirúrgico inmediatos para evitar la pérdida de la vida o un daño permanente a los órganos o sistemas del organismo. Ejemplos de tales lesiones o condiciones incluyen, pero sin estar limitados: ataques cardíacos, apoplejía, envenenamiento, paro respiratorio, hemorragia grave sin motivo aparente, pérdida del conocimiento, convulsiones o lesiones de gravedad.

c) Hospitalización no programada, con estancia mayor a 24 horas.

Significa una hospitalización que ha sido programada con anticipación por el médico de cabecera de la persona asegurada para una fecha fijada en el futuro.

Ambos casos, incisos b) y c) anteriores, operan únicamente cuando la estancia en el hospital sea mayor a 24 horas. Cuando ocurre cualquiera de estas circunstancias, el Centro de Atención Zurich (CAZ) o la Red Zurich, recibirá el aviso por parte del hospital o de un familiar del Asegurado vía telefónica, una vez que el paciente ya se encuentre hospitalizado. El Asegurado deberá llevar a cabo el siguiente procedimiento:

- ✚ Al llegar al hospital, acudir al departamento de admisión e identificarse con su tarjeta de identificación vigente de Asegurado de gastos médicos de ZAM, además de una credencial con fotografía. Verificar
- ✚ que el departamento de admisión haya reportado su ingreso al CAZ para que éste lo ponga en contacto con el médico coordinador de la plaza o con la Red Zurich.
- ✚ Si la causa de ingreso es por cirugía nasal o senos paranasales, fracturas en general o cirugía mamaria, deberá presentar los estudios radiológicos correspondientes.

Si procede el internamiento del Asegurado, el CAZ o la Red Zurich, le entregará la orden de internamiento al hospital en un plazo máximo de 24 horas (En el extranjero puede variar), ya sea vía fax o bien a través de la visita del médico coordinador de la plaza.

d) Estudios de diagnóstico de alta complejidad.

Si el asegurado requiere algún estudio de diagnóstico de alta complejidad, deberá tramitar ante el departamento de pago directo programado la autorización correspondiente por lo menos con 5 días de anticipación a la realización de los estudios, incluyendo la siguiente documentación:



- ✚ Informe médico e historia clínica debidamente llenado, indicando claramente el nombre y tipo de estudio que le será practicado.
- ✚ Copia fotostática de una identificación oficial del Asegurado al que le será practicado el estudio.
- ✚ Aviso de accidente o enfermedad, llenado por el Asegurado.
- ✚ Credencial de identificación o documento probatorio de la relación del Asegurado con la Colectividad Asegurada.

Si la petición procede, el departamento de pago directo programado o el CAZ le dará la orden de estudios al Asegurado en la que se indicarán, los montos por deducible y coaseguro que deberá cubrir al laboratorio o gabinete, así como el nombre y la dirección del lugar al que deba acudir el Asegurado para que le practiquen los estudios que solicita.

En cualquier caso si por alguna razón su certificado no se encuentra pagado o no ha sido posible determinar la procedencia de su petición o no se ha seguido el procedimiento anterior, no aplicará este servicio y se tendrá que presentar una reclamación por el sistema de reembolso.

4.6. Sistema de pago por reembolso.

Es el beneficio mediante el cual ZAM reintegrará al Asegurado los gastos que procedan, descontando deducible y coaseguro, cuando éste haya pagado directamente al prestador de servicios. Funciona para aquellos gastos cubiertos por la póliza en los que:

-  No se pudo establecer oportunamente contacto con el CAZ.
-  Por la situación de internamiento, no se hubiera autorizado el pago directo.

Para hacer efectivo el reembolso, el Asegurado deberá presentar la documentación correspondiente de acuerdo al siguiente procedimiento:




- a) Deberá recabar todos los comprobantes legales de gastos a nombre del Asegurado afectado o del Asegurado titular, tales como: honorarios médicos (señalando el concepto), facturas de hospitalización, estudios de laboratorio y/o de gabinete (con la correspondiente solicitud médica del estudio), medicamentos (con su receta anexa). Todos los comprobantes deberán ser originales y cumplir con los registros fiscales vigentes.
- b) Llenar debidamente el formato aviso de accidente o enfermedad, firmado por el Asegurado. Deberá presentarse un aviso por cada accidente o enfermedad.
- c) Credencial de identificación o documento probatorio de la relación del Asegurado con la Colectividad Asegurada.
- d) Pedir a cada uno de los médicos que lo atendieron que llenen debidamente el formato informe médico e incluyan su historia clínica. Deberá presentarse un informe por cada médico.
- e) Anexar a los estudios de laboratorio y/o gabinete que le fueron practicados, cada uno de los resultados incluyendo su interpretación o diagnóstico.
- f) Si es su caso intervinieron autoridades legales, presente copias certificadas de la averiguación previa del Ministerio Público.

Cuando presente gastos y exista el antecedente de un gasto procedente ya reclamado, el Asegurado deberá mencionar el número de siniestro asignado. En este caso el reembolso no tendrá la aplicación por concepto de deducible, sin embargo el asegurado deberá pagar el coaseguro contratado, cuando corresponda.

ZAM, se reserva el derecho de solicitar cualquier información adicional que considere necesaria para evaluar adecuadamente la naturaleza del siniestro.

4.7. Beneficio de reducción en el deducible y el coaseguro.

Este programa ha sido diseñado para que los Asegurados de ZAM obtengan:

-  El máximo de los beneficios pagaderos bajo esta póliza en caso de reclamación.
-  El máximo de los beneficios pagaderos bajo esta póliza por concepto de trasplantes cubiertos.
-  Reducciones importantes en el pago de deducibles y coaseguros.

4.7.1. Reducción en la aplicación del deducible y el coaseguro.

Si la indemnización es vía Pago Directo y los Asegurados se atienden con médicos y hospitales en convenio con ZAM debidamente autorizados por las autoridades sanitarias correspondientes y siempre que el

monto de la reclamación sea superior al deducible contratado, se aplicarán las siguientes reducciones dependiendo el tipo de plan contratado:




Plan ZuSalud	Reducción de deducible y coaseguro
Elite	<ol style="list-style-type: none"> En los hospitales de la Red ZuSalud Elite: Reducción de \$1,000 en el deducible y 5 puntos porcentuales del coaseguro. En los hospitales de la Red ZuSalud Premium ó ZuSalud Estándar: Reducción de \$2,000 en el deducible y 10 puntos porcentuales del coaseguro.
Premium	<ol style="list-style-type: none"> En los hospitales de la Red ZuSalud Premium: Reducción de \$1,000 en el deducible y 10 puntos porcentuales del coaseguro. Excluyendo los hospitales de la Red ZuSalud Estándar: Reducción de \$2,000 en el deducible y 10 puntos porcentuales del coaseguro.
Estándar	<ol style="list-style-type: none"> En los hospitales de la Red ZuSalud Estándar: Reducción de \$1,000 en el deducible y 10 puntos porcentuales del coaseguro.

Las reducciones anteriores de deducible y coaseguro no operarán para reclamaciones provenientes del extranjero en ningún caso.

Nota: En el caso de que el Asegurado se atendiera por emergencia médica en un hospital correspondiente a un plan superior al contratado se cobrará 30% puntos adicionales sobre el coaseguro contratado.

4.7.2. Requisitos para obtener el beneficio de reducción en el deducible y el coaseguro.

Para lograr estos beneficios se deben satisfacer los siguientes requisitos:

-  Que la indemnización sea vía pago directo.
-  En relación con cada uno de los servicios que requieran certificación, el Asegurado, o cualquier otra persona actuando en su nombre, deberá notificar dicho servicio a ZAM, con anticipación, por medio de una llamada telefónica al CAZ, cuyo número de teléfono está indicado en la tarjeta de identificación de cada persona asegurada.
-  El Asegurado deberá obtener una certificación previa, en relación a los siguientes servicios:

Servicios Suministrados en Territorio Nacional

1. Hospitalizaciones Programadas.

El Asegurado, o cualquier otra persona actuando en su nombre, está obligada a ponerse en contacto con el departamento de pago directo programado, por lo menos con 5 días de anticipación a la fecha de ingreso en un hospital en relación con una hospitalización planificada, con el objeto de obtener lo siguiente:

- ✓ Información concerniente a médicos, hospitales y proveedores que son miembros de la Red Zurich.
- ✓ Certificación en relación con el ingreso, incluyendo el número de días de estancia en el hospital. Si después de la certificación inicial fueran necesarios días adicionales de hospitalización, el médico de cabecera, o un representante del hospital donde la persona asegurada se encuentra reclusa, deberá comunicarse con ZAM (siempre que esta comunicación sea hecha antes de que haya transcurrido el último de los días originalmente certificados), para obtener la certificación correspondiente a los días adicionales de ingreso. ZAM revisará dicha solicitud conjuntamente con el médico de cabecera.

2. Hospitalizaciones No Programadas.
El Asegurado o cualquier otra persona actuando en su nombre, está obligado a ponerse en contacto con el centro de atención Zurich (CAS), tan pronto como sea posible, pero a más tardar dentro de las 48 horas siguientes a la fecha de ingreso en un hospital en relación con una hospitalización de emergencia.
3. Trasplantes.
La persona Asegurada, o cualquier otra persona actuando en su nombre, esta obligada a ponerse en contacto con el departamento de pago directo programado o con el centro de atención Zurich (CAZ), inmediatamente después de haber sido identificado por su médico de cabecera como un candidato para un trasplante cubierto bajo esta póliza. Un administrador personal de casos médicos será asignado para trabajar con la persona asegurada, y/o con el médico de cabecera con el objeto de identificar cual es el hospital o centro de trasplante más adecuado para satisfacer las necesidades del paciente.

4.8. Procedimientos

ZAM ha establecido los siguientes procedimientos para cubrir cirugías programadas bajo las siguientes dos modalidades:

4.8.1. Cirugía Programada para Padecimientos de Corta Estancia ó Ambulatorios.

Todos aquellos padecimientos excepto padecimientos de nariz y senos paranasales, cubiertos por las condiciones de la póliza de gastos médicos mayores que requieran de un tratamiento quirúrgico con una estancia menor a 24 horas de hospitalización y que exceden el deducible de la póliza, gozarán con los beneficios mencionados en este cláusula siempre y cuando:

REQUISITOS:

La póliza y el certificado correspondiente, estén vigentes y pagados al momento de la solicitud de atención médica.

Sea autorizado y programado por el Departamento de Pago Directo de ZAM.

BENEFICIOS:

Se reducirá de acuerdo a la tabla del punto 4.6.1.

Podrán tener acceso a cualquier hospital para realizar la programación de su atención médica en el territorio nacional, a excepción de que su póliza establezca específicamente los hospitales a donde tendrá que acudir para su atención médica.

ZAM se reserva el derecho de autorización de todos aquellos padecimientos que no cuenten con los requisitos mencionados.

Cuando el Asegurado requiera de un mayor tiempo de estancia hospitalaria al estipulado y requerido para una atención médico-quirúrgica programada y sin complicaciones, otorgada a través de una carta

autorización expedida por ZAM, los beneficios de la eliminación del deducible y coaseguro cesarán automáticamente.

ZAM continuará cubriendo las complicaciones que se derivaron del procedimiento médico ó quirúrgico proporcionado hasta el alta del Asegurado o hasta agotar el límite de suma asegurada.

4.8.2. Cirugía Programa para la Utilización de Paquetes Quirúrgicos.

Todos aquellos padecimientos excepto padecimientos de nariz y senos paranasales cubiertos por las condiciones de la póliza de gastos médicos mayores que requieran de un tratamiento médico-quirúrgico con una estancia menor o mayor a 24 horas de hospitalización y que exceden el deducible de la póliza, gozarán con los beneficios mencionados en este endoso siempre y cuando:

REQUISITOS:

La póliza y el certificado correspondiente, estén vigentes al momento de la solicitud de atención médica.

Sea autorizado y programado por el Departamento de Pago Directo de ZAM .

El Asegurado proporcione una copia del paquete médico ó quirúrgico requerido y costo del mismo, en hoja con membrete del Hospital con 5 días hábiles a la solicitud de su intervención médica.

BENEFICIOS:

Se otorgará el anticipo del 80% del costo del paquete médico ó quirúrgico al titular de la póliza con base a los documentos presentados.

Se reducirá de acuerdo a la tabla del punto 4.6.1., siempre y cuando no exista una erogación del costo mayor al estipulado en el paquete quirúrgico.

Nota:

ZAM se reserva el derecho de autorización de todos aquellos paquetes quirúrgicos que no cuenten con los requisitos mencionados.

Cuando el asegurado haya excedido el costo establecido en el paquete médico-quirúrgico proporcionado, los beneficios de la eliminación del deducible y coaseguro cesarán automáticamente.

ZAM cubrirá los gastos excedentes al paquete médico-quirúrgico, siempre y cuando tengan relación con el padecimiento autorizado y por vía reembolso.

El asegurado deberá presentar la factura del hospital por el anticipo proporcionado en un lapso no mayor de 10 días hábiles al momento de su egreso hospitalario. En caso de exceder al tiempo estipulado, los beneficios de eliminación del deducible y coaseguro cesarán automáticamente en la solicitud de su reembolso.

5. Cláusulas Generales.

5.1. Contrato

Las presentes condiciones generales, la solicitud, el consentimiento, el certificado Individual, los cuestionarios que en los casos que sea procedente llegue a firmar el asegurado y las cláusulas adicionales ó endosos adheridos a la póliza, constituyen la prueba del contrato del seguro.

5.2. 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 la Compañía Aseguradora.

5.3. 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.

5.4. Residencia

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

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.

5.5. Omisiones o Inexactas Declaraciones

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

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 será aplicable a los Asegurados cuando éstos 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 consista en el otorgamiento de una prestación laboral y la incorporación de cada integrante de la Colectividad a la misma sea de manera voluntaria.

5.6. 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:

- ✚ 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.
- ✚ 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 Asegurada, reduciéndose la primas posteriores de acuerdo a la edad real.

5.7. 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 que se contrate la cobertura en el extranjero, 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.

5.8. 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.

5.9. Cláusula de padecimiento y/o enfermedad preexistente.

ZAM solo podrá realizar el rechazo de una reclamación por padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando:

- ✚ 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 medico donde se haya elaborado un diagnostico por un medico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnostico.

Cuando ZAM cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnostico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnostico correspondiente, o en su caso el expediente medico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- ✚ Previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento medico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

5.10. Cláusula de 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 medico nombrado de común acuerdo por escrito por ambas partes; pero si no se pusieren de acuerdo con el nombramiento de un solo perito, se designarán dos, uno por cada parte, lo cual se hará en el plazo de diez días contado a partir de la fecha en la que una de ellas hubiere sido requerida por la otra por escrito para que lo hiciere. Antes de empezar sus labores, los dos peritos nombrarán un tercero para el caso de discordia.

Si una de las partes se negare a nombrar su perito o simplemente no lo hiciere cuando sea requerido por la otra, o si los peritos no se pusieren 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 vinculara 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.

5.11. Subrogación de Derechos

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.

Si por hechos u omisiones del asegurado se impide la subrogación, ZAM quedará liberada de sus obligaciones.

La subrogación no procederá cuando el Asegurado tenga relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que le haya causado el daño, o si es civilmente responsable de la misma.

5.12. 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.

5.13. Primacía

Las condiciones particulares de los endosos tienen prelación en las condiciones generales.

5.14. Indemnización por mora en el pago.

En caso de que ZAM, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, en vez del interés legal aplicable, se obliga a pagar al asegurado, beneficiario, o tercero dañado una indemnización por mora calculada, conforme al Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

5.15. Primas.

La prima neta total 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.

5.16. 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

5.17. Cláusula de 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.

5.18. 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 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.

5.19. 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.

El presente Aviso en su texto completo, así como sus modificaciones, estarán a su disposición en la página 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.

5.20. 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.

5.21. 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; 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 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, correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx."

"En cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedarán registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 De Mayo de 2022, con el número CNSF-S0037-0229-2022 y CONDUSEF-005393-01

6. Anexos

6.1. Relación de hospitales participantes por tipo de plan

Esta Red de proveedores hospitalarios será dinámica, esto es, se estarán incluyendo o excluyendo más hospitales, los cuales se darán a conocer a través del sitio de Internet de la compañía:

www.zam.zurich.com.mx

6.1.1. Plan ZuSalud Elite

Todos los hospitales de la República Mexicana debidamente autorizados por las autoridades de salud estatales o federales, incluyendo los a continuación relacionados como exclusivos de la Red ZuSalud Elite.

<p><u>Ciudad de México</u> Hospital Ángeles de Interlomas Hospital Ángeles del Pedregal Hospital ABC Observatorio Hospital ABC Santa Fe Hospital Ángeles del Pedregal Clínica Lomas Altas Medica Sur</p> <p><u>Estado de México</u> Hospital Ángeles de Interlomas Hospital Río de la Loza</p> <p><u>Baja California Nte.</u> Hospital del Prado Hospital Ángeles de Tijuana Hospital Almater</p> <p><u>Querétaro</u> Hospital Ángeles de Querétaro</p>	<p><u>Jalisco</u> Centro Médico Puerta de Hierro Centro Médico Puerta de Hierro Sur Hospital San Javier Hospital Ángeles del Carmen</p> <p><u>Chihuahua</u> Hospital Ángeles Cd. Juárez</p> <p><u>Nuevo León</u> Hospital San José de Monterrey Hospital Santa Engracia Hospital Oca</p> <p><u>Quintana Roo</u> Hospiten Hospiten Riviera Maya</p> <p><u>San Luis Potosí</u> Hospital Ángeles Centro Medico del Potosí Hospital de Nuestra Señora de la Salud</p>	<p><u>Puebla</u> Hospital Ángeles de Puebla Beneficencia Española de Puebla</p> <p><u>Guanajuato</u> Hospital Ángeles de León</p>
--	--	--

6.1.2. Plan ZuSalud Premium

Todos los hospitales de la República Mexicana debidamente autorizados por las autoridades sanitarias correspondientes, excluyendo los mencionados en la Red del Plan ZuSalud Elite e incluyendo los a continuación relacionados como exclusivos de la Red del Plan ZuSalud Premium.

<p><u>Ciudad de México</u> Hospital Ángeles México Hospital Ángeles Clínica Londres Hospital Ángeles Lindavista Hospital Ángeles Mocol Hospital Ángeles Metropolitano Centro Medico Dalinde Hospital San Ángel Inn Sur Hospital Sal Angel Inn Chapultepec Beneficencia Española Star Medica Santa Fe Star Medica Infantil Privado Hospital Ángeles Metropolitano Hospital Durango Centro edico Tiber Hospital Mig Centro Medico Tiber Hospital Santa Coleta</p> <p>Hospital Santa Mónica Hospital Santa Teresa Hospital Medica Integra</p> <p><u>Estado de México</u> Centro Quirúrgico Satélite Hospital San José Satélite Sanatorio Santa Cruz Toluca Multimedica Norte</p> <p>Hospital Cd. Satélite Hospital San Rafael Sanatorio Florencia</p> <p><u>Aguascalientes</u> Central Médica Quirúrgica Aguascalientes Star Medica Aguascalientes Biomaterna</p> <p><u>Guanajuato</u> Hospital Campestre Hospital Aranda de la Parra Central Medico Quirúrgica Chávez</p>	<p><u>Jalisco</u> Hospital Real San José Hospital Santa María Chapalita Hospital México Americano Hospital de Country Hospital San Francisco de Asis Hospital San Javier Marina Amerimed</p> <p><u>Baja California Nte.</u> Centro Medico Exel Centro Medico Florence Hospital México-Americano Sanatorio del Carmen Hospital velmar</p> <p><u>Baja California Sur.</u> Central de Especialidades Medicas</p> <p>Centro Medico Cabo San Lucas Clínica de Especialidades Amerimed</p> <p><u>Querétaro</u> Hospital de la Santa Cruz Hospital San José de Querétaro Hospital San José de Querétaro Norte Hospital Santiago Hospital San José de San Juan del Río</p> <p><u>Guerrero</u> Starmedica del Pacífico</p> <p><u>Puebla</u> Hospital Betania Hospital U.P.A.E.P Star Medica Puebla</p> <p><u>Michoacán</u> Hospital San José Star Medica Morelia</p>	<p><u>Chihuahua</u> Star Medica Cd. Juárez Centro Medico de Especialidades Clínica de la Mujer Hospital Cima Poliplaza Hospital Medica Sur Centro Hospitalario La Concepción Coahuila Hospital Ángeles de Torreón Cristhus Muguerza Saltillo</p> <p><u>Nuevo Leon</u> Cristhus Muguerza Sur Cristhus Muguerza Mty Clínica Vitro Clínica Sierra Madre Hospital Oca Hospital de Ginecología y Obstetricia</p> <p><u>Quintana Roo</u> Hospital AMAT Hospital Americano Hospital Total Assist Hospital Galenia</p> <p><u>Hidalgo</u> Beneficencia Española</p> <p><u>Tabasco</u> Ángeles de Villahermosa</p> <p><u>Mérida</u> Star Medica Mérida</p> <p><u>Veracruz</u> Beneficencia Española</p>
---	--	--

6.1.3. Plan ZuSalud Estándar

Todos los hospitales de la República Mexicana debidamente autorizados por las autoridades sanitarias correspondientes, excluyendo los mencionados en la Red del Plan ZuSalud Elite y los de la Red ZuSalud Premium. De manera enunciativa más no limitativa, se incluyen los siguientes:

<p><u>Ciudad de México</u> Clínica Medica Santa Rosa</p> <p>Clínica Tlalpan Clínica Villa Coapa Hospital Pajeos Sanatorio Trinidad Hospital Santa Mónica Policlínica del Sur Hospital Santiago Apóstol Clínica CIME Hospital Merlos</p> <p><u>Estado de México</u> Clínica Cerrual Clínica S.A.M.E. Hospital de Especialidades Medicas Bosques de Aragón Sanatorio Toluca Médica San Marcos Medica Zurich Polimedica Lago</p> <p>Centro Quirúrgico Santa Mónica</p> <p><u>Querétaro</u> Hospital Coscami Sanatorio Santiago Sanatorio Margarita Clínica San Francisco</p> <p><u>Veracruz</u> Clínica San Luis Rafera Hospital Mareke Sanatorio Escudero Sanatorio Sánchez Navarro</p> <p><u>Michoacán</u> Hospital Memorial</p> <p><u>Sinaloa</u> Hospital Ángeles Culiacán Centro Medico los Mochis Hospital del Noroeste Hospital Fátima Clínica Mar Clínica Hospital Culiacán Sanatorio Cemsí Sanatorio San Francisco de Asis</p>	<p><u>Jalisco</u> Hospital Bernardette</p> <p>Hospital Jardines De Guadalupe Hospital Vallarta Sanatorio Arboledas Hospital Terranova</p> <p><u>Baja California Nte.</u> Hospital Del Carmen Centro Medico Nova Hospital Oasis Clínica Robsan Hospital Guadalajara Clínica Medica Express Clínica santa Lucia</p> <p>Baja Medix Centro Quirúrgico del Valle</p> <p><u>Baja California Sur</u> Clínica De Nuestra Señora De Guadalupe</p> <p><u>Quintana Roo</u> Unidad Medico Quirúrgica Del Sur Costa med</p> <p><u>Guerrero</u> Hospital Privado Magallanes</p> <p><u>Puebla</u> Unidad Hospitalaria La Paz</p> <p><u>Aguascalientes</u> Hospital Miguel Hidalgo Sector Privado</p> <p><u>Sonora</u> Centro Medico Especialidades Dr. Ernesto Rivera Magallon Clínica Hospital Silva Hermanos Hospital Hermosillo (Antes Sanatorio Licóna)</p>	<p><u>Chihuahua</u> Hospital Guernika Selecta Unidad De Cirugía De Corta Estancia Hospital De Sol Núcleo Hospitalario Med Sanatorio Palmore Hospital de Jesús Intermedica del Norte Clínica de Especialistas Hospital Dr. Narváez Hospital Ejeza</p> <p><u>Nuevo Leon</u> Cristhus Muguerza Conchita Hospital San Felipe De Jesús</p> <p>Centro de Atención Medica Leones Centro Medico Osler Centro Medico San Jorge Centro Medico San Mateo Centro Quirúrgico Nogalar</p> <p><u>Hidalgo</u> Centro Medico Marfyl Centro Médico Quirúrgico Santa Elena Clínica Santa Julia Clínica San José Centro Medico Pasteur Sanatorio Ortega Sanatorio el Divino Pastor</p> <p>Aguascalientes Central Médico del Bajío Español Silao Sanatorio Moderno Pablo de Anda</p>
--	--	--