



Condiciones generales

Seguro de Gastos Médicos Mayores Colectivo

Experiencia Global

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 1. | Definiciones | 1 |
| 1.1. | Zurich Vida..... | 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)..... | 2 |
| 1.7. | Coaseguro | 2 |
| 1.8. | Comisión o compensación directa..... | 2 |
| 1.9. | Culpa Grave | 2 |
| 1.10. | Deducible | 3 |
| 1.11. | Emergencia o urgencia médica | 3 |
| 1.12. | Enfermedad..... | 3 |
| 1.13. | Endoso..... | 3 |
| 1.14. | Evento | 3 |
| 1.15. | Honorarios médicos | 4 |
| 1.16. | Hospital, clínica o sanatorio | 4 |
| 1.17. | Hospitalización | 4 |
| 1.18. | Límite del coaseguro | 4 |
| 1.19. | Negligencia | 4 |
| 1.20. | Padecimiento congénito..... | 4 |
| 1.21. | Padecimiento o enfermedad preexistente..... | 5 |
| 1.22. | Período al descubierto..... | 5 |
| 1.23. | Periodo de espera..... | 5 |
| 1.24. | Práctica profesional de cualquier deporte | 5 |
| 1.25. | Prima | 5 |
| 1.26. | Programación de cirugía | 6 |
| 1.27. | Reinstalación de suma asegurada | 6 |
| 1.28. | Suma asegurada..... | 6 |
| 1.29. | Tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos..... | 6 |
| 1.30. | Red Zurich | 6 |
| 1.31. | Reglamento del Seguro Colectivo | 7 |
| 1.32. | Colectividad asegurable..... | 7 |
| 1.33. | Colectividad asegurada..... | 7 |
| 2. | Características generales del plan | 8 |
| 2.1. | Vigencia de la póliza..... | 8 |
| 2.1.1. | Vigencia | 8 |
| 2.1.2. | Renovación..... | 8 |
| 2.1.3. | Rehabilitación | 8 |
| 2.1.4. | Terminación..... | 9 |
| 2.1.5. | Cancelación Anticipada del Seguro..... | 9 |
| 2.2. | Movimientos en la Colectividad asegurada. | 10 |
| 2.2.1. | Obligación del Contratante | 10 |
| 2.2.2. | Alta de Asegurados..... | 11 |
| 2.2.3. | Baja de Asegurados | 12 |
| 2.3. | Registro de Asegurados..... | 12 |
| 2.4. | Cambio de contratante..... | 13 |
| 2.5. | Certificados individuales | 13 |
| 3. | Descripción de Coberturas | 15 |
| 3.1. | Objeto del Seguro | 15 |
| 3.2. | Edades de Elegibilidad | 15 |
| 3.3. | Gastos Médicos amparados. | 15 |
| 3.3.1. | Hospitalización..... | 16 |
| 3.3.2. | Honorarios Médicos. | 16 |
| 3.3.3. | Medicamentos..... | 17 |
| 3.3.4. | Servicios auxiliares de diagnóstico..... | 18 |
| 3.3.5. | Terapia y rehabilitación..... | 18 |
| 3.3.6. | Servicio de ambulancia. | 18 |

| | | |
|-------------|---|-----------|
| 3.3.7. | Maternidad..... | 19 |
| 3.3.8. | Atención a recién nacidos y padecimientos congénitos..... | 20 |
| 3.3.9. | Gastos por accidente..... | 20 |
| 3.3.10. | Tratamientos y/o Padecimientos Específicos..... | 21 |
| 3.3.11. | Transplante de Órganos..... | 24 |
| 3.3.12. | Tratamientos Psiquiátricos..... | 28 |
| 3.3.13. | Cobertura de SIDA..... | 29 |
| 3.3.14. | Otros servicios..... | 30 |
| 3.4. | Coberturas Adicionales Incluidas..... | 31 |
| 3.4.1. | Emergencia Médica en el Extranjero..... | 31 |
| 3.4.2. | Deportes amateurs y/o actividades peligrosas..... | 32 |
| 3.4.3. | Ayuda por fallecimiento durante una intervención quirúrgica..... | 33 |
| 3.4.4. | Reconocimiento de antigüedad en otros seguros similares..... | 33 |
| 3.4.5. | Servicio telefónico de orientación médica..... | 35 |
| 3.4.6. | Segunda Opinión Médica..... | 35 |
| 3.4.7. | Anticipo de Cirugía..... | 35 |
| 3.5. | Coberturas Opcionales..... | 37 |
| 3.5.1. | Continuidad Familiar por Muerte o Invalidez Total y Permanente del Titular..... | 37 |
| 3.5.2. | Cobertura de atención en el extranjero..... | 38 |
| 3.5.3. | Cobertura de visión..... | 39 |
| 3.6. | Gastos médicos cubiertos con período de espera..... | 41 |
| 3.7. | Exclusiones generales..... | 43 |
| 4. | Pago de indemnizaciones..... | 46 |
| 4.1. | Aviso..... | 46 |
| 4.2. | Certificación..... | 47 |
| 4.3. | Procedimientos en caso de siniestro..... | 47 |
| 4.4. | Pago de indemnizaciones..... | 51 |
| 4.5. | Sistema de pago directo..... | 51 |
| 4.6. | Sistema de pago por reembolso..... | 55 |
| 4.7. | Beneficio de reducción en el deducible y el coaseguro..... | 56 |
| 4.7.1. | Reducción en la aplicación del deducible y el coaseguro..... | 56 |
| 4.7.2. | Requisitos para obtener el beneficio de reducción en el deducible y el coaseguro..... | 57 |
| 4.8. | Procedimientos..... | 59 |
| 4.8.1. | Cirugía Programada para Padecimientos de Corta Estancia ó Ambulatorios..... | 59 |
| 4.8.2. | Cirugía Programa para la Utilización de Paquetes Quirúrgicos..... | 60 |
| 5. | Cláusulas Generales..... | 62 |
| 5.1. | Contrato..... | 62 |
| 5.2. | Prescripción..... | 62 |
| 5.3. | Modificaciones y Notificaciones..... | 62 |
| 5.4. | Residencia..... | 63 |
| 5.5. | Omisiones o Inexactas Declaraciones..... | 63 |
| 5.6. | Edad..... | 64 |
| 5.7. | Moneda..... | 64 |
| 5.8. | Competencia..... | 64 |
| 5.9. | Cláusula de padecimiento y/o enfermedad preexistente..... | 65 |
| 5.10. | Cláusula de Arbitraje..... | 66 |
| 5.11. | Subrogación de Derechos..... | 67 |
| 5.12. | Tipo de Cambio..... | 68 |
| 5.13. | Primacía..... | 68 |
| 5.14. | Indemnización por mora en el pago..... | 68 |
| 5.15. | Primas..... | 68 |
| 5.16. | Período de gracia para el pago de primas..... | 69 |
| 5.17. | Cláusula de Comisiones y Compensaciones Directas..... | 70 |
| 6. | Anexos..... | 98 |
| 6.1. | Relación de hospitales participantes por tipo de plan..... | 98 |
| 6.1.1. | Plan ZuSalud Elite..... | 98 |
| 6.1.2. | Plan ZuSalud Premium..... | 99 |

| | | |
|--------|-----------------------------|-----|
| 6.1.3. | Plan ZuSalud Estándar | 101 |
|--------|-----------------------------|-----|

1. Definiciones

Para efectos de este contrato se considerarán las siguientes definiciones:

1.1. Zurich Vida

Toda mención en adelante de Zurich Vida, se refiere a Zurich Vida, Compañía de Seguros S.A.

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 accidentes 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 Zurich Vida en la República Mexicana y al que los Asegurados deben contactar para resolver sus dudas acerca de su plan de gastos médicos y notificar hospitalizaciones, trasplantes, o cualquier otro procedimiento que requiera de autorización previa.

1.7. 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. Culpa Grave

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

1.10. 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 Zurich Vida cubrirá los gastos médicos de las enfermedades amparadas.

1.11. 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.

1.12. 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.

1.13. Endoso

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

1.14. Evento

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

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. Negligencia

Descuido o falta de cuidado o diligencia.

1.20. 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.

1.21. Padecimiento o enfermedad preexistente

Aquellos padecimientos o enfermedades 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.

1.22. 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.

1.23. 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.

1.24. Práctica profesional de cualquier deporte

Se entiende como tal, a las actividades deportivas que se realicen con fines de lucro.

1.25. Prima

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

1.26. Programación de cirugía

Autorización por escrito previa que el Asegurado recibe de Zurich Vida para la realización de alguna intervención quirúrgica con hospitalización, cirugía ambulatoria y/o tratamiento médico.

1.27. 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.

1.28. Suma asegurada

Es el límite máximo de responsabilidad de Zurich Vida, 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.

1.29. Tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos

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

1.30. 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 Zurich Vida, tanto a nivel nacional como en el extranjero.

1.31. 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.

1.32. 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 es representadas por el Contratante.

1.33. Colectividad asegurada

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

Zurich Vida 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 Zurich Vida, 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 Zurich Vida 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 Zurich Vida, 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:

-  Al concluir la vigencia del certificado individual
-  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 Zurich Vida, adjuntando a dicha solicitud copia de su identificación oficial. Zurich Vida emitirá al recibir la solicitud y la copia de la identificación, el acuse de recibo correspondiente.

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

En este caso Zurich Vida 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 en un plazo que no excederá de 15 días hábiles siguientes a la fecha en que se solicitó la cancelación.

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

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.

¹ Artículo 17 del reglamento del Seguro Colectivo

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 Zurich Vida, 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

Zurich Vida 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;

² Artículo 18 del reglamento del Seguro Colectivo

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
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, Zurich Vida 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;

³ Artículo 13 del reglamento del Seguro Colectivo

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

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

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, Zurich Vida, 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 en que se originen el accidente y/o enfermedad.

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 del mismo, 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 Zurich Vida.

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 Zurich Vida.





En el caso de emergencias no es necesaria la autorización de Zurich Vida.

- 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 Zurich Vida, 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 Zurich Vida dentro de los 30 días naturales siguientes al nacimiento.

Exclusiones específicas para atención a recién nacidos.

-  **Se excluyen padecimientos congénitos o prematurez, originados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad y/o esterilidad de los padres del menor Asegurado.**
-  **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 continúa con Zurich Vida, 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 Zurich Vida 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 Zurich Vida, 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:

| | |
|--------------------------------------|--|
| <p>Centro de Trasplante</p> | <p>Significa un hospital que satisface los requerimientos de Zurich Vida para ser considerado un centro de trasplante, los cuales incluyen pero no limitan a que el centro de trasplante:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. |
| <p>Donante</p> | <p>Es aquella persona que sufre una operación quirúrgica con el propósito de donar órgano(s) legalmente de su cuerpo para una cirugía de trasplante.</p> |
| <p>Electivo</p> | <p>Significa en relación con un trasplante, un tratamiento, servicio, procedimiento, o cirugía, el cual:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. |
| <p>Experimental o investigación.</p> | <p>Significa, en relación con un trasplante, un procedimiento médico o quirúrgico, tratamiento, equipo, tecnología o medicamento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 |

| | |
|------------|---|
| | <p>protocolos de investigación).</p> <p>3) Cuyo uso haya sido restringido a estudios científicos o de investigación clínica.</p> <p>4) Cuya efectividad, valor o beneficio terapéutico, no ha sido probado en una forma objetiva.</p> <p>El Asegurado deberá ponerse en contacto con Zurich Vida, con el objeto de determinar si, en relación con un trasplante, un determinado procedimiento, tratamiento, equipo, o medicamento es considerado experimental o investigación.</p> |
| 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 | <p>Significa el procedimiento médicamente necesario, efectuado mientras tenga contratada esta cobertura y el seguro este vigente, y durante el cual:</p> <p>1) Uno o más de un órgano de un donante (vivo o fallecido), es transferido quirúrgicamente a un Asegurado, el cual es el receptor.</p> <p>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.</p> |








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 Zurich Vida.

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 Zurich Vida para lo cual el Asegurado, o cualquier otra persona actuando en su nombre, estará obligado a ponerse en contacto con Zurich Vida,

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. Zurich Vida 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 Zurich Vida 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 Zurich Vida, 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 Zurich Vida. 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 Zurich Vida 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 Zurich Vida. 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 Zurich Vida 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 Zurich Vida, por un médico en convenio y autorizado para realizar la intervención, y perdiere la vida en dicha intervención, Zurich Vida 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 Zurich Vida reconoce a cada uno de los Asegurados, la antigüedad que hayan acumulado a partir del inicio de vigencia de la póliza de gastos médicos mayores donde hayan tenido cobertura continua e ininterrumpida, hasta el inicio de vigencia de la póliza con Zurich Vida.

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 Zurich Vida, 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 Zurich Vida, tiene convenio de servicio, debiendo ser canalizada esta segunda opinión a través del médico coordinador de Zurich Vida y teniendo como límite el establecido en el tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos correspondiente al plan contratado.

3.4.7. Anticipo de Cirugía

Zurich Vida 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 Zurich Vida:

-  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, Zurich Vida 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 Zurich Vida 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 Zurich Vida. 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

-  **Zurich Vida 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 Zurich Vida no tenga convenio de prestación de servicios médicos, los gastos médicos serán reembolsados por Zurich Vida, 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 acudirá con un médico oftalmólogo de la Red Zurich, quien certificará los diagnósticos correspondientes y el número de dioptrías, esto a cargo de Zurich Vida, y sin costo para el Asegurado.









3.6. Gastos médicos cubiertos con período de espera.

Cuando se haya estado asegurado continuamente en Zurich Vida 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 pterigón.
-  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, en este último caso, solo podrá aplicarse esta exclusión cuando el nivel de alcohol en sangre del Asegurado sea superior a 0.8 gramos por litro, o con la prueba de aire espirado sea superior a 0.4 miligramos por litro, y a falta de éstas, será necesaria una evaluación clínica para determinar el grado de intoxicación etílica.**
- 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 cubierta 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

Zurich Vida 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 6.1 se establece la relación de hospitales participantes en cada tipo de plan.

Asimismo, el Asegurado podrá conocer el tabulador de honorarios médicos y quirúrgicos correspondiente al procedimiento solicitado y al tipo de plan contratado accediendo al sitio: <https://www.zurich.com.mx/es-mx/regulaciones>.

Para que Zurich Vida 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 Zurich Vida 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 Zurich Vida, 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 Zurich Vida:

-  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 Zurich Vida la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a Zurich Vida 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 Zurich Vida juzgue necesario.
- b) Zurich Vida 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) Zurich Vida 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 Zurich Vida 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 Zurich Vida ha establecido convenios o acuerdos.
- e) Asimismo, Zurich Vida 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, Zurich Vida quedará completamente libre de toda obligación y el Asegurado perderá todo derecho a indemnización.
- g) Zurich Vida 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 Zurich Vida 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 Zurich Vida 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, Zurich Vida 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 (neurrorrafias, 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 Zurich Vida reembolsará al familiar que demuestre fehacientemente el parentesco y que hizo el pago a nombre del Asegurado.
- l) Zurich Vida 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 Zurich Vida 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 Zurich Vida 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 Zurich Vida, 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 Zurich Vida 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 requisitos 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 fueren 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.

Solo en el caso excepcional de que, con la documentación antes referida no sea posible comprobar la ocurrencia del siniestro y/o las circunstancias de su realización, Zurich Vida, podrá solicitar información adicional al Asegurado.

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

Este programa ha sido diseñado para que los Asegurados de Zurich Vida 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 Zurich Vida 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"> 1. En los hospitales de la Red ZuSalud Elite: Reducción de \$1,000 en el deducible y 5 puntos porcentuales del coaseguro. 2. 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"> 1. En los hospitales de la Red ZuSalud Premium: Reducción de \$1,000 en el deducible y 10 puntos porcentuales del coaseguro. 2. 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"> 1. 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 Zurich Vida, 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 recluida, deberá comunicarse con Zurich Vida (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. Zurich Vida 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, está 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

Zurich Vida 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 esta 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 Zurich Vida.

BENEFICIOS:

Se reducirá de acuerdo a la tabla del punto 4.7.1.

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.

Zurich Vida 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 Zurich Vida, los beneficios de la eliminación del deducible y coaseguro cesarán automáticamente.

Zurich Vida 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 Zurich Vida

.

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 4.7.1., siempre y cuando no exista una erogación del costo mayor al estipulado en el paquete quirúrgico.

Nota:

Zurich Vida 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.

Zurich Vida 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

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

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

Toda notificación a Zurich Vida deberá hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio social que consta en la carátula de la póliza.

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

5.4. Residencia

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

5.5. Omisiones o Inexactas Declaraciones

El Contratante está obligado a declarar por escrito a Zurich Vida 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 Zurich Vida para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (artículos 8 y 47 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro).

Esta cláusula solo será aplicable a los Asegurados que sean dados de alta en la póliza, después de los 30 días de haber adquirido el derecho a formar parte de la Colectividad Asegurada, o bien en los casos en los que el objeto del contrato no

consiste en el otorgamiento de una prestación laboral y la incorporación de cada integrante de la Colectividad a la misma sea de manera voluntaria.

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 Zurich Vida, se aplicarán las siguientes reglas:

-  Cuando a consecuencia de la inexacta declaración de edad, se pagare una prima menor de la que correspondería, por la edad real, la obligación de Zurich Vida 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, Zurich Vida estará obligada a reembolsar al Contratante y/o Asegurado la diferencia entre a reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado al momento de su ingreso a la Colectividad Asegurado, reduciéndose las primas ulteriores de acuerdo a la edad real.

5.7. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sea por parte del Asegurado o Zurich Vida 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.

Zurich Vida 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 médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando Zurich Vida cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del

diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

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

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

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

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

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

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

5.11. Subrogación de Derechos

Zurich Vida se subrogará hasta por la cantidad pagada en los derechos del Asegurado, así como en sus correspondientes acciones contra los autores o responsables del siniestro. Si Zurich Vida 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, Zurich Vida 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 Zurich Vida, 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 Zurich Vida 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 fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, el Contratante gozará de un período de gracia de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

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

En este periodo de gracia no se otorgará el servicio de pago directo, si la póliza no ha sido pagada, otorgándose en este caso, el servicio de reembolso

5.17. Cláusula de Comisiones y Compensaciones Directas.

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a Zurich Vida le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. Zurich Vida 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 Terminación del Contrato por Agravación del Riesgo

Las obligaciones de Zurich Vida cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52, 53 fracción I, 54, 55 y 60 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

II. Que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona

que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.”(Artículo 53 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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

“Si el asegurado no cumple con esas obligaciones, la empresa aseguradora no podrá hacer uso de la cláusula que la libere de sus obligaciones, cuando el incumplimiento no tenga influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones.” (Artículo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas.” (Artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro4).

Las obligaciones de Zurich Vida quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el Beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro.” (Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro1).

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de Zurich Vida, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de

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

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

Zurich Vida consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

5.19. Transcripción de disposiciones legales citadas en el contrato

Ley sobre el Contrato de Seguro:

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

Artículo 19.- Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21. Artículo 40. Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

Salvo pacto en contrario, el término previsto en el párrafo anterior no será aplicable a los seguros obligatorios a que hace referencia el artículo 150 Bis de esta Ley.

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

Artículo 71. El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

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

Artículo 102. Los contratos de seguros de que trata el artículo 100, celebrados de buena fe, en la misma o en diferentes fechas, por una suma total superior al valor del interés asegurado, serán válidos y obligarán a cada una de las empresas aseguradoras hasta el valor íntegro del daño sufrido, dentro de los límites de la suma que hubieren asegurado.

También operará la concurrencia de seguros en el caso de los seguros contra la responsabilidad en los que el valor del interés asegurado sea indeterminado.

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

Artículo 202.- Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley. En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de

manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento. Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento. Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general. El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por ésta contra aquéllos.

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

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

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado

de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

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

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

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

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en

que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

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

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

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

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

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos: a) Los intereses moratorios;

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

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad. Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

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

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

Artículo 277. En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al

intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate. En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior. Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo. Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables. La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo. ARTÍCULO

Artículo 492.- Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter

general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a: I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:

a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados. Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información. Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de: a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen; b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la

apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes; c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento. Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables. La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes. El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito. Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados,

factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan. La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente. Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.

Ley de Protección y Defensa al Usuario de los Servicios Financieros

Artículo 50 Bis.- Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente: I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación; II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público; III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras; IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir

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

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

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

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

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

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

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

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

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

VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

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

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho. Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Código Penal Federal

Artículo 139.- Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y cuatrocientos a mil doscientos días multa, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:

I. A quien utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares, material radioactivo, material nuclear, combustible nuclear, mineral radiactivo, fuente de radiación o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos, o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, intencionalmente realice actos en contra de bienes o servicios, ya sea públicos o privados, o bien, en contra de la integridad física, emocional, o la vida de personas, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para atentar contra la seguridad nacional o presionar a la autoridad o a un particular, u obligar a éste para que tome una determinación. II. Al que acuerde o prepare un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en territorio nacional. Las sanciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo se aumentarán en una mitad, cuando además: I. El delito sea cometido en contra de un bien inmueble de acceso público; II. Se genere un daño o perjuicio a la economía nacional, o III. En la comisión del delito se detenga en calidad de rehén a una persona. Artículo 139 Bis.- Se aplicará pena de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a un terrorista, teniendo conocimiento de sus actividades o de su identidad. Artículo 139 Ter.- Se aplicará pena de cinco a quince años de prisión y de doscientos a seiscientos días multa al que amenace con cometer el delito de terrorismo a que se refiere el párrafo primero del artículo 139. Artículo 139 Quáter.- Se impondrá la misma pena señalada en el artículo 139 de este Código, sin perjuicio de las penas que corresponden por los demás delitos que resulten, al que por cualquier medio que fuere ya sea directa o indirectamente, aporte o recaude fondos económicos o recursos de cualquier naturaleza, con conocimiento de que serán destinados para financiar o apoyar actividades de individuos u organizaciones terroristas, o para ser utilizados, o pretendan ser utilizados, directa o indirectamente, total o parcialmente, para la comisión, en territorio nacional o en el extranjero, de cualquiera de los delitos previstos en los ordenamientos legales siguientes: I. Del Código Penal Federal, los siguientes: 1) Terrorismo, previstos en los artículos 139, 139 Bis y 139 Ter; 2) Sabotaje, previsto en el artículo 140; 3) Terrorismo Internacional, previsto en los artículos 148 Bis, 148 Ter y 148 Quáter;

4) Ataques a las vías de comunicación, previstos en los artículos 167, fracción IX, y 170, párrafos primero, segundo y tercero, y 5) Robo, previsto en el artículo 368 Quinquies. II. De la Ley que Declara Reservas Mineras los Yacimientos de Uranio, Torio y las demás Substancias de las cuales se obtengan Isótopos Hendibles que puedan producir Energía Nuclear, los previstos en los artículos 10 y 13. Artículo 139 Quinquies.- Se aplicará de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a una persona que haya participado en los delitos previstos en el artículo 139 Quáter de este Código. Artículo 193.- Se consideran narcóticos a los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la Ley General de Salud, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia. Para los efectos de este capítulo, son punibles las conductas que se relacionan con los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias previstos en los artículos 237, 245, fracciones I, II, y III y 248 de la Ley General de Salud, que constituyen un problema grave para la salud pública. El juzgador, al individualizar la pena o la medida de seguridad a imponer por la comisión de algún delito previsto en este capítulo, tomará en cuenta, además de lo establecido en los artículos 51 y 52, la cantidad y la especie de narcótico de que se trate, así como la menor o mayor lesión o puesta en peligro de la salud pública y las condiciones personales del autor o participe del hecho o la reincidencia en su caso.

Los narcóticos empleados en la comisión de los delitos a que se refiere este capítulo se pondrán a disposición de la autoridad sanitaria federal, la que procederá de acuerdo con las disposiciones o leyes de la materia a su aprovechamiento lícito o a su destrucción. Tratándose de instrumentos y vehículos utilizados para cometer los delitos considerados en este capítulo, así como de objetos y productos de esos delitos, cualquiera que sea la naturaleza de dichos bienes, se estará a lo dispuesto en los artículos 40 y 41. Para ese fin, el Ministerio Público dispondrá durante la averiguación previa el aseguramiento que corresponda y el destino procedente en apoyo a la procuración de justicia, o lo solicitará en el proceso, y promoverá el decomiso para que los bienes de que se

trate o su producto se destinen a la impartición de justicia, o bien, promoverá en su caso, la suspensión y la privación de derechos agrarios o de otra índole, ante las autoridades que resulten competentes conforme a las normas aplicables. Artículo 194.- Se impondrá prisión de diez a veinticinco años y de cien hasta quinientos días multa al que: I.- Produzca, transporte, trafique, comercie, suministre aun gratuitamente o prescriba alguno de los narcóticos señalados en el artículo anterior, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud; Para los efectos de esta fracción, por producir se entiende: manufacturar, fabricar, elaborar, preparar o acondicionar algún narcótico, y por comerciar: vender, comprar, adquirir o enajenar algún narcótico. Por suministro se entiende la transmisión material de forma directa o indirecta, por cualquier concepto, de la tenencia de narcóticos. El comercio y suministro de narcóticos podrán ser investigados, perseguidos y, en su caso sancionados por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento. II.- Introduzca o extraiga del país alguno de los narcóticos comprendidos en el artículo anterior, aunque fuere en forma momentánea o en tránsito. Si la introducción o extracción a que se refiere esta fracción no llegare a consumarse, pero de los actos realizados se desprenda claramente que esa era la finalidad del agente, la pena aplicable será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el presente artículo. III.- Aporte recursos económicos o de cualquier especie, o colabore de cualquier manera al financiamiento, supervisión o fomento para posibilitar la ejecución de alguno de los delitos a que se refiere este capítulo; y IV.- Realice actos de publicidad o propaganda, para que se consuma cualesquiera de las sustancias comprendidas en el artículo anterior. Las mismas penas previstas en este artículo y, además, privación del cargo o comisión e inhabilitación para ocupar otro hasta por cinco años, se impondrán al servidor público que, en ejercicio de sus funciones o aprovechando su cargo, permita, autorice o tolere cualesquiera de las conductas señaladas en este artículo. Artículo 195.- Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos cincuenta días multa, al que posea alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización correspondiente a que

se refiere la Ley General de Salud, siempre y cuando esa posesión sea con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en el artículo 194, ambos de este código. La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento. Cuando el inculpado posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla prevista en el artículo 479 de la Ley General de Salud, en cantidad igual o superior a la que resulte de multiplicar por mil las ahí referidas, se presume que la posesión tiene como objeto cometer alguna de las conductas previstas en el artículo 194 de este código. Artículo 195 bis.- Cuando por las circunstancias del hecho la posesión de alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización a que se refiere la Ley General de Salud, no pueda considerarse destinada a realizar alguna de las conductas a que se refiere el artículo 194, se aplicará pena de cuatro a siete años seis meses de prisión y de cincuenta a ciento cincuenta días multa. El Ministerio Público Federal no procederá penalmente por este delito en contra de la persona que posea: I. Medicamentos que contengan narcóticos, cuya venta al público se encuentre supeditada a requisitos especiales de adquisición, cuando por su naturaleza y cantidad dichos medicamentos sean los necesarios para el tratamiento de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder. II. Peyote u hongos alucinógenos, cuando por la cantidad y circunstancias del caso pueda presumirse que serán utilizados en las ceremonias, usos y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas, así reconocidos por sus autoridades propias. Para efectos de este capítulo se entiende por posesión: la tenencia material de narcóticos o cuando éstos están dentro del radio de acción y disponibilidad de la persona. La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento. Artículo 196.- Las penas que en su caso resulten aplicables por los delitos previstos en el artículo 194 serán aumentadas en una mitad, cuando: I.- Se cometa por servidores públicos encargados de prevenir,

denunciar, investigar o juzgar la comisión de los delitos contra la salud o por un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo. En este caso, se impondrá, a dichos servidores públicos, además, suspensión para desempeñar cargo o comisión en el servicio público, hasta por cinco años, o destitución, e inhabilitación hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta. Si se trata de un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en cualquiera de las situaciones mencionadas se le impondrá, además la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca, y se le inhabilitará hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta, para desempeñar cargo o comisión públicos en su caso; II.- La víctima fuere menor de edad o incapacitada para comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente III.- Se utilice a menores de edad o incapaces para cometer cualesquiera de esos delitos; IV.- Se cometa en centros educativos, asistenciales, policiales o de reclusión, o en sus inmediaciones con quienes a ellos acudan; V.- La conducta sea realizada por profesionistas, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud en cualesquiera de sus ramas y se valgan de esa situación para cometerlos. En este caso se impondrá, además, suspensión de derechos o funciones para el ejercicio profesional u oficio hasta por cinco años e inhabilitación hasta por un tiempo equivalente al de la prisión impuesta; VI.- El agente determine a otra persona a cometer algún delito de los previstos en el artículo 194, aprovechando el ascendiente familiar o moral o la autoridad o jerarquía que tenga sobre ella; y VII.- Se trate del propietario poseedor, arrendatario o usufructuario de un establecimiento de cualquier naturaleza y lo empleare o para realizar algunos de los delitos previstos en este capítulo o permitiere su realización por terceros. En este caso además, se clausurará en definitiva el establecimiento. Artículo 196 Ter.- Se impondrán de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos días multa, así como decomiso de los instrumentos, objetos y productos del delito, al que desvíe o por cualquier medio contribuya a desviar precursores químicos, productos químicos esenciales o máquinas, al cultivo, extracción, producción, preparación o acondicionamiento de narcóticos en cualquier forma prohibida por la ley. La misma pena de prisión y multa, así como la inhabilitación para ocupar

cualquier empleo, cargo o comisión públicos hasta por cinco años, se impondrá al servidor público que, en ejercicio de sus funciones, permita o autorice cualquiera de las conductas comprendidas en este artículo.

Son precursores químicos, productos químicos esenciales y máquinas los definidos en la ley de la materia. Artículo 197.- Al que, sin mediar prescripción de médico legalmente autorizado, administre a otra persona, sea por inyección, inhalación, ingestión o por cualquier otro medio, algún narcótico a que se refiere el artículo 193, se le impondrá de tres a nueve años de prisión y de sesenta a ciento ochenta días multa, cualquiera que fuera la cantidad administrada. Las penas se aumentarán hasta una mitad más si la víctima fuere menor de edad o incapaz comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente. Al que indebidamente suministre gratis o prescriba a un tercero, mayor de edad, algún narcótico mencionado en el artículo 193, para su uso personal e inmediato, se le impondrá de dos a seis años de prisión y de cuarenta a ciento veinte días multa. Si quien lo adquiere es menor de edad o incapaz, las penas se aumentarán hasta una mitad. Las mismas penas del párrafo anterior se impondrán al que induzca o auxilie a otro para que consuma cualesquiera de los narcóticos señalados en el artículo 193. Artículo 198.- Al que dedicándose como actividad principal a las labores propias del campo, siembre, cultivo o coseche plantas de marihuana, amapola, hongos alucinógenos, peyote o cualquier otro vegetal que produzca efectos similares, por cuenta propia, o con financiamiento de terceros, cuando en él concurren escasa instrucción y extrema necesidad económica, se le impondrá prisión de uno a seis años. Igual pena se impondrá al que en un predio de su propiedad, tenencia o posesión, consienta la siembra, el cultivo o la cosecha de dichas plantas en circunstancias similares a la hipótesis anterior. Si en las conductas descritas en los dos párrafos anteriores no concurren las circunstancias que en ellos se precisan, la pena será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el artículo 194, siempre y cuando la siembra, cultivo o cosecha se hagan con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en las fracciones I y II de dicho artículo. Si falta esa finalidad, la pena será de dos a ocho años de prisión. Si el delito fuere cometido por servidor público de alguna

corporación policial, se le impondrá, además la destitución del empleo, cargo o comisión públicos y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar otro, y si el delito lo cometiere un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo, se le impondrá, además de la pena de prisión señalada, la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar cargo o comisión públicos. La siembra, cultivo o cosecha de plantas de marihuana no será punible cuando estas actividades se lleven a cabo con fines médicos y científicos en los términos y condiciones de la autorización que para tal efecto emita el Ejecutivo Federal.

Artículo 199.- El Ministerio Público o la autoridad judicial del conocimiento, tan pronto conozca que una persona relacionada con algún procedimiento por los delitos previstos en los artículos 195 o 195 bis, es farmacodependiente, deberá informar de inmediato y, en su caso, dar intervención a las autoridades sanitarias competentes, para los efectos del tratamiento que corresponda. En todo centro de reclusión se prestarán servicios de rehabilitación al farmacodependiente. Para el otorgamiento de la condena condicional o del beneficio de la libertad preparatoria, cuando procedan, no se considerará como antecedente de mala conducta el relativo a la farmacodependencia, pero sí se exigirá en todo caso que el sentenciado se someta al tratamiento médico correspondiente para su rehabilitación, bajo vigilancia de la autoridad ejecutora.

Artículo 400.- Se aplicará prisión de tres meses a tres años y de quince a sesenta días multa, al que: I.- Con ánimo de lucro, después de la ejecución del delito y sin haber participado en éste, adquiera, reciba u oculte el producto de aquél a sabiendas de esta circunstancia. Si el que recibió la cosa en venta, prenda o bajo cualquier concepto, no tuvo conocimiento de la procedencia ilícita de aquélla, por no haber tomado las precauciones indispensables para asegurarse de que la persona de quien la recibió tenía derecho para disponer de ella, la pena se disminuirá hasta en una mitad; II.- Preste auxilio o cooperación de cualquier especie al autor de un delito, con conocimiento de esta circunstancia, por acuerdo posterior a la ejecución del citado delito; III.- Oculte o favorezca el ocultamiento del responsable de un delito, los efectos, objetos o instrumentos del mismo o impida que se averigüe; IV.

Requerido por las autoridades, no dé auxilio para la investigación de los delitos o para la persecución de los delincuentes; V. No procure, por los medios lícitos que tenga a su alcance y sin riesgo para su persona, impedir la consumación de los delitos que sabe van a cometerse o se están cometiendo, salvo que tenga obligación de afrontar el riesgo, en cuyo caso se estará a lo previsto en este artículo o en otras normas aplicables; VI. Altere, modifique o perturbe ilícitamente el lugar, huellas o vestigios del hecho delictivo, y VII. Desvíe u obstaculice la investigación del hecho delictivo de que se trate o favorezca que el inculpado se sustraiga a la acción de la justicia. No se aplicará la pena prevista en este artículo en los casos de las fracciones III, en lo referente al ocultamiento del infractor, y IV, cuando se trate de: a) Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines; b) El cónyuge, la concubina, el concubinario y parientes colaterales por consanguinidad hasta el cuarto grado, y por afinidad hasta el segundo; y c) Los que estén ligados con el delincuente por amor, respeto, gratitud o estrecha amistad derivados de motivos nobles. El juez, teniendo en cuenta la naturaleza de la acción, las circunstancias personales del acusado y las demás que señala el artículo 52, podrá imponer en los casos de encubrimiento a que se refieren las fracciones I, párrafo primero y II a IV de este artículo, en lugar de las sanciones señaladas, hasta las dos terceras partes de las que correspondería al autor del delito; debiendo hacer constar en la sentencia las razones en que se funda para aplicar la sanción que autoriza este párrafo. Artículo 400 Bis. Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de mil a cinco mil días multa al que, por sí o por interpósita persona realice cualquiera de las siguientes conductas: I. Adquiera, enajene, administre, custodie, posea, cambie, convierta, deposite, retire, dé o reciba por cualquier motivo, invierta, traspase, transporte o transfiera, dentro del territorio nacional, de éste hacia el extranjero o a la inversa, recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita, o II. Oculte, encubra o pretenda ocultar o encubrir la naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento, propiedad o titularidad de recursos, derechos o bienes, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita. Para efectos de este

Capítulo, se entenderá que son producto de una actividad ilícita, los recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando existan indicios fundados o certeza de que provienen directa o indirectamente, o representan las ganancias derivadas de la comisión de algún delito y no pueda acreditarse su legítima procedencia. En caso de conductas previstas en este Capítulo, en las que se utilicen servicios de instituciones que integran el sistema financiero, para proceder penalmente se requerirá la denuncia previa de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Cuando la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en ejercicio de sus facultades de fiscalización, encuentre elementos que permitan presumir la comisión de alguno de los delitos referidos en este Capítulo, deberá ejercer respecto de los mismos las facultades de comprobación que le confieren las leyes y denunciar los hechos que probablemente puedan constituir dichos ilícitos.

Ley Monetaria

Artículo 8º.- La moneda extranjera no tendrá curso legal en la República, salvo en los casos en que la Ley expresamente determine otra cosa. Las obligaciones de pago en moneda extranjera contraídas dentro o fuera de la República para ser cumplidas en ésta, se solventarán entregando el equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio que rijan en el lugar y fecha en que se haga el pago. Este tipo de cambio se determinará conforme a las disposiciones que para esos efectos expida el Banco de México en los términos de su Ley Orgánica. Los pagos en moneda extranjera originados en situaciones o transferencias de fondos desde el exterior, que se lleven a cabo a través del Banco de México o de Instituciones de Crédito, deberán ser cumplidos entregando la moneda, objeto de dicha transferencia o situación. Ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de Control de Cambios en vigor. Las obligaciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo, originadas en depósitos bancarios irregulares constituidos en moneda extranjera, se solventarán conforme a lo previsto en dicho párrafo, a menos que el deudor se haya obligado en forma expresa a efectuar el pago precisamente en moneda extranjera, en cuyo caso

deberá entregar esta moneda. Esta última forma de pago sólo podrá establecerse en los casos en que las autoridades bancarias competentes lo autoricen, mediante reglas de carácter general que deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación; ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de control de cambios en vigor.

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 14 de Junio de 2022, con el número CNSF-S0082-0272-2022/CONDUSEF-006007-01

Para cualquier aclaración, reclamación o duda no resuelta le sugerimos ponerse en contacto con **la Unidad de Atención Especializada (UNE)** de Zurich, ubicada en Toreo Parque Central. Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 5, Torre B, Piso 20, Col. Lomas de Sotelo, Naucalpan de Juárez, Estado de México C.P. 53390; comunicarse a los teléfonos 55 52 84 11 03 o lada sin costo 800 0800 009 en un horario de 9:00 am- 2:00 pm o bien al correo electrónico de unidad.especializada@mx.zurich.com en donde estaremos atendiendo de lunes a jueves de 9:00 A 17:30 y viernes de 9:00 a 15:00 hrs.

También puede contactar a la Comisión Nacional para la protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (**CONDUSEF**), Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, C.P. 03100, Ciudad de México. Teléfonos: 5340-0999 o 800-999-8080, correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx, página de internet: www.condusef.gob.mx.

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.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 Ángel 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 Hospital Santa Mónica Hospital Santa Teresa Hospital Medica Integra</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 <u>Baja California Nte.</u> Centro Medico Exel Centro Medico Florence Hospital México-Americano Sanatorio del Carmen Hospital velmar <u>Baja California Sur.</u> Central de Especialidades Medicas Centro Medico Cabo San Lucas Clínica de Especialidades Amerimed</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 <u>Nuevo Leon</u> Cristhus Muguerza Sur Cristhus Muguerza Mty Clínica Vitro Clínica Sierra Madre Hospital Oca Hospital de Ginecología y Obstetricia <u>Quintana Roo</u> Hospital AMAT Hospital Americano Hospital Total Assist Hospital Galenia <u>Hidalgo</u></p> |
| <p><u>Estado de México</u> Centro Quirúrgico Satélite Hospital San José Satélite Sanatorio Santa Cruz Toluca Multimedica Norte</p> | <p><u>Querétaro</u> Hospital de la Santa Cruz Hospital San José de Querétaro Hospital San José de Querétaro Norte Hospital Santiago</p> | |

| | | |
|--|---|---|
| <p>Hospital Cd. Satélite Hospital San Rafael Sanatorio Florecia</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>Hospital San José de San Juan del Río</p> <p><u>Guerrero</u> Starmedica del Pacifico</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>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 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 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</p> | <p><u>Jalisco</u> Hospital Bernardette 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></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</p> <p>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>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 Cemsi Sanatorio San Francisco de Asis</p> | <p>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 Licon)</p> | <p>Aguascalientes Central Medico del Bajío</p> <p>Español Silao Sanatorio Moderno Pablo de Anda</p> |
|--|---|---|

“En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 14 de Junio de 2022, con el número CNSF-S0082-0272-2022/CONDUSEF-006007-01