ZURICH

vida

una buena idea para vivir

seguro de gastos médicos mayores

programa de control de costos tradicional (PCT)

condiciones generales

seguro de gastos médicos mayores

programa de control de costos tradicional (PCT)

condiciones generales

Índice

1.
Definiciones 6

1.1 Contratante 6
1.2 Asegurado titular 6
1.3 Dependientes económicos 6
1.4 Accidente 6
1.5 Enfermedad 6
1.6 Padecimiento congénito 7
1.7 Padecimiento preexistente 7
1.8 Emergencia médica 7
1.9 Suma asegurada 7
1.10 Evento 7
1.11 Deducible 8
1.12 Coaseguro 8
1.13 Límite del coaseguro 9
1.14 Período máximo de beneficio 9
1.15 Reinstalación de suma asegurada 9
1.16 Prescripción 9
1.17 Honorarios médicos 9
1.18 Hospitalización 10
1.19 Gasto médico razonable y acostumbrado 10
1.20 Período al descubierto 10
1.21 Programación de cirugía 11
1.22 Segunda opinión médica 11

2.
Condiciones Generales 12

2.1 Objeto del seguro 12
2.2 Contrato 12
2.3 Vigencia 12
2.4 Renovación 12
2.5 Modificaciones y notificaciones 12
2.6 Omisiones o inexactas declaraciones 13
2.7 Moneda 13
2.8 Competencia 13

2.9 Terminación del seguro 14
2.10 Subrogación de derechos 14
2.11 Tipo de cambio 15
2.12 Primacía 15

3.
Primas 16

3.1 Primas 16
3.2 Forma de pago 16
3.3 Período de gracia 16
3.4 Rehabilitación 17

4.
Indemnizaciones.....18

4.1 Procedimiento en caso de siniestro y pago de indemnización.....18
4.2 Sistema de pago directo 20
4.3 Sistema de reembolso 23
4.4 Otros seguros 24
4.5 Indemnización por mora 24
4.6 Edad 24
4.7 Deducciones.....25

5.
Movimientos en la colectividad asegurada 26

5.1 Edades de elegibilidad 26
5.2 Registro de asegurados.....26
5.3 Bajas.....26

6.
Cláusulas adicionales para pólizas colectivas 27

6.1 Tipos de grupo o colectividad asegurable.....27
6.2 Altas de asegurados.....28
6.3 Bajas de asegurados 28
6.4 Obligación de asegurar 28
6.5 Derecho de los asegurados que contribuyan al pago de la prima.....29

7.
Gastos médicos cubiertos 30

8.
Exclusiones.....34

9.
Gastos médicos cubiertos con período de espera.....40

10.
Programa de control de costos cerrado (PCT) 41

11.
Procedimientos de trasplantes.....50

11.1 Trasplantes cubiertos bajo este contrato.....51
11.2 Limitaciones y exclusiones.....52
11.3 Definiciones.....53

1.
Definiciones

1.1
Contratante
Es la persona física o moral responsable ante la Compañía de pagar la prima del seguro en su totalidad.

1.2
Asegurado titular
Es la persona que, siendo directamente miembro de la colectividad asegurada, firma como responsable, ya sea en la solicitud o en el consentimiento.

1.3
Dependientes económicos
Se entenderá por dependientes económicos al cónyuge del titular y los hijos hasta los 18 años, o bien hasta los 25 años de edad, siempre y cuando sean solteros, estudiantes y no tengan remuneración alguna por trabajo personal.

1.4
Accidente
Se entenderá por accidente, toda lesión corporal sufrida involuntariamente por el Asegurado, por la acción súbita, fortuita y/o violenta de una fuerza externa.

1.5
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 merecen 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.

1.6
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, aunque algunos se hagan evidentes ya sea al momento del nacimiento, después del nacimiento o después de varios años.

1.7
Padecimiento preexistente
Es aquel que:
a)
Sus síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia de la póliza.
b)
Se haya integrado un diagnóstico médico previo al inicio de vigencia, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido.
c)
Sus síntomas y/o signos son aparentes a la vista o que no pudieron pasar desapercibidos.

1.8
Emergencia 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 24 horas de ocurrido dicho padecimiento o accidente.

1.9
Suma asegurada
Es el límite máximo de responsabilidad de la Compañía por cada Asegurado y que se reembolsará por uno o más accidentes 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.

1.10
Evento
Cada uno de los accidentes o enfermedades amparadas por esta póliza.

1.11
Deducible

Es la cantidad fija establecida en la carátula de la póliza, que será cubierta por el Asegurado. A partir de esta cantidad la Compañía cubrirá los gastos de las enfermedades cubiertas reclamadas. Este desembolso se hará en forma anual o por evento.

Existen dos tipos de deducible:

a)
Deducible anual

Este desembolso se hará en forma anual, por cada año de vigencia de la póliza, independientemente del número de reclamaciones que se presenten durante el año.

b)
Deducible por evento

Este desembolso se hará por cada reclamación que se presente en la vigencia contratada.

En caso de existir gastos y tratamientos en el **territorio nacional** o en el **extranjero** se pagará el deducible correspondiente a cada territorio.

En caso de accidente no se aplicará el pago de deducible.

1.12
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 podrá manejar en forma anual o por evento de acuerdo con la forma anual o por evento del deducible. Dicho porcentaje queda indicado en la carátula de la póliza.

En caso de existir gastos y tratamientos en el **territorio nacional** o en el **extranjero** se pagará el coaseguro correspondiente a cada territorio.

En caso de accidente no se aplicará el coaseguro.

1.13
Límite del coaseguro
Monto límite sobre el cual se aplicará el coaseguro para cada enfermedad cubierta. Dicho monto está indicado en la carátula de la póliza.

1.14
Período máximo de beneficio
Es el plazo de dos años contados a partir de la fecha de erogación del primer gasto médico, por cada accidente o enfermedad cubierto o hasta el momento en que la suma asegurada se agote, lo que ocurra primero. Se considera que los gastos médicos ocurren en la fecha en que se recibe el servicio médico o se efectúa la compra de los medicamentos o material médico necesario.

1.15
Reinstalación de suma asegurada
La suma asegurada básica para cada Asegurado se reinstalará automáticamente en caso de que por algún padecimiento, accidente o enfermedad cubierto llegase a agotarse la misma para cubrir nuevos accidentes o enfermedades hasta por otro tanto de la suma asegurada contratada.

1.16
Prescripción
Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de perito o por la iniciación del procedimiento señalado en el artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

1.17
Honorarios médicos
Es aquella remuneración que obtiene el profesionista médico legalmente reconocido por los servicios que presta a los Asegurados.

1.18
Hospitalización
Para efectos de esta póliza, es la estancia continua en un hospital o sanatorio, siempre y cuando se haya comprobado y justificado para el padecimiento. Dicho período empezará a correr en el momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.

1.19
Gasto médico razonable y acostumbrado
El pago de la reclamación se efectuará, de acuerdo al costo razonable y acostumbrado del tratamiento o intervención que se realice, de acuerdo al tabulador de honorarios médicos del país donde se recibió la atención médica.

En relación al pago de honorarios médicos por atención en el extranjero, estos se efectuarán en base al costo razonable y acostumbrado del tratamiento o intervención que se realice de acuerdo al tabulador del país donde recibió la atención médica.

En relación al pago de honorarios médicos por atención en la República Mexicana, estos se efectuarán en base al costo razonable y acostumbrado del tratamiento o intervención que se realice de acuerdo al tabulador en donde recibió la atención médica.

En caso de no existir el costo razonable y acostumbrado, los pagos se efectuarán en base al catálogo de médicos en convenio con la Compañía de los hospitales de mayor categoría en la plaza.

1.20
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.

1.21
Programación de cirugía

Beneficio mediante el cual el Asegurado recibe previo a su intervención quirúrgica, tratamiento, hospitalización, cirugía ambulatoria y/o tratamiento médico, la autorización para el pago directo de los mismos (ver Programa de Control de Costos Tradicional).

1.22
Segunda opinión médica

En caso de que el médico tratante recomiende tratamiento quirúrgico, el Asegurado podrá pedir una segunda opinión médica. Los gastos erogados por este concepto quedarán cubiertos por la Compañía.

2.
Condiciones generales

2.1
Objeto del seguro

La Compañía reembolsará al Asegurado los gastos médicos incurridos que sean necesarios y acostumbrados, a consecuencia de una lesión corporal accidental o por tratamiento médico de una enfermedad, siempre y cuando no estén expresamente excluidos en este contrato.

Los beneficios amparados en esta póliza son los estipulados en estas condiciones generales.

2.2
Contrato

La presente póliza, la solicitud que el Asegurado ha firmado y entregado a la Compañía y las cláusulas adicionales o endosos adheridos a la póliza, constituyen la prueba del contrato del seguro.

2.3
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.

2.4
Renovación

Este seguro se considerará renovado por períodos de un año, si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada período alguna de las partes no da aviso a la otra por escrito de su voluntad de no renovarla.

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

2.5.
Modificaciones y notificaciones

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

2.6
Omisiones o inexactas declaraciones

El Contratante y Asegurados están obligados a declarar por escrito a la Compañía de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como lo 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 la Compañía 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).

2.7
Moneda

Todos los gastos relativos a este contrato, ya sea por parte del Asegurado o la Compañía serán en moneda nacional, conforme al artículo 8 de la Ley Monetaria en vigor.

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 de erogación de los mismos, dictado por el Banco de México y publicado en el Diario Oficial.

2.8
Competencia

En caso de controversia, el quejoso deberá ocurrir a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en sus oficinas centrales o en las de sus delegaciones regionales, en los términos del artículo 135 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y si dicho organismo no es designado árbitro, podrá el quejoso dirigirse a los tribunales competentes del domicilio de la Compañía.

2.9
Terminación del seguro
La póliza terminará automáticamente cuando se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

a)
El seguro correspondiente a cualquier Asegurado y su cónyuge cubierto terminará automáticamente en el aniversario de la póliza inmediato posterior a que éste cumpla la edad de ochenta años.

b)
El seguro correspondiente a los hijos dependientes del Asegurado terminará automáticamente en el aniversario de la póliza inmediato posterior a que estos cumplan la edad de dieciocho años, o en el caso de que sean estudiantes y no tengan un trabajo remunerado, en el aniversario de la póliza inmediato posterior a que cumplan veinticinco años de edad.

c)
Por falta de pago de la prima.

d)
Cuando el Asegurado principal pierda su calidad de miembro elegible del grupo o colectividad asegurable, los beneficios del seguro terminarán tanto para el Asegurado como para sus familiares.

e)
Cuando un dependiente económico pierda su calidad de tal. 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.

2.10
Subrogación de derechos
La Compañía 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 la Compañía 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, la Compañía quedará liberada de sus obligaciones.

2.11
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.

2.12
Primacía

Las condiciones particulares de los endosos tienen prelación en las condiciones generales, en lo que se contrapongan.

3.
Primas

3.1
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.

En caso de siniestro, la Compañía podrá deducir de la indemnización debida el total de la prima pendiente de pago o de la fracción de ésta no liquidada, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al período de seguro contratado.

Las primas vencidas se pagarán en las oficinas de la Compañía contra recibo oficial que otorgue la misma.

3.2
Forma de pago

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.

Si los Asegurados optan por el pago fraccionado de la prima, se aplicará a la misma la tasa de financiamiento por pago fraccionado de la prima pactada por las partes al momento de celebrar el contrato.

3.3
Período de gracia para el pago de primas

El contratante gozará de un período de espera de treinta días naturales para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones pactadas en el contrato. A las doce horas del último día del período de espera, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el contratante no ha cubierto el total de la prima o de la fracción pactada.

3.4
Rehabilitación

El contratante podrá rehabilitar su 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 Compañía 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.

La vigencia de la póliza correrá a partir de la fecha de pago, a menos que el contratante solicite que se mantenga la fecha de vigencia original. En tal caso se devolverá la prima correspondiente al período al descubierto.

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 la Compañía, para fines administrativos, en el recibo de pago correspondiente o en cualquier otro documento.

4.
Indemnizaciones

4.1
Procedimiento en caso de siniestro y pago de indemnización

1)
Es obligación del Asegurado dar aviso por escrito a la Compañía 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.

2)
En toda reclamación deberá comprobarse a la Compañía la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a la Compañía las formas de declaración correspondientes, 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 la Compañía juzgue necesario.

3)
La Compañía solo pagará 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 sanatorios y hospitales legalmente autorizados.

Previo a su intervención quirúrgica con hospitalización, cirugía ambulatoria y/o tratamiento médico, el Asegurado deberá recibir autorización de la Compañía para el pago de los mismos, mediante una carta pase, que sólo opera para los hospitales y/o médicos con los cuales la Compañía tiene convenio.

4)
La Compañía no hará ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia, asistencia social o cualesquiera otros semejantes en donde no se exige remuneración.

5)
Cuando la Compañía lo considere necesario y a su costa, los Asegurados convienen en someterse a examen médico ante el médico que designe la primera, ya sea antes o después del tratamiento o intervención quirúrgica. En caso contrario, esto será causa de rechazo de la reclamación.

6)
Asimismo, la Compañía podrá investigar y solicitar información a los médicos que hayan asistido a los Asegurados.

7)
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, la Compañía quedará completamente libre de toda obligación y el Asegurado perderá todo derecho a indemnización. Adicionalmente, el Asegurado y sus familiares, quedarán excluidos automáticamente de la póliza.

8)
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 la Compañía las pruebas de los derechos del reclamante y de los hechos que hagan procedente la aplicación de los beneficios contratados.

9)
Si el Asegurado se atiende con hospitales y médicos en convenio la Compañía pagará directamente al hospital o médico con convenio el importe de los gastos erogados de acuerdo a los límites y condiciones de esta póliza.

10)
Los Asegurados convienen y aceptan que el importe por concepto de los honorarios médico quirúrgicos serán liquidados de acuerdo al costo usual, razonable y acostumbrado por el tipo de tratamiento efectuado en el hospital o institución donde ocurra el evento.

11)
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 la Compañía reembolsará al familiar que demuestre fehacientemente que hizo el pago a nombre del Asegurado.

12)
La Compañía tendrá derecho siempre que lo juzgue conveniente de comprobar cualquier hecho o circunstancia relacionados con el siniestro, la reclamación o las pruebas aportadas.

4.2
Sistema de pago directo
Es el beneficio mediante el cual la Compañía liquidará directamente al hospital los gastos que procedan por motivo del padecimiento, accidente o enfermedad cubierto por la póliza. Para efectos de pago directo se requiere ser atendido en hospitales bajo convenio y que la póliza se encuentre pagada.

También se podrá otorgar pago directo para cubrir honorarios médicos, laboratorios y gabinetes bajo convenio.

• Este beneficio se otorgará bajo el siguiente procedimiento en el caso de:

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:

1.
Solicitar al médico tratante que requisite en su totalidad tanto el **informe médico** e historia clínica, como la **solicitud de internamiento programado.**

2.
Cuando el médico no pertenezca a la Red, es decir, cuando no sea médico afiliado a la Red Zurich, el Asegurado le solicitará un presupuesto de sus honorarios para presentar al Centro de Atención Zurich (CAZ).

3.
El Asegurado deberá llenar personalmente la forma **aviso de accidente o enfermedad.**

4.
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 Centro de Atención Zurich (CAZ), cuando menos 5 días naturales previos a la fecha programada para el internamiento.

Si procede la petición del Asegurado, el Centro de Atención Zurich (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 rechazo** en el cual se mencionarán los motivos del mismo.

B.
Hospitalización de urgencia, con estancia mayor a 24 horas.

C.
Hospitalización no programada, con estancia mayor a 24 horas.
Ambos casos 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), 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:

1.
Al llegar al hospital acudir al departamento de admisión e identificarse con su credencial vigente de Gastos Médicos de Zurich Vida Compañía de Seguros S.A., además de una credencial con fotografía.

2.
Verificar que el departamento de admisión haya reportado su ingreso al Centro de Atención Zurich (CAZ), para que éste lo ponga en contacto con el médico coordinador de plaza.

3.
Si la causa de ingreso es por cirugía nasal o senos paranasales, fracturas en general o cirugía mamaria, tenga a la mano los estudios radiológicos correspondientes.

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

D.
Estudios de diagnóstico de alta complejidad.

Si el Asegurado requiere algún estudio de diagnóstico de alta complejidad, deberá tramitar ante el Centro de Atención Zurich (CAZ) la autorización correspondiente por lo menos con 48 horas de anticipación a la realización de los estudios, incluyendo la siguiente documentación:

1.
Informe médico e historia clínica debidamente requisitado, indicando claramente el nombre y tipo de estudio que le será practicado.

2.
Copia por ambas caras de su credencial vigente de Gastos Médicos de Zurich Vida Compañía de Seguros, S.A.

3.
Copia fotostática de identificación oficial del Asegurado al que le será practicado el estudio.

4.
Aviso de accidente o enfermedad, llenado por el Asegurado.

Si la petición procede, el Centro de Atención Zurich (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.

4.3
Sistema de reembolso

Es el beneficio mediante el cual la Compañía 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:

- El servicio médico se hubiere proporcionado por médicos o en hospitales que no estuvieran en convenio con la Compañía.
- 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:

1.
Deberá recabar todos los comprobantes de gastos, tales como: honorarios médicos (señalando el concepto), 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, con los registros fiscales vigentes.

2.
Llenar debidamente el formato **aviso de accidente o enfermedad,** firmado por el Asegurado. Deberá presentarse un aviso por cada accidente o enfermedad.

3.
Pedir a cada uno de los médicos que lo atendieron que llenen debidamente el formato **informe médico** e historia clínica. Deberá presentarse un informe por cada médico.

4.
Anexar a los estudios de laboratorio y/o gabinete que le fueren practicados, cada uno de los resultados incluyendo su interpretación o diagnóstico.

5.
Zurich Vida Compañía de Seguros S.A., se reserva el derecho de solicitar cualquier información adicional que considere necesaria para evaluar adecuadamente la naturaleza del siniestro.

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.

4.4
Otros seguros
Si las coberturas aseguradas en esta póliza estuvieran amparadas en todo o en parte por otros seguros en esta u otras Compañías que cubran los mismos riesgos, en caso de reclamación las indemnizaciones pagaderas en total por todas las pólizas no excederán a los gastos reales incurridos, los que se liquidarán en proporción a la suma asegurada de cada póliza.

4.5
Indemnización por mora
En caso de que la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, 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 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

4.6
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 la Compañía, se aplicarán las siguientes reglas:

1.
Cuando a consecuencia de la inexacta declaración de edad, pagaré una prima menor de la que correspondería, por la edad real, la obligación de la Compañía se reducirá a la que con la prima pagada hubiere podido comprar de acuerdo a la edad real, en la fecha de celebración de contrato.

2.
Si a consecuencia de la inexacta declaración de edad se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Compañía estará obligada a reembolsar al Asegurado el 70% de la prima en exceso que hubiere pagado en el último año de vigencia de la póliza.

4.7
Deducciones
Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización, siempre que el siniestro hubiese ocurrido en el período de gracia.

5.
Movimientos en la colectividad asegurada

5.1
Edades de elegibilidad

Tanto los Asegurados como los dependientes económicos podrán ser aceptados bajo este seguro si su edad a la fecha de ingreso a la póliza es menor de setenta años. Para las personas que se encuentren aseguradas bajo la presente póliza, el amparo otorgado por la misma en caso de renovaciones se extenderá hasta la fecha en que cumplan ochenta años de edad, quedando automáticamente excluidos en la siguiente renovación.

Los hijos dependientes económicos, podrán ser aceptados bajo este seguro si su edad a la fecha de ingreso es menor a los dieciocho años o veinticinco años de edad en el caso de que sean estudiantes y no tengan un trabajo remunerado.

5.2
Registro de asegurados

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

a)
En la fecha en que el Asegurado se dé de alta al seguro.

b)
En la fecha en que el Asegurado los reconoce como tales, dentro de un período máximo de 30 días, posteriores al evento que lo origina.

c)
El 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 la Compañía, la cual incluirá un certificado médico sobre el estado de salud del solicitante.

5.3
Bajas

Causarán baja de esta póliza las personas que hayan dejado de ser dependientes económicos. Los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación, excepto por siniestros que se encuentren dentro del período de beneficio.

6.
Cláusulas adicionales para pólizas colectivas

6.1
Tipos de grupo o colectividad asegurable

6.1.1
Grupo

a)
El 100% del personal de confianza o sindicalizado de un mismo patrón o empresa.
b)
Los sindicatos, uniones o agrupaciones de trabajadores de servicio activo y sus secciones o grupos.
c)
Las agrupaciones legalmente constituidas y que por la clase de trabajo u ocupación de sus miembros constituyan grupos asegurables.

Podrán adquirir el Seguro de Grupo de Gastos Médicos Mayores todos aquellos grupos asegurables en los que participe al menos el 75% de todos los miembros que lo forman con un mínimo de 25 Asegurados titulares.

6.1.2
Colectivo
Podrán adquirir el Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores todos aquellos sectores bien definidos de colectividades asegurables en los que participe el 100% de los miembros que lo integran, siempre que dicho sector represente por lo menos 30% de la colectividad total asegurable, con un mínimo de 25 Asegurados titulares independientemente de que sean o no contributorios.

También podrán clasificarse como colectivos aquellos grupos asegurables en los que participe el 100% de los miembros que lo forman con un mínimo de 10 Asegurados titulares.

6.2
Alta de asegurados

La Compañía, mientras se encuentre en vigor esta póliza, incluirá a las personas que se integren a la colectividad o grupo asegurable y que cumplan con los requisitos de asegurabilidad que está facultada para solicitar, para lo cual será requisito indispensable la solicitud por escrito del Asegurado titular y/o Contratante. El incumplimiento de esta solicitud traerá como consecuencia que la Compañía, en caso de siniestro, sólo cubra a los Asegurados de los que tenga conocimiento.

6.3
Baja de asegurados

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

6.4
Obligación de asegurar

El Contratante se obliga a solicitar el seguro para todas aquellas personas que en el momento de expedición de la póliza reúnan las características necesarias para formar parte del grupo o colectividad asegurable. Asimismo, se obliga a solicitar el seguro en los términos de esta póliza para todas las personas que con posterioridad llegaren a reunir dichas características, dentro de los 30 días siguientes a que las reúnan.

El incumplimiento de esta obligación por parte del Contratante, facultará a la Compañía a dar por terminado este seguro, mediante aviso por escrito al Contratante, comunicado con 30 días de anticipación.

En el caso de que la participación del seguro sea voluntaria para cada Asegurado, la inscripción de las personas deberá ser en los primeros 30 días de vigencia de la póliza.

6.5
Derecho de los asegurados que contribuyan al pago de la prima

Cuando los miembros de la colectividad asegurada contribuyan al pago de la prima, la participación en las utilidades, si las hubiere, se entregarán al Contratante haciendo referencia de la parte proporcional que le corresponda a cada Asegurado. Será obligación del Contratante entregar dichas cantidades a los miembros del grupo o colectividad.

7.
Gastos médicos cubiertos

Se entenderá por gastos médicos cubiertos aquellos que efectúe el Asegurado por servicios y/o materiales médicos requeridos para la atención de cualquier accidente o enfermedad cubierta que, por indicación de un médico o cirujano autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión sean necesarios para el tratamiento del Asegurado.

Los gastos a ser reembolsados deben ser por concepto de tratamiento, servicios y medicamentos ordenados por un médico autorizado para ejercer su profesión. En ningún caso serán reconocidos como gastos cubiertos aquellos que no sean razonablemente necesarios para la recuperación de la salud del Asegurado, o que sean cargados por personas o instituciones que por su naturaleza o relación con el Asegurado no acostumbren o deban hacer tales cargos. Tampoco se pagará gasto alguno en exceso de la cantidad que usualmente se cobra por el servicio o medicamento de que se trate. Se considera que un gasto cubierto está incurrido en la fecha de suministro del servicio o de la compra de medicinas.

Los gastos médicos cubiertos son:

1.
Habitación y alimentos, suministrados por un hospital de acuerdo a lo estipulado en la carátula de la póliza.

2.
Cama extra para un acompañante del Asegurado solamente para la cobertura en el territorio nacional.

3.
Pago de honorarios por intervención quirúrgica de cirujanos.

4.
Los honorarios de anestesista, primer ayudante y segundo ayudante, cuando sea necesario, hasta por un 30%, 20%, y 10% de los honorarios del cirujano respectivamente.

5.
Gastos erogados debido a la solicitud por el Asegurado de una segunda opinión médica, en caso de que el médico tratante recomiende tratamiento quirúrgico.

6.
Para la cobertura en el territorio nacional: visitas y consultas médicas en el hospital, consultorio, o en el domicilio del Asegurado limitado a diez consultas anuales durante la vigencia del presente contrato aquellas que se requieran adicionalmente de acuerdo al padecimiento serán con previa autorización del médico designado por la Compañía.

Para el plan internacional la consulta a especialista será reconocida siempre y cuando dicha consulta haya sido ordenada por anticipado por el médico de cabecera.

7.
Terapia radioactiva y quimioterapia, (fisioterapia) y otros semejantes excluyendo los demás de carácter psicológico o psiquiátrico.

8.
Medicamentos consumidos por el Asegurado en el hospital y los adquiridos fuera de él, siempre que sean prescritos por los médicos tratantes y se presente la nota de la farmacia acompañada de la receta médica correspondiente.

9.
Exámenes de alergias.

10.
Servicio de ambulancia terrestre dentro del territorio nacional por cualquier urgencia médica y facilidades quirúrgicas ambulatorias hasta el límite máximo estipulado en la póliza.

11.
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. Queda excluida la reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes a la fecha del accidente o enfermedad.

12.
Trasplante de órganos, de acuerdo a las condiciones especificadas en la **Sección 11 Trasplantes de órganos** y hasta el límite fijado en la carátula de la póliza.

13.
Gastos originados de las siguientes complicaciones del embarazo y parto de la Asegurada Titular o cónyuge:

a)
Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos.
b)
Los estados de fiebre puerperal.
c)
Los estados de eclampsia y toxicosis gravídica.
d)
Mola hidatiforme (embarazo molar).

Cualquier otra complicación del embarazo no mencionada en este inciso no quedará cubierta.

14.
Servicios generales de enfermería dentro del hospital. De requerirse este tipo de servicios fuera del hospital, éstos se encontrarán cubiertos hasta por el límite establecido en la póliza.

15.
Inhaloterapia en caso de estar incluida en los gastos hospitalarios; terapia ocupacional y física cuando sea suministrada por un hospital.

16.
Transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros hemodiálisis y otras substancias semejantes.

17.
Sala de operaciones, de terapia intensiva o intermedia, de terapia coronaria, de recuperación o de curaciones, limitado a lo estipulado en la carátula de la póliza.

18.
Análisis de laboratorio y patología, diagnóstico de rayos X, electrocardiogramas, isótopos radioactivos, electroencefalogramas, exámenes de diagnóstico, de gabinete o de cualesquiera otros indispensables para el tratamiento y diagnóstico de un accidente o enfermedad cubierto.

19.
Gastos originados por consumo de oxígeno, aplicación de soluciones intravenosas e inyecciones.

20.
Enfermedades y anomalías congénitas de los Asegurados nacidos dentro de la vigencia de la póliza, hasta el límite máximo estipulado en la carátula de la póliza.

21.
Maternidad para titulares y esposas de titulares limitado a parto normal u operación cesárea, hasta el límite máximo estipulado en la póliza y atención a recién nacidos con período de espera de 10 meses.

22.
Cirugía ortopédica, de acuerdo a lo estipulado en la carátula de la póliza.

23.
Aparato para el funcionamiento artificial del corazón y riñones.

24.
Servicio de cuarto de emergencia dentro de las 72 horas después de haber ocurrido un accidente o emergencia médica.

25.
Tratamientos médicos o quirúrgicos por padecimientos de los Asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando se haya notificado a la Compañía sobre el nacimiento, a más tardar a los 30 días de ocurrido el hecho. Quedarán cubiertos los gastos que se eroguen a partir del nacimiento del nuevo Asegurado.

26.
Cuando efectuado un procedimiento quirúrgico, otro sea necesario incidentalmente y deba ser practicado a través de la misma incisión, o en el mismo orificio natural del cuerpo, o en el mismo campo operatorio, el pago será únicamente por el procedimiento mayor.

Cuando ocurran dos cirugías en un mismo tiempo quirúrgico y diferente área anatómica, la segunda se pagará al 50% de su costo habitual.

27.
Tratamientos médicos o quirúrgicos por padecimientos de carácter reconstructivo, no estético, que resulten indispensables a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto.

28.
Se cubren accidentes 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, y en el trayecto más corto de la empresa al domicilio particular del Asegurado Titular.

En caso de existir una póliza de responsabilidad civil, lo anterior estará sujeto a una coordinación de beneficios con dicha póliza.

• El Asegurado sufra lesiones bajo el influjo de bebidas alcohólicas siempre y cuando el Asegurado no sea el causante del accidente y esto haya sido determinado por el Ministerio Público.

29.
Honorarios de médicos quiroprácticos que cuenten con cédula profesional, siempre y cuando sean recomendados por el médico tratante.

30.
Se cubre asalto como accidente, siempre y cuando el Asegurado no sea el asaltante.

8.
Exclusiones

1.
Padecimientos preexistentes.

2.
Tratamientos y padecimientos que resulten a consecuencia de alcoholismo o toxicomanía.

3.
Lesiones que ocurran cuando el Asegurado esté bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas, enervantes, estimulantes o similares que no hayan sido prescritos por un médico y que no aparezcan como cubiertas en esta póliza.

4.
Tratamientos originados por trastornos de la conducta y el aprendizaje, así como por enajenación mental, estado de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis; en general cualquier tratamiento psicológico, psíquico o psiquiátrico.

5.
Tratamientos dentales, alveolares o gingivales excepto cuando sean a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza.

6.
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.

7.
Tratamientos o intervenciones quirúrgicas para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratotomía radiada, queratomileusis y epiqueratofaquia.

8.
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 o en vías de experimentación.

9.
Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en un sanatorio u hospital, salvo cama extra en el plan nacional.

10.
Lesiones sufridas por el Asegurado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, revolución y rebelión.

11.
Suicidio, lesiones o mutilaciones originadas por el intento del mismo Asegurado, aún cuando se cometan en estado de enajenación mental.

12.
Lesiones originadas por riñas o actos delictivos intencionales y sus consecuencias, en que participe directamente el Asegurado.

13.
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, en vehículos de cualquier tipo.

14.
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.

15.
Tratamientos que requiera el Asegurado afectado por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el síndrome completo relativo al SIDA (SCRS) y todas las enfermedades causadas por o relacionadas con el virus HIV.

16.
Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur u ocasional de deportes peligrosos como: esquí, deportes aéreos, buceo, charrería, cacería, hockey, equitación, go-karts, alpinismo, montañismo, motociclismo terrestre o acuático, espeleología, rapel, tauromaquia, box, lucha libre, lucha greco romana y artes marciales.

17.
Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.

18.
Afecciones propias del embarazo y del parto, abortos y toda complicación del embarazo, del parto o del puerperio que no se encuentre entre las cubiertas por esta póliza.

19.
Legrado uterino cualquiera que sea su causa.

20.
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.

21.
Aparatos auditivos, lentes intraoculares, lentes de contacto y anteojos.

22.
Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir la calvicie, la reducción de peso o la obesidad y delgadez sin causa orgánica.

23.
Tratamientos médicos o quirúrgicos por malformaciones y padecimientos congénitos y sus consecuencias, de Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza.

24.
Circuncisiones, cualquiera que sea su causa.

25.
Tratamiento quirúrgico de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus.

26.
Tratamientos médicos o quirúrgicos realizados por acupunturistas, naturistas y vegetarianos.

27.
Ambulancia aérea.

28.
Tratamientos experimentales para investigación o de un valor médico dudoso que será determinado por un médico autorizado para el ejercicio de su profesión. Ejemplos de tratamientos de esta categoría son: bio feedback, acupuntura, hipnosis, terapia y análisis de pelo.

29.
Tratamiento de cirugía para optar un cambio de sexo, o para mejorar o restaurar la función sexual, excepto en los casos en que dicho problema exista a consecuencia de alguna enfermedad orgánica o causada por algún accidente, en cuyo caso se cubre solo el primer tratamiento, excluyendo el reemplazo o injerto de prótesis del pene.

30.
Gastos por el tratamiento de problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome temporomandibular, desordenes 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 de la póliza.

31.
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.

32.
Cargos en conexión de los gastos del síndrome cerebral o cargos custoriales resultando en casos de senilidad o deterioro cerebral.

33.
Cualquier tratamiento médico o quirúrgico de hallux valgus o “juanetes”.

34.
Compra o renta de zapatos ortopédicos.

35.
Cargos de reconstrucción de las vías nasales excepto para corregirlas en los siguientes casos, en los que quedarán cubiertas con un período de espera de 12 meses:

a)
Un accidente que haya ocurrido 90 días antes de la cirugía.

b)
Remoción o tratamiento de cáncer en la nariz, sujeto a una segunda opinión médica.

c)
Infección crónica de sinusitis, sujeto a una segunda opinión médica.

36.
Lesiones resultantes de la terapia de rayos X, radioterapia, radium e isótopos, aplicada sin la disposición o la supervisión médica correspondiente.

37.
Todos los gastos efectuados en fechas posteriores al inicio del tratamiento que sean originados por la negligencia del propio paciente en perjuicio de su rehabilitación.

38.
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.

9.
Gastos médicos cubiertos con período de espera

Cuando se haya estado asegurado continuamente en esta Compañía 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 para cada caso:

1 año:

- Amigdalitis y adenoiditis
- Ginecomastia o mastoplastia

2 años:

- Padecimientos ginecológicos y de glándulas mamarias
- Vesícula biliar y vías biliares
- Litiasis renal incluyendo la litotripsia (Fragmentación de un cálculo según el límite de la carátula de la póliza el cual se aplicará para todo tratamiento médico o quirúrgico que de esto se derive)
- Diabetes mellitus
- Hipertensión arterial
- Padecimientos reumatológicos
- Padecimientos prostáticos
- 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 excoliosis

10.
Programa de control de costos tradicional (PCT)

Una persona asegurada deberá satisfacer los requisitos del Programa de Control de Costos Tradicional (en adelante nombrado PCT), para obtener:

1.
El máximo de los beneficios pagaderos bajo esta póliza en caso de reclamación.

2.
El máximo de los beneficios pagaderos bajo esta póliza por concepto de ciertos trasplantes.

3.
El pago de los beneficios que se estipulan en esta póliza por servicios de asistencia (tal como está definido este término en la póliza).

Si la persona asegurada no cumple adecuadamente con los requisitos del PCT, sus beneficios pagaderos bajo esta póliza serán:

a)
Sujetos a lo que se indica en la cláusula titulada **efectos sobre los beneficios,** en relación con el período de hospitalización y/o ciertos trasplantes.

b)
Denegados, tal como se indica en la cláusula titulada efectos sobre los beneficios, en relación con servicios de asistencia.

Los requisitos a satisfacer en este Programa de Control de Costos Tradicional son:

1.
Es responsabilidad del Asegurado el obtener la certificación requerida
En relación con cada uno y todos los servicios que requieran certificación, el Asegurado, o cualquier otra persona actuando en su nombre, **deberá notificar dicho servicio a la Compañía, con anticipación, por medio de una llamada telefónica al Centro de Atención Zurich (CAZ). El número de teléfono del Centro de Atención Zurich (CAZ) está indicado en la tarjeta de identificación de la persona asegurada.**

2.
La persona asegurada deberá obtener una certificación previa (a menos que se indique lo contrario en esta póliza), en relación con los siguientes servicios:

• Por servicios suministrados en territorio nacional (República Mexicana):

1.
Hospitalizaciones planificadas
El Asegurado, o cualquier otra persona actuando en su nombre, está obligada a ponerse en contacto con el Centro de Atención Zurich (CAZ), 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:

a)
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 la Compañía (siempre que esta comunicación sea hecha antes de que haya transcurrido el último de los día originalmente certificados), para obtener la certificación correspondiente a los días adicionales de ingreso. La Compañía revisará dicha solicitud conjuntamente con el médico de cabecera.

b)
Información concerniente a médicos, hospitales y proveedores que son miembros de la Red Zurich.

2.
Hospitalizaciones de emergencia
El Asegurado o cualquier otra persona actuando en su nombre, está obligado a ponerse en contacto con el Centro de Atención Zurich (CAZ), 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. Salvo caso fortuito o fuerza mayor.

3.
Trasplantes
La persona asegurada, o cualquier otra persona actuando en su nombre, está obligada a ponerse en contacto 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.
Centro de Atención Zurich (CAZ)
El Asegurado, o cualquier otra persona actuando en su nombre, está obligado a ponerse en contacto con el Centro de Atención Zurich (CAZ), tan pronto como sea posible, después que surja una situación que requiera cualesquiera de los servicios de asistencia cubiertos bajo esta póliza.

• Por servicios suministrados en territorio extranjero:

1.
Hospitalizaciones planificadas
El Asegurado, o cualquier otra persona actuando en su nombre, deberá comunicarse con el Centro de Atención Zurich (CAZ) por lo menos con 8 días de anticipación a la fecha de ingreso en un hospital en relación con una hospitalización planificada, con el objeto de obtener lo siguiente:

a)
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 el Asegurado se encuentra recluido, deberá ponerse en contacto con la Compañía (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. La Compañía revisará dicha solicitud conjuntamente con el médico de cabecera.

b)
Información concerniente a los hospitales que son miembros de **Zurich Managed Care Services,** a los que el paciente tendrá acceso en su calidad de persona asegurada bajo esta póliza, para atenciones en Estados Unidos de Norte América e información concerniente a los hospitales a utilizar en otros países.

2.
Hospitalizaciones de emergencia
El Asegurado, o cualquier otra persona actuando en su nombre, está obligado a ponerse en contacto con el Centro de Atención Zurich (CAZ), tan pronto como sea posible, pero a más tardar dentro de las 48 horas siguientes a la fecha en la que ingresó en un hospital en relación con una hospitalización de emergencia. Salvo caso fortuito o de fuerza mayor.

3.
Trasplantes
El Asegurado, o cualquier otra persona actuando en su nombre, está obligado a ponerse en contacto con el Centro de Atención Zurich (CAZ), inmediatamente después de haber sido identificada 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.
Centro de Atención Zurich (CAZ)
El Asegurado, o cualquier otra persona actuando en su nombre, está obligado a ponerse en contacto con el Centro de Atención Zurich (CAZ), tan pronto como sea posible, después que surja una situación que requiera cualesquiera de los servicios de asistencia cubiertos bajo esta póliza.

Efectos sobre los beneficios

Estando sujeto a todas las disposiciones de esta póliza, si una persona asegurada satisface adecuadamente los requisitos del Programa de Control de Costos Tradicional en relación con hospitalizaciones, trasplantes, y servicios de asistencia cubiertos bajo esta póliza, la Compañía pagará los beneficios correspondientes a los gastos cubiertos incurridos dentro de la República Mexicana y territorio extranjero de acuerdo a las condiciones establecidas en la póliza y cualquier endoso de la misma.

Cuando el Asegurado no cumpla con los requisitos del PCT tal como se describieron anteriormente, el asegurado se beneficiará con la siguiente **modificación de deducible y coaseguro:**

1.
Siempre que el monto de la reclamación sea superior al deducible contratado se eliminará la cantidad de:

- Si la póliza tiene un deducible menor o igual a $ 2,000.00 pesos ó 200 SMM o USD $ 200.00 y un coaseguro menor o igual al 10%, se eliminarán ambos.
- Si el deducible contratado es superior a $ 2,000.00 pesos ó 200 SMM o USD $ 200.00 el deducible es reducido en esta cantidad.
- Si el coaseguro contratado es superior a un 10%, el coaseguro a aplicar será la diferencia entre el coaseguro contratado y 10 puntos porcentuales.

Esta modificación de deducible y coaseguro no operará en el caso que:

A)
En relación con hospitalizaciones territorio extranjero:

1.
El Asegurado no obtenga la certificación requerida en relación con dicha hospitalización (incluyendo los días adicionales de estancia en el hospital);

2.
El Asegurado utilice proveedores no participantes en lugar de proveedores participantes que sean miembros de la red de servicios **Zurich Managed Care Services** en Estados Unidos de América o los referidos por el Centro de Atención Zurich (CAZ) para otros países.

B)
En relación con hospitalizaciones dentro de la República Mexicana:

1.
El Asegurado no obtenga la certificación requerida en relación con dicha hospitalización (incluyendo los días adicionales de estancia en el hospital).

2.
El Asegurado utilice proveedores no participantes en lugar de médicos y proveedores participantes que sean miembros de la red de servicios Zurich.

2.
En relación con trasplantes cubiertos bajo esta póliza, la modificación de deducible y coaseguro no operará en el caso que:

A)
En relación con procedimientos de trasplantes efectuados en territorio extranjero:
1.
El Asegurado no obtenga la certificación requerida en relación con cada uno de dichos procedimientos.

2.
El Asegurado seleccione a un proveedor no participante sin la previa autorización del administrador personal de casos médicos que le fue asignado.

3.
El Asegurado no utilice la asistencia, los servicios y/o la coordinación proporcionada por el Centro de Atención Zurich (CAZ).

B)
En relación con procedimientos de trasplantes efectuados dentro de la República Mexicana, el Asegurado:

1.
No obtenga la certificación requerida en relación con cada uno de dichos procedimientos.

2.
Seleccione un proveedor no participante, sin la previa autorización del administrador personal de casos médicos.

3.
No utilice la asistencia, los servicios y/o la coordinación proporcionada por el Centro de Atención Zurich (CAZ).

3.
En relación con los servicios de asistencia suministrados en la República Mexicana y en territorio extranjero, no estarán cubiertos bajo esta póliza en los siguientes casos. Salvo caso fortuito de fuerza mayor.

a)
Si la Compañía no fue notificada con anticipación, por medio del Centro de Atención Zurich (CAZ), y con anterioridad a la fecha en la que los gastos cubiertos bajo esta póliza hayan sido incurridos.

b)
No se utilicen los servicios, la asistencia, y/o la coordinación proporcionada por el Centro de Atención Zurich (CAZ).

La modificación de deducible y coaseguro se aplicará en caso que:

a)
Los servicios sean proporcionados por la Compañía a través del Centro de Atención Zurich (CAZ).

b)
Los servicios proporcionados por un proveedor participante (por o en relación con servicios suministrados en territorio extranjero), no hayan estado disponibles a la persona asegurada.

Certificar no garantiza la obtención de los beneficios

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

Centro de Atención Zurich (CAZ)

El Centro de Atención Zurich (CAZ) proporciona orientación y servicios de referencia profesional a las personas aseguradas a través de una red telefónica mundial, que opera las 24 horas del día y los 7 días de la semana.

El centro provee un extenso conjunto de servicios, incluyendo, pero sin estar limitado a: referencias de servicios médicos y de hospitalización, verificación de elegibilidad para obtener beneficios bajo esta póliza, y coordinación de servicios de asistencia cubiertos bajo la póliza.

El número de teléfono del Centro de Atención Zurich (CAZ) está indicado en la tarjeta de identificación de la persona asegurada.

Definiciones

1.
Certificación y certificar
Significa que la Compañía, después de recibir por medio del Centro de Atención Zurich (CAZ) 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 la Compañía:

a)
Ha recibido notificación dentro del plazo fijado anteriormente para cada tipo de hospitalización de la reclamación.

b)
Se ha puesto en contacto con el Asegurado con el objeto de identificar el hospital que mejor pudiera satisfacer las necesidades del paciente.

2.
Hospitalización de emergencia
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 inmediato 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 a: ataques cardíacos, apoplejía, envenenamiento, paro respiratorio, sangramiento grave, pérdida del conocimiento, convulsiones o traumas de gravedad.

3.
Hospitalización planificada
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.

4.
Zurich Managed Care Services
Significa los hospitales, médicos, u otros proveedores que han entrado en una relación contractual con la Compañía con el fin de proporcionar servicios médicos y de hospitalización en los Estados Unidos de Norte América, a las personas aseguradas por medio de honorarios negociados con anterioridad.

5.
Proveedores participantes
Significa los hospitales, médicos, u otros proveedores que son miembros de **Zurich Managed Care Services** dentro de Estados Unidos de Norteamérica, o bien los referidos por el Centro de Atención Zurich (CAZ) para la República Mexicana y otros países.

6.
Proveedores no participantes
Significa los hospitales, médicos, u otros proveedores que no son miembros de **Zurich Managed Care Services** o que no fueron referidos por el Centro de Atención Zurich (CAZ).

11.
Procedimientos de trasplantes

Los beneficios por trasplantes se pagarán tal como se indica en la tabla de beneficios y de acuerdo a lo siguiente:

Todos los servicios de trasplantes, incluyendo los médicos, los procedimientos y servicios, y las entidades donde se efectúan los trasplantes, requerirán la aprobación previa de la Compañía, estando sujetos a todas las condiciones de este contrato.

Los procedimientos de trasplantes realizados en los Estados Unidos de América o en territorio extranjero estarán sujetos, en adición a los requerimientos anteriores, a los requerimientos del Programa de Control de Costos Tradicional (PCT) incluidos en un anexo a este contrato.

El Asegurado o cualquier otra persona actuando en su nombre, estará obligado a ponerse en contacto con la Compañía, inmediatamente después de haber sido identificado por su médico como candidato para un trasplante.

El Asegurado está obligado a obtener una primera y segunda opinión de un Médico especialista en ese ramo de la medicina. La Compañía se reserva el derecho de obtener una tercera opinión de un médico o entidad médica, a opción de la Compañía.

Los Gastos Médicos Cubiertos incurridos por trasplantes, incluyen, pero sin estar limitados, a los gastos elegibles y permitidos incurridos por los siguientes tratamientos, servicios y/o suministros requeridos por o en relación con un trasplante cubierto bajo este contrato:

- Servicios médicos
- Internación 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

Se pagarán beneficios hasta un límite de dos (2) trasplantes por vida, un trasplante de dos órganos realizado durante la misma sesión de cirugía será considerado como un sólo trasplante. Los beneficios por un procedimiento de retrasplante (un segundo trasplante que se efectúa a continuación de un trasplante inicial que fracasó), será pagado solamente si la Compañía lo considera una necesidad médica.

11.1
Trasplantes cubiertos bajo este contrato

Los siguientes trasplantes son los únicos que están cubiertos bajo este contrato:

1.

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

2.

Médula ósea antóloga, para:

a)

Linfoma de no-Hodgkin, Estado III A o B; Estado IV A o B.

b)

Linfoma de Hodgkin, Estado III A o B; o Estado IV A o B.

c)

Neuroblastoma, Estado III o Estado IV.

d)

Leucemia no linfocítica aguda después del primer o segundo relapso.

3.

Médula ósea alogénica, para:

a)

Anemia aplástica.

b)

Leucemia aguda.

c)

Inmunodeficiencia combinada severa.

d)

Síndrome de Wiskott-Aldrich.

e)
Osteopetrosis infantil maligna (enfermedad de Albers Schonberg u Osteopetrosis generalizada).
f)
Leucemia mielógena crónica (LMC).
g)
Neuroblastoma Estado III o IV en niños mayores de un año.
h)
Beta talasemia homozigote (talasemia mayor).
i)
Linfoma de Hodgkin, Estado III A o B, o Estado IV A o B.
j)
Linfoma de no-Hodgkin, Estado III o Estado IV.

11.2
Limitaciones y exclusiones

Los beneficios pagaderos por procedimientos de trasplantes están sujetos a todas las condiciones, limitaciones y exclusiones de este contrato. En relación con procedimientos de trasplantes solamente, las siguientes exclusiones también se aplicarán:

No se pagarán beneficios por cualquier tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o artículo:

1.
Que no haya sido aprobado previamente por la Compañía, o proporcionado como resultado de, o en cualquier forma relacionado con un trasplante que no esté específicamente nombrado como un trasplante cubierto bajo este contrato.

2.
Proporcionado por o en relación con una condición preexistente, o de naturaleza experimental o de investigación o electivo.

3.
Cuando esté disponible cualquier tratamiento o procedimiento alternativo, igualmente efectivo para el tratamiento de la condición o enfermedad del Asegurado.

4.
Proporcionado por, o como resultado de un trasplante en el cual se provee al receptor con cualquier órgano animal, equipos o artefactos mecánicos o artificiales designados para reemplazar órganos humanos.

5.
Proporcionado por o en relación con un segundo procedimiento de trasplante que se lleve a cabo después de haberse realizado un primer trasplante efectuado con anterioridad a la fecha efectiva de la cobertura bajo este certificado, y el cual ha fracasado.

11.3
Definiciones
En relación con beneficios por trasplantes, las siguientes definiciones se aplicarán:

Centro de trasplante
Significa un hospital que satisface los requerimientos de la Compañía para ser considerado un centro de trasplante. Tales requerimientos incluyen, pero sin estar limitados, a que el centro de trasplante:

1.
Proporcione servicios completos de trasplantes, incluyendo, pero sin estar limitados a tener:

a)
La capacidad para proporcionar un tratamiento continuado.
b)
Certificación de Medicare (para los localizados en Estados Unidos de América).
c)
Una satisfactoria experiencia en procedimientos de trasplantes.

2.
Requiera un mínimo de 2 años para obtener la certificación de cirujano en la rama de trasplantes.

3.
Está afiliado con la United Network of Organ Sharing (UNOS) (para los localizados en Estados Unidos de América).

Donante
Significa una persona que sufra una operación quirúrgica con el propósito de donar órgano(s) de su cuerpo para una cirugía de trasplante.

Electivo
Significa en relación con un trasplante, un tratamiento, servicio, procedimiento o cirugía, el cual:

a)
No es **médicamente necesario,** tal como se define este término en este Certificado.

b)
No es la única alternativa para lograr que un Asegurado tenga la posibilidad de vivir una vida normal a pesar de la enfermedad o condición que sufre.

Experimental o investigativo
Significa, en relación con un trasplante, un procedimiento médico o quirúrgico, tratamiento, equipo, tecnología o medicamento:

1.
Que no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de una enfermedad o condición por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional.

2.
Que se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba, o en cualquier fase de un experimento clínico (incluyendo protocolos de investigación).

3.
Cuyo uso haya sido restringido a estudios científicos o de investigación clínica.

4.
Cuya efectividad, valor o beneficio terapéutico, no ha sido probado en una forma objetiva.

El Asegurado deberá ponerse en contacto con la Compañía con el objeto de determinar si, en relación con un trasplante, un determinado procedimiento, tratamiento, equipo o medicamento es considerado experimental o investigativo.

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

Receptor
Significa un Asegurado que sufra una operación quirúrgica para recibir un trasplante.

Tejido
Significa un grupo de células similares y especializadas las cuales llevan a cabo una función determinada en el organismo.

Trasplante
Significa el procedimiento médicamente necesario, efectuado mientras la cobertura de un Asegurado bajo este certificado está vigente, y durante el cual:

1.
Uno o más de un **órgano** de un **donante** (vivo o fallecido), es transferido quirúrgicamente a un Asegurado, el cual es el receptor.

2.
Tejido proveniente de (a) donante (vivo o fallecido); o (b) el mismo Asegurado, es transferido quirúrgicamente a un Asegurado.

Este documento y la nota técnica que lo fundamenta, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36A y 36B de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.