

CONDICIONES GENERALES



QContigo Colectivo



Quálitas
SALUD.

CONDICIONES GENERALES

QCONTIGO COLECTIVO

QS-QCMC-0224/1

ÍNDICE

I. Objeto del Seguro.....	3
II. Cobertura Básica.....	3
Consultas médicas.	3
Atención especializada.	5
III. Coberturas opcionales con costo.....	7
1. Evaluación médica preventiva.	7
2. Maternidad.....	8
3. Atención Dental.	8
4. Atención Visual.	18
5. Asistencia funeraria.	20
IV. Módulos de Coberturas opcionales con costo.....	22
1. Indemnización por Enfermedades graves.....	22
2. Indemnización por Procedimientos médicos o quirúrgicos derivados de una enfermedad.....	24
3. Indemnización por Enfermedades que requieren hospitalización.....	26
4. Indemnización por Enfermedades crónicas.....	28
5. Reembolso de Gastos médicos por Accidente.....	30
6. Indemnización diaria por hospitalización.....	31
7. Indemnización por muerte accidental.....	32
8. Incremento de Suma asegurada para Enfermedades crónicas.....	33
V. Periodos de Espera.....	34
VI. Pago de Indemnizaciones para todas las coberturas.....	37
VII. Exclusiones Generales.....	40
VIII. Cláusulas generales.....	48
IX. Definiciones.....	100
X. Significado de Abreviaturas.....	110

I. Objeto del Seguro.

A través del seguro que adquiere el Contratante, QSalud otorgará al Asegurado las coberturas que resulten procedentes, de salud preventiva, reembolsos y coberturas indemnizatorias que se señalan en las presentes Condiciones generales, para apoyarlo financieramente por la atención médica que haya requerido o sea necesaria para la atención de su salud, siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo, independientemente de la cobertura que vaya a afectar, de acuerdo con las condiciones y límites especificados para cada cobertura, siempre y cuando la Póliza se encuentre vigente al momento de ocurrencia del evento y/o uso de la cobertura.

II. Cobertura Básica.

Consultas médicas.

Se cubre el servicio de Consultas médicas para el Asegurado, a través de las siguientes modalidades:

- **Consultas médicas digitales de medicina general.**

Se cubren Consultas médicas digitales (video consultas) con médico general que requiera el Asegurado durante los horarios de atención de acuerdo con la disponibilidad del médico, aplicando el Copago señalado en la Carátula de Póliza y/o en el Certificado individual correspondiente por cada consulta, el cual será a cargo del Asegurado y será pagado directamente al médico el día de la consulta.

- **Consultas médicas presenciales de primer contacto.**

Se cubren Consultas médicas de primer contacto que requiera el Asegurado en consultorio durante los horarios de atención de acuerdo con la disponibilidad del médico, aplicando el Copago señalado en la Carátula de Póliza y/o en el Certificado individual correspondiente por cada consulta, el cual será a cargo del Asegurado y será pagado directamente al médico el día de la consulta.

Primer contacto Incluye:

- Medicina General
 - Medicina Interna
 - Ginecología y Obstetricia
 - Pediatría
- **Consultas médicas presenciales con médicos especialistas.**
Se cubren las Consultas médicas con médicos especialistas que requiera el Asegurado en consultorio durante los horarios de atención de acuerdo con la disponibilidad del médico, aplicando el Copago señalado en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado individual correspondiente por cada consulta, el cual será a cargo del Asegurado y será pagado directamente al médico el día de la consulta.
 - **Consultas médicas presenciales de psiquiatría.**
Se cubren las Consultas de esta especialidad que requiera el Asegurado en consultorio durante los horarios de atención de acuerdo con la disponibilidad del médico, aplicando el Copago señalado en la Carátula de Póliza y/o en el Certificado individual correspondiente por cada consulta, el cual será a cargo del Asegurado y será pagado directamente al médico el día de la consulta.

El número de consultas médicas para esta cobertura estará indicado en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado individual correspondiente.

El Asegurado elegirá libremente el médico con el que se atenderá cualquier Enfermedad o Accidente, entre las opciones que QSalud le proporcione para cada una de las especialidades, para ello el Asegurado deberá agendar la Consulta médica marcando al número telefónico 800-772-5831 , y podrá consultar dentro de la página de internet www.qualitassalud.com.mx los datos de los proveedores que integran los Prestadores de servicios en convenio con QSalud, ya que ésta será actualizada continuamente.

Atención especializada.

Se cubren los siguientes beneficios de Salud:

- **Orientación médica telefónica.**

Es la orientación médica brindada telefónicamente al Asegurado de medicina general, sin límite de eventos, sin Copago.

En esta Orientación médica telefónica no se emiten diagnósticos, ni tratamientos médicos, ni se recetan medicamentos.

- **Orientación telefónica de nutrición y psicología.**

Es la orientación brindada telefónicamente al Asegurado de nutrición y psicología sin límite de eventos, sin Copago.

- **Consulta de medicina general a domicilio.**

Se cubren las Consultas médicas a domicilio que requiera el Asegurado con médico general durante los horarios de atención, aplicando el Copago señalado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado individual correspondiente por cada consulta, el cual será a cargo del Asegurado y será pagado directamente al médico el día de la consulta.

El número de consultas médicas para esta cobertura estará indicado en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado individual correspondiente.

La cobertura de este servicio solo aplicará en las zonas definidas por QSalud, las cuales podrás consultar marcando al número telefónico 800-772-5831.

- **Consulta presencial de nutrición y psicología.**

Se cubren las Consultas presenciales que requiera el Asegurado de nutrición y psicología, en consultorio, durante los horarios de atención y según disponibilidad, aplicando el Copago señalado en la Carátula de Póliza y/o en el Certificado individual correspondiente por cada consulta, el cual será a cargo del Asegurado y será pagado, directamente al proveedor el día de la Consulta.

El número de consultas para esta cobertura estará indicado en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado individual correspondiente.

El Asegurado elegirá libremente a los nutriólogos y/o psicólogos con los que se podrá atender, entre las opciones que QSalud le proporcione, para ello el Asegurado deberá agendar la Consulta o el servicio que requiera marcando al número telefónico 800-772-5831 y podrá consultar dentro de la página de internet www.qualitassalud.com.mx los datos de los proveedores que integran los Prestadores de servicios en convenio con QSalud, ya que ésta será actualizada continuamente.

- **Ambulancia terrestre.**

Se cubren los traslados terrestres que requiera el Asegurado en ambulancia, al Centro hospitalario, centro de diagnóstico o centro de tratamiento más cercano.

Esta cobertura no tendrá límite de eventos, debiendo el Asegurado cubrir el Copago indicado en la Carátula de Póliza y/o Certificado individual correspondiente directamente al proveedor al momento de llevarse a cabo el traslado correspondiente. La cobertura de servicio solo aplicará para traslados sencillos de origen a un destino determinado, en caso de no descender en el primer destino

y trasladarse a otro destino, se considerará como evento independiente debiendo cubrir el Copago correspondiente una vez más. El recorrido máximo será de hasta 20 kilómetros.

En ningún caso se cubrirá el traslado de pacientes que se encuentren en condiciones psiquiátrico – agresivas, o bajo el efecto del alcohol o de alguna sustancia psicoactiva que altere o enajene el estado mental del Asegurado.

III. Coberturas opcionales con costo.

1. Evaluación médica preventiva.

Su contratación debe especificarse en la Carátula de Póliza y/o Certificado individual correspondiente.

Mediante este beneficio, y de acuerdo con las condiciones que más adelante se señalan, los Asegurados tendrán la posibilidad de realizarse las siguientes evaluaciones de medicina preventiva sin Copago:

- Consulta médica preventiva.
- Glucosa, colesterol y triglicéridos (A partir de los 20 años en adelante).

Las evaluaciones se realizarán una sola vez durante la Vigencia de la Póliza a través de los Prestadores de servicio en convenio específicamente autorizados por QSalud, y que el Asegurado elija, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente al momento de requerir el servicio y cuente con un periodo de al menos 6 meses de haberse realizado la última evaluación médica preventiva.

El Asegurado deberá comunicarse al Centro de Contacto QSalud al número telefónico 800-772-5835 para el otorgamiento de este beneficio. Esta cobertura únicamente se otorgará con Prestadores de servicio en convenio con QSalud.

Este Beneficio es sólo mediante pago directo y no es reembolsable.

2. Maternidad.

Su contratación debe especificarse en la Carátula de Póliza y/o Certificado individual correspondiente.

Mediante esta cobertura, se pagará la Suma asegurada especificada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado individual correspondiente, con motivo de la atención médica que reciba la Asegurada por la realización del procedimiento de parto normal o cesárea, siempre y cuando la Asegurada tenga por lo menos diez meses de cobertura continua e ininterrumpida con QSalud al momento del parto normal o la cesárea.

No aplicará la Suma asegurada de parto normal y/o cesárea cuando existan tratamientos de infertilidad y/o esterilidad, o en caso de maternidad subrogada.

3. Atención Dental.

Por medio de este beneficio quedan amparados los Tratamientos y/o Procedimientos dentales para el Asegurado que a continuación se mencionan de acuerdo con lo siguiente:

Beneficios dentales cubiertos	Participación del Asegurado Copago
Urgencias dentales	0%
Diagnóstico y prevención (Evaluación oral, rayos x, limpiezas, aplicación de flúor y selladores)	0%
Restaurativo básico (Restauraciones con amalgamas y resinas)	0%

Procedimientos quirúrgicos menores (Extracciones simples y otros procedimientos menores)	20%
--	-----

Para cada atención en esta cobertura, el Asegurado deberá cubrir el Copago contratado indicado anteriormente.

A continuación, se detallan los alcances de cada concepto señalado:

Tratamientos o Procedimientos de urgencias dentales.

Se cubren los tratamientos dentales derivados de una urgencia dental que a continuación se mencionan:

- Consulta por urgencia dental.
- Curaciones sedantes temporales u obturación provisional.
- Extracción de restos coronales (dientes primarios).
- Rx. Intraoral — periapical—primera placa.
- Rx. Aleta de mordida — una placa.
- Extracción, diente o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps).
- Reimplantación de diente y/o estabilización de diente causado por accidente dental o desplazamiento.
- Incisión y drenaje de abscesos — tejido blando intraoral (realizado en el consultorio dental sin complicaciones quirúrgicas complejas).
- Pulpotomía terapéutica — remoción de pulpa coronaria hasta la unión dentinocemental y aplicación de medicamento, en dientes primarios (no incluye restauración final).
- Pulpectomía - Terapia pulpar (relleno absorbible) — dientes primarios, anteriores y posteriores (no incluye restauración final).
- Recubrimiento pulpar directo (no incluye restauración final).
- Recubrimiento pulpar indirecto (no incluye restauración final).

- Recementado de inlay, onlay, o reparaciones de cobertura parcial (prótesis fijas).
- Recementación de coronas y/o puentes (prótesis fijas).
- Escisión de encía pericoronar.
- Sutura de heridas intrabucales recientes de hasta 5 cm.
- Tratamiento paliativo del dolor dental – por alveolitis o por procedimiento menor – incluyendo acceso y debridación pulpar.
- Pegado de fragmentos de diente, borde incisal o cúspide, dientes permanentes (por medio de adhesivos dentales).
- Corona provisional directa en acrílico autopolimerizable — diente anterior.
- Reducción de luxación de la articulación temporo-mandibular (reposición de la mandíbula por medio de manipulación física por única vez).

Tratamientos o Procedimientos dentales de diagnóstico y/o prevención.

Los Tratamientos o Procedimientos dentales de diagnóstico y/o prevención cubiertos, así como el alcance, son los siguientes:

Descripción del tratamiento o Procedimiento dental	Alcance del beneficio
Evaluación oral y periodontal – paciente nuevo o establecido	1 (Una) cada 12 (doce) meses
Evaluación periodontal completa – paciente nuevo o establecido	1 (Una) cada 12 (doce) meses
Intraoral – serie radiográfica de diagnóstico completa incluyendo aleta de mordida	1 (Una) cada 5 (cinco) años
Intraoral – periapical, de diagnóstico	Hasta 4 (cuatro) en 12 (doce) meses
Intraoral – placa oclusal de diagnóstico	1 (Una) cada 12 (doce) meses

Intraoral – aleta de mordida de diagnóstico	Hasta 4 (cuatro) en 12 (doce) meses
Placa panorámica de diagnóstico	1 (Una) cada 5 (cinco) años
Profilaxis (limpieza) en adulto	Hasta 2 (dos) en 12 (doce) meses
Profilaxis (limpieza) en niño menores de 14 (catorce) años de edad	Hasta 2 (dos) en 12 (doce) meses
Aplicación tópica de flúor (no incluye profilaxis) en niños menores de 14 (catorce) años de edad	Hasta 2 (dos) en 12 (doce) meses
Sellador – por diente	1 (Uno) cada 3 (tres) años – mismo diente; primeros molares hasta 10 (diez) años; segundos molares hasta 15 (quince) años

El periodo de alcance del beneficio indicado comenzará a contar a partir de la fecha en que se realizó el procedimiento dental por última vez según los registros de atención de cada Asegurado.

Tratamientos o Procedimientos dentales restaurativos básicos.

Los Tratamientos o Procedimientos dentales restaurativos básicos cubiertos, así como su alcance son los siguientes:

Descripción del tratamiento o Procedimiento dental	Alcance del beneficio
Amalgama de una a cuatro superficies, en dientes primarios o permanentes	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie
Composite con base de resina – de 1 (una) o más superficies en diente anterior	

Composite con base de resina – de 1 (una) a 2 (dos) superficies – en diente posterior	
Restauración con resina fluida en dientes permanentes- hasta 16 (dieciséis) años	Hasta edad de 16 (dieciséis) años y en diente sin restauración previa.
	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie.

El periodo de alcance del beneficio indicado comenzará a contar a partir de la fecha en que se realizó el procedimiento dental por última vez según los registros de atención de cada Asegurado.

Procedimientos quirúrgicos menores.

Los Procedimientos quirúrgicos menores cubiertos, así como su alcance son:

Descripción del tratamiento o Procedimiento dental	Alcance del beneficio
Extracción, restos coronales – dientes primarios	Sin límite
Extracción, diente o raíz expuesta (remoción con elevador y/o fórceps)	Sin límite
Reimplantación y/o estabilización de diente desprendido o desplazado por accidente dental	1 (Una) por diente de por vida
Biopsia de tejido oral duro y blando (no incluye costo de laboratorio)	2 (Dos) en 12 (doce) meses cualquier combinación de ellas

Incisión y drenaje de abscesos – tejido blando intraoral	Sin límite
Raspado y alisado periodontal de raíz–por cuadrante	1 (Uno) cada 2 (dos) años – mismo cuadrante (máximo dos cuadrantes), para pacientes mayores de 35 (treinta y cinco) años con problemas periodontales evidentes (con bolsas periodontales de al menos 5 mm)

El periodo de alcance del beneficio indicado comenzará a contar a partir de la fecha en que se realizó el procedimiento dental por última vez según los registros de atención de cada Asegurado.

Exclusiones particulares de la cobertura de Atención Dental:

- 1. Tratamientos o materiales por malformaciones óseas y Dentales congénitas y Tratamientos o Procedimientos por afecciones durante el desarrollo de los dientes, por ejemplo: hipocalcificación o hipoplasia del esmalte.**
- 2. Tratamientos o Procedimientos dentales que incrementan la dimensión vertical de una oclusión, reemplacen la pérdida de la estructura de los dientes por desgaste, tales como, atrición, bruxismo, rechinamiento, apretamiento de los dientes, abrasión, erosión, abfracción y por hábitos orales que dañen la integridad de los dientes, excepto que sea parte del Tratamiento Dental necesario y debido a un Accidente Dental o lesión bucal y directamente atribuible a éste. Tampoco se cubren los protectores o guardas oclusales y los ajustes oclusales.**

- 3. Tratamientos, Procedimientos, intervenciones quirúrgicas o materiales realizados primariamente por motivos estéticos para mejorar la apariencia del Asegurado, mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos; Tratamiento de fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes); Tratamiento por pigmentación dental a consecuencia de medicamentos; carillas de porcelana u otras carillas que no tienen el propósito de restauración; así como cualquier otro Tratamiento o material que sea considerado como tal, de acuerdo a los estándares generalmente aceptados de la Práctica Dental, excepto que sea parte de algún Tratamiento dental necesario y debido a un Accidente Dental o lesión bucal directamente atribuible a éste. Si los Tratamientos o Procedimientos realizados en un diente en particular no están excluidos, el Tratamiento cosmético de los dientes adyacentes o que están cerca del afectado se considerarán como Excluidos.**

- 4. Gastos Dentales a consecuencia de Tratamientos o Procedimientos dentales incorrectos que hubieran sido proporcionados antes de la vigencia de la Póliza de Seguro o por Dentistas fuera de la Red del proveedor de servicios durante la Vigencia de la Póliza de Seguro.**

- 5. Tratamientos o Procedimientos prestados o materiales suministrados por un Dentista antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de Seguro o antes de la fecha de inicio de la Cobertura de los Asegurados.**

- 6. Utilización de medicamentos por autoprescripción que causen una lesión bucal que amerite una Urgencia Dental.**

- 7. Gastos por radiografías que se necesiten tomar para realizar los diferentes Tratamientos y aquellas posteriores al Tratamiento para comprobar la calidad del mismo, no serán pagados ya que su costo está incluido en el Honorario Máximo Autorizado de cada Tratamiento.**

- 8. Ferulización para Tratamiento de enfermedad periodontal, e injertos extra-orales (injertos de tejido en la parte de afuera de la boca).**
- 9. Programas de control preventivo de la placa dento-bacteriana, incluyendo programas de instrucción de higiene oral, que no estén incluidos en el Tratamiento o Procedimiento de Evaluación Oral o Consulta.**
- 10. Terapia miofuncional (de la función de los músculos). Equilibrio de la oclusión, gnatología (estudio y o corrección de las fuerzas masticatorias y las partes anatómicas involucradas) y Tratamientos o Procedimientos asociados. Diagnóstico y/o Tratamiento por la disfunción de la articulación temporomandibular o musculatura, nervios u otros tejidos asociados.**
- 11. Medicamentos y enjuagues bucales, incluyendo los de aplicación tópica para Tratamientos de Enfermedad periodontal, pre-medicación, analgesia, sedación intravenosa, anestesia general. Así mismo, los cargos separados por anestesia local no estarán cubiertos ya que éstos forman parte de los gastos del Tratamiento o Procedimiento Dental. Utilización de medicamentos por auto prescripción que causen una lesión bucal que amerite una Urgencia Dental.**
- 12. Tratamientos o Procedimientos, materiales para injerto de hueso o materiales similares usados con el mismo fin, para el relleno de defectos en zonas sin dientes.**
- 13. Tratamientos o Procedimientos de con Inlay (incrustaciones).**
- 14. Tratamientos o Procedimientos dentales de naturaleza experimental o de investigación, o que no sean considerados**

como necesarios y acostumbrados de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental.

15. **Tratamientos o Procedimientos dentales prestados o materiales suministrados después de la terminación de la Vigencia de la Póliza de Seguro, a menos de que el Tratamiento o Procedimiento haya comenzado durante la vigencia de la Póliza de Seguro.**
16. **En los casos donde los Tratamientos o Procedimientos dentales requieran ser realizados o suministrados en un hospital o en cualquier instalación para Tratamientos quirúrgicos, no se cubre cualquier Honorario adicional cobrado por el Dentista por dichos Tratamientos o Procedimientos dentales en hospital, ni cubrirá cualquier gasto del hospital y/o quirófano, de los materiales, de anestesia o de la instalación para Tratamientos quirúrgicos.**
17. **Servicios de administración del Consultorio Dental, Servicios de administración para el cobro de los siniestros y cualquier otro costo administrativo que no esté expresamente incluido en el Plan.**
18. **Servicios de transportación de ambulancia, hospitalización por cualquier causa objeto de este seguro.**
19. **Cualquier servicio de fase de no-tratamiento como puede ser la provisión de un ambiente antiséptico, la esterilización de equipo o control de infecciones, así como cualquier material auxiliar que se use en el Tratamiento o Procedimiento cuando su costo deba estar incluido en el costo del Tratamiento o Procedimiento (Honorario Máximo del Dentista), de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la Práctica Dental, como pueden ser, pero no limitados a algodones, mascarillas y las técnicas de relajación como música.**

- 20. Tratamiento en dientes sin restaurar o reemplazo de restauraciones existentes para cualquier propósito diferente que el de restaurar lesiones por caries activas (con cavidad) o por desajuste demostrable de la restauración.**
- 21. Tratamientos o Procedimientos de ortodoncia (Tratamientos para la corrección de dientes o mandíbulas mal posicionadas). No se cubren extracciones por Indicación ortodóntica.**
- 22. Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del Tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en la Póliza de Seguro.**
- 23. Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del Tratamiento odontológico o quirúrgico causada por negligencia del Asegurado a las indicaciones del Dentista tratante.**
- 24. Ningún Tratamiento que no esté especificado dentro de los beneficios del Plan.**
- 25. En Incisiones y Drenajes de Abscesos se excluye la “Angina de Ludwig”.**
- 26. Gastos en que se incurra a consecuencia de hechos de guerra, alborotos populares, motines y epidemias declaradas oficialmente.**
- 27. Gastos en que se incurra por Accidentes o Enfermedades Dentales que se originen a consecuencia de:**
 - (i) Delitos dolosos o intencionales en los cuales el Asegurado sea considerado como sujeto activo o partícipe del delito.**

- (ii) Lesiones auto infligidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.

Suma Asegurada.

El límite máximo para la totalidad de gastos derivados de esta cobertura será el indicado en la Carátula de Póliza y/o Certificado individual correspondiente para cada Asegurado por cada Vigencia de la Póliza.

Este beneficio es contratado por QSalud con un prestador de servicios que brinda esta atención.

4. Atención Visual.

Se cubren los siguientes servicios de atención visual una vez por vigencia hasta la Suma asegurada indicada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado individual correspondiente para este beneficio:

- Examen de la vista.
- Anteojos graduados o lentes de contacto graduados.

Exclusiones particulares de la cobertura:

1. **Cualquier tipo de consulta médica o procedimiento médico preventivo efectuado por un oftalmólogo y/o cualquier otra persona autorizada para llevarlo a cabo.**
2. **Cualquier tipo de Tratamiento médico o quirúrgico para los ojos.**
3. **Ejercicios ortópticos o entrenamiento visual para tratar la visión baja.**
4. **Visión baja.**

5. Apoyos para visión baja o subnormal.
6. Aniseiconía (trastorno ocular que genera imágenes de diferente tamaño entre las retinas).
7. Cualquier tipo de examen o análisis necesario para detectar alteraciones en el campo visual.
8. Tomografías.
9. Angiografía fluorescente.
10. Reemplazo de Armazones o Lentes como consecuencia de extravío, robo, maltrato o rotura.
11. Tratamientos adicionales a los Anteojos que no sean utilizados para la corrección de la visión, tales como los tratamientos antirreflejantes, antirrayas, ultravioletas, de protección solar o cualquier otro que tenga por finalidad motivos estéticos.
12. Anteojos comprados con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de Seguro o con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura de los Asegurados, o con posterioridad a la terminación de la vigencia de la cobertura del Asegurado o de la Póliza de Seguro.
13. Medicamentos.
14. Ningún servicio que no esté especificado dentro de los Servicios Ópticos cubiertos por el Plan Contratado.

Suma Asegurada.

El límite máximo para esta cobertura será el indicado en la Carátula de Póliza y/o Certificado individual correspondiente, para cada Asegurado por cada Vigencia de la Póliza.

Este beneficio es contratado por QSalud con un prestador de servicios que brinda esta atención.

5. Asistencia funeraria.

Por medio de esta asistencia y en caso de que el Asegurado titular y/o dependientes llegaran a fallecer derivado de alguna de las Enfermedades o Accidentes cubiertos; tendrán derecho a los siguientes servicios funerarios:

- **Recolección de cuerpo.**
- **Arreglo estético del cuerpo.**
- **Ataúd metálico.**
- **Sala de velación.** El servicio puede otorgarse al domicilio sin costo adicional.
- **Gestión de trámites y permisos para traslados.**
- **Asesoría jurídica testamentario vía telefónica.**
- **Servicio de tanatología.** En el área metropolitana es de manera presencial y para el interior de la República Mexicana la consulta estará sujeta a disponibilidad o por videoconsulta. Este servicio se otorga a un familiar del Asegurado fallecido con un alcance de dos sesiones de 55 minutos cada una.
- **Opciones de servicio:**
 - **Cremación:**
 - Servicio de cremación.
 - Urna básica.
 - Ataúd para la velación.
 - **Inhumación:**
 - Embalsamado
 - Traslado en carroza hasta 50 km.
 - Pago de derechos para la inhumación en cementerios y panteones civiles o municipales.

- **Servicio de traslado nacional:** Este servicio consiste en recolectar el cuerpo en el lugar de fallecimiento o Servicio Médico Forense (SEMEFO), o Instituto de Ciencias Forenses (INCIFO) y trasladarlo (ya sea vía terrestre o aérea según el tiempo y la distancia de cada caso en particular) a una agencia funeraria en el lugar en el cual residía el finado, dentro del territorio mexicano, siempre y cuando se cuente con el certificado de defunción correspondiente y las autoridades lo permitan.

El servicio incluye:

- Traslado vía terrestre o aérea.
- Trámites y permisos para traslado.
- Tesis de embalsamado, se otorgará en caso de velación mayor a 48 horas o recorrer distancias mayores a 300 km.
- El traslado en vía aérea se proporcionará en traslados mayores a 500 km.
- Incluido el trámite aeroportuario.

No se considera el traslado de las cenizas del fallecido.

Para obtener los beneficios de esta asistencia es indispensable que el Asegurado se comunique al teléfono 800-772-5831 para solicitar el servicio que requiera, el trámite es gestionado directamente por el proveedor contratado por QSalud para estos efectos.

Si el Asegurado tiene 70 años o más al momento de tener acceso a este beneficio por primera vez, se aplicará para esta asistencia un periodo de espera de 90 días.

El servicio no incluye: fosa, nicho, apertura y cierre de fosa ni movimiento de monumentos.

Este servicio se debe realizar de forma directa con el proveedor correspondiente por lo que no aplica en ningún caso reembolso de gastos realizados por el Asegurado o un tercero.

Este beneficio es contratado por QSalud con un prestador de servicios que brinda esta atención.

IV. Módulo de Coberturas opcionales con costo.

1. Indemnización por Enfermedades graves.

El Contratante podrá elegir y contratar una o varias de las Enfermedades indicadas a continuación, en este apartado.

Si durante la Vigencia de la Póliza al Asegurado se le diagnóstica por primera vez alguna de las Enfermedades o grupo de Enfermedades graves que haya contratado y que se indiquen en la Carátula de la Póliza y/o Certificado individual correspondiente, QSalud pagará por una sola vez en toda la vida de la Póliza, al Asegurado afectado, la Suma asegurada especificada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado individual correspondiente, para cada una de las Enfermedades o grupo de Enfermedades cubiertas.

Las coberturas por Enfermedades graves que puede contratar el Asegurado son las que se mencionan a continuación:

a) Enfermedad vascular cerebral o Accidente vascular cerebral: Lesión en el cerebro por falta de irrigación sanguínea que ocurre cuando el flujo de sangre que debe llegar al cerebro se detiene por varios segundos o bien, cuando existe un derrame de sangre en el cerebro o alrededor del mismo. Existen dos tipos de accidentes cerebrovasculares: isquémicos (muerte de células cerebrales) y hemorrágicos (derrame de sangre).
Este procedimiento no cuenta con periodo de espera.

b) Insuficiencia renal crónica: Es la presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anomalías estructurales o funcionales con o sin descenso

de la tasa de filtración glomerular a menos de 60ml/min/1.73m² (K/DOQI, 2002). Considerándose como un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere terapia de reemplazo renal, es decir diálisis o trasplante para poder vivir.

Este procedimiento cuenta con un periodo de espera de 6 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera.

c) Infarto agudo al miocardio: Es la falta de riego de sangre a una pequeña parte del músculo del corazón producido por la obstrucción aguda de una de las arterias coronarias que lo alimentan, ocasionando la muerte del tejido cardiaco en esa pequeña zona mencionada, afectando el funcionamiento de este vital órgano.

Este procedimiento no cuenta con periodo de espera.

d) Cáncer: Enfermedad por la que algunas células del cuerpo se multiplican sin control y se diseminan a otras partes del cuerpo. El diagnóstico de cáncer deberá respaldarse con el resultado histopatológico correspondiente a la historia clínica.

Queda excluido el Cáncer de piel y cualquier otro tipo de cáncer que sólo este presente en las células donde comenzó (in situ) y que no se haya diseminado a ningún tejido cercano.

Este procedimiento cuenta con un periodo de espera de 18 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera.

En caso de Enfermedades graves, será necesario para poder realizar el pago de la Suma asegurada que exista un diagnóstico

definitivo del Médico de la especialidad correspondiente soportado con estudios de diagnóstico y/o tratamiento.

2. Indemnización por Procedimientos médicos o quirúrgicos derivados de una enfermedad.

El Contratante podrá elegir y contratar una o varios de las coberturas por los Procedimientos médicos o quirúrgicos indicados a continuación, en este apartado.

Si durante la Vigencia de esta Póliza al Asegurado se le realizó algún Procedimiento médico y/o quirúrgico derivado de una Enfermedad no preexistente que haya contratado en su Póliza y que se señale en la Carátula de la misma y/o en el Certificado individual correspondiente, QSalud pagará al Asegurado afectado, posterior al primer Procedimiento médico o quirúrgico y por una sola vez durante toda la vida de la Póliza, la Suma asegurada especificada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado individual correspondiente.

En caso de que el Asegurado requiera un nuevo Procedimiento médico o quirúrgico, sin importar que sea derivado de una Enfermedad diferente a la anterior, éste no será cubierto por lo que no se pagará indemnización alguna derivada de esta cobertura.

Para efecto de esta cobertura, los Procedimientos médicos o quirúrgicos que puede contratar el Asegurado son los que se mencionan a continuación:

a) Apendicectomía: Cirugía para la extracción del apéndice.
Este procedimiento no cuenta con periodo de espera.

b) Ooforectomía: Cirugía para extirpar los ovarios.

Este procedimiento cuenta con un periodo de espera de 12 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera.

c) Histerectomía: Cirugía para extirpar la matriz.

Este procedimiento cuenta con un periodo de espera de 12 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera.

d) Colectomía: Cirugía para extirpar la vesícula biliar.

Este procedimiento cuenta con un periodo de espera de 12 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera.

e) Hernioplastia inguinal: Es la cirugía que se practica para reparar una hernia en una o en ambas ingles.

Este procedimiento cuenta con un periodo de espera de 12 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera.

f) Amigdalectomía: Cirugía para la extirpación de las amígdalas.

Este procedimiento cuenta con un periodo de espera de 12 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera.

g) Prostatectomía: Cirugía que se realiza para extirpar la próstata.

Este procedimiento cuenta con un periodo de espera de 6 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera.

h) Litotripsia: Procedimiento para desintegrar cálculos renales o en cualquier parte del tracto urinario, para extraer cálculos

renales, uretrales y vesicales, que están causando dolor, obstrucción, infección y sangrado prolongado o grave.

Este procedimiento cuenta con un periodo de espera de 6 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera.

i) Trasplante de órganos: Consiste en sustituir un órgano, tejido o un conjunto de células que perdieron su función, de una persona (donante) a otra (receptor), o bien de una parte del cuerpo a otra en un mismo paciente. Sólo queda cubierto el trasplante de los siguientes órganos: hígado, corazón, pulmón, páncreas, y riñón.

Este procedimiento cuenta con un periodo de espera de 6 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera.

Para poder realizar el pago de la Suma asegurada debe existir un diagnóstico definitivo del médico de la especialidad correspondiente soportado con estudios de diagnóstico y/o tratamiento, y el Asegurado deberá presentar a la Aseguradora, el documento oficial donde se compruebe la realización del procedimiento médico, y éste deberá haberse realizado por un médico debidamente certificado por el Consejo de su especialidad.

3. Indemnización por Enfermedades que requieren hospitalización.

El Contratante podrá elegir y contratar una o varias de las coberturas por las Enfermedades que requieren hospitalización indicadas a continuación, en este apartado.

Si durante la Vigencia de esta Póliza el Asegurado se hospitaliza por alguna de las Enfermedades que haya contratado en su Póliza y

que se señalen en la Carátula de la misma y/o en el Certificado individual correspondiente por un periodo de más de 72 horas continuas, QSalud pagará por una vez en la vida de la Póliza al Asegurado afectado, la Suma asegurada indicada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado individual correspondiente para cada una de las Enfermedades o grupo de Enfermedades contratadas.

En caso de volver a requerir una hospitalización por la misma Enfermedad, ésta no será cubierta.

Para efectos de esta cobertura, las Enfermedades que puede contratar el Asegurado son las que se mencionan a continuación:

- a) Complicaciones del COVID-19:** Enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2, incluye neumonías.

Esta enfermedad no cuenta con periodo de espera.

- b) Neumonía:** Infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones por cualquier otra causa diferente a la señalada en el punto anterior.

Esta enfermedad no cuenta con periodo de espera.

- c) Preeclampsia o Eclampsia:** La Preeclampsia es la hipertensión de reciente comienzo o el empeoramiento de una hipertensión preexistente con proteinuria después de las 20 semanas de embarazo. La Eclampsia es la presencia de convulsiones generalizadas inexplicables en pacientes con preeclampsia en mujeres embarazadas.

Esta enfermedad cuenta con un periodo de espera de 10 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera.

d) Úlcera péptica: Es una erosión irritante en la mucosa que recubre el estómago o la primera parte del intestino delgado (duodeno).

Esta enfermedad cuenta con un periodo de espera de 6 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera.

Para poder realizar el pago de la Suma asegurada debe existir un diagnóstico definitivo del médico de la especialidad correspondiente soportado con estudios de diagnóstico y/o tratamiento, el Asegurado deberá presentar a la Aseguradora, el documento oficial del hospital donde se compruebe la hospitalización mayor a las 72 horas continuas, y el procedimiento o tratamiento deberá haberse realizado por un médico debidamente certificado por el Consejo de su especialidad.

4. Indemnización por Enfermedades crónicas.

El Contratante podrá elegir y contratar una o varias de las coberturas para Enfermedades crónicas indicadas a continuación, en este apartado.

Si durante la Vigencia de esta Póliza al Asegurado se le diagnostica por primera vez alguna de las Enfermedades crónicas que haya contratado en su Póliza y que se señalen en la Carátula de la misma y/o en el Certificado individual correspondiente, QSalud pagará al Asegurado afectado, por una sola vez en la vida de la Póliza al momento del diagnóstico, la Suma asegurada indicada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado individual correspondiente.

Para efectos de esta cobertura, las Enfermedades crónicas que puede contratar el Asegurado son las que se mencionan a continuación:

a) Diabetes mellitus: Enfermedad que se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre, a causa de

la incapacidad del cuerpo de producir o poder utilizar de manera adecuada la propia insulina.

Esta enfermedad cuenta con un periodo de espera de 6 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera.

b) Hipertensión arterial sistémica: Trastorno por el cual los vasos sanguíneos tienen persistentemente una tensión elevada, causando presión arterial alta.

Esta enfermedad cuenta con un periodo de espera de 6 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera.

c) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): Es la enfermedad que se desarrolla como consecuencia de la destrucción progresiva del sistema inmunitario de las defensas del organismo, producida por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana VIH.

Esta enfermedad cuenta con un periodo de espera de 36 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera.

Para poder realizar el pago de la Suma asegurada debe existir un diagnóstico médico definitivo por parte del médico de la especialidad correspondiente, soportado con estudios de diagnóstico y/o tratamiento. Para las enfermedades de Diabetes mellitus e Hipertensión arterial sistémica, en adición a lo especificado anteriormente, el diagnóstico debe ser realizado por un médico de primer contacto o médico especialista elegido libremente por el Asegurado entre las opciones que QSalud le proporcione de la especialidad que se requiera.

5. Reembolso de Gastos médicos por Accidente.

En caso de que se contrate esta cobertura en la y se señale en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado individual correspondiente, QSalud reembolsará al Asegurado afectado los gastos médicos cubiertos que haya erogado con motivo de la atención médica derivada de un Accidente cubierto durante la Vigencia de la Póliza.

Los gastos amparados por esta cobertura son los siguientes:

- **Hospitalización.**
- **Honorarios médicos.**
- **Estudios de laboratorio, gabinete e imagenología.**
- **Servicios de enfermería.**
- **Tratamientos médicos.**
- **Intervención quirúrgica.**
- **Medicamentos.**
- **Órtesis y Aparatos ortopédicos.**

Una vez que el total de gastos procedentes excedan la franquicia señalada en la Carátula de Póliza y/o Certificado individual correspondiente, QSalud reembolsará al Asegurado afectado el monto erogado por los gastos médicos cubiertos con motivo del Accidente desde el primer gasto, teniendo como límite la Suma asegurada señalada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado individual correspondiente para esta cobertura.

Una vez agotada la Suma asegurada se dará por terminada la presente cobertura.

Esta cobertura aplica para cada Accidente cubierto por la Póliza.

Tratándose de lesiones de nariz, columna vertebral o rodilla, se considerarán Accidentes siempre y cuando exista una Fractura, debiendo presentar la interpretación de la radiografía correspondiente.

El Asegurado debe avisar a QSalud dentro de los 90 (noventa) días naturales posteriores a la ocurrencia del Accidente siempre y cuando haya realizado un gasto para la atención del Accidente dentro de ese periodo, de lo contrario no se considera como Accidente y no estará cubierto.

En caso de que el Asegurado afectado sea un menor de edad, el reembolso de los gastos se realizará a los padres, tutor o quien ejerza la patria potestad del mismo.

6. Indemnización diaria por hospitalización.

En caso de que se contrate esta cobertura en la Póliza y se señale en la Carátula de la misma y/o en el Certificado individual correspondiente, si durante la Vigencia, el Asegurado tuviera que ser hospitalizado por más de 72 horas por cualquier Enfermedad o procedimiento médico o quirúrgico **diferente** a los especificados en los siguientes apartados:

- **Indemnización por Enfermedades graves.**
- **Indemnización por Procedimientos médicos o quirúrgicos derivados de una enfermedad.**
- **Indemnización por Enfermedades que requieren hospitalización.**
- **Indemnización por Enfermedades crónicas.**
- **Reembolso de Gastos médicos por accidente.**

QSalud pagará al Asegurado afectado, por cada una de las hospitalizaciones que estén médicamente justificadas, la cantidad diaria señalada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado individual correspondiente, iniciando el cómputo de los días para la indemnización después de las primeras 48 horas continuas de Hospitalización, y hasta por un máximo de 15 días continuos posteriores a las primeras 72 horas iniciales.

En caso de requerir de nuevo una Hospitalización y ésta sea a causa de una Enfermedad o procedimiento médico y/o quirúrgico en el que previamente se pagó la indemnización diaria por Hospitalización, ésta será considerada como continuación de la Hospitalización anterior a efecto de aplicar el periodo máximo de Hospitalización mencionado en el párrafo anterior, excepto cuando el intervalo entre las hospitalizaciones sea mayor de 12 meses.

Para poder realizar el pago de la Suma asegurada debe existir un diagnóstico médico definitivo del médico de la especialidad correspondiente soportado con estudios de diagnóstico y/o tratamiento, y el Asegurado deberá presentar a la Aseguradora documento oficial del hospital donde se compruebe dicha Hospitalización, y el procedimiento o tratamiento médico deberá haberse realizado por un médico certificado por el Consejo de su especialidad.

7. Indemnización por muerte accidental.

En caso de que se contrate esta cobertura y se señale en la Carátula de la Póliza y/o en el Certificado individual correspondiente, QSalud pagará a los Beneficiarios, o a quien corresponda legalmente, la Suma asegurada señalada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado individual correspondiente, si a consecuencia de un Accidente cubierto por la Póliza el Asegurado fallece dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del Accidente cubierto.

En caso de menores de 12 años no aplicará esta cobertura.

En caso de que el Asegurado fallezca posterior a los 90 días naturales siguientes al Accidente no aplicará esta cobertura.

En caso del fallecimiento del Asegurado titular, se indemnizará a los Beneficiarios designados por éste o a quien corresponda legalmente, hasta por la Suma asegurada señalada en la Carátula

de Póliza y/o Certificado individual correspondiente y de acuerdo con los porcentajes establecidos.

En caso de que el Asegurado sea mayor de 12 años, pero menor de 18 años, la Suma asegurada de esta cobertura se pagará a los padres en partes iguales y a falta de estos, el pago se realizará a la sucesión legal del Asegurado presentando la documentación correspondiente.

En caso de fallecimiento de Asegurados a partir de los 18 años en adelante la indemnización se realizará a los beneficiarios que haya designado.

A falta de designación de beneficiarios se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

8. Incremento de Suma asegurada para Enfermedades crónicas.

Mediante la contratación de esta cobertura opcional con costo, misma que debe señalarse en la Carátula de la Póliza y/o Certificado individual correspondiente, el Asegurado tendrá derecho a una Suma asegurada adicional a la contratada en la cobertura de Indemnización por Enfermedades crónicas, la cual se señala también en la Carátula de Póliza y/o Certificado individual correspondiente, la cual aplica únicamente para las Enfermedades de: Hipertensión arterial sistémica y/o Diabetes mellitus siempre y cuando se tenga contratada como Cobertura la Enfermedad o enfermedades para las cuales se requiere el incremento de la Suma asegurada y se indique en la Carátula de la Póliza y/o Certificado individual correspondiente. Para tener acceso a este beneficio, la Póliza se tiene que encontrar vigente al momento de ocurrencia del evento.

Esta Suma asegurada adicional se compone de 2 montos: el primero se pagará al Asegurado junto con la indemnización para cada una las Enfermedades crónicas contratadas de Hipertensión

arterial sistémica y/o Diabetes mellitus, y el segundo monto se pagará al Asegurado, una vez al año, durante los siguientes 5 años a partir de la siguiente renovación de Póliza siempre y cuando esta se encuentre vigente.

Para poder realizar el pago de la Suma asegurada de cada una de las renovaciones subsecuentes, el Asegurado deberá asistir al menos una vez al año con el médico de primer contacto o médico especialista elegido libremente por el Asegurado entre las opciones que QSalud le proporcione de la especialidad que se requiera.

V. Periodos de Espera.

A continuación, se detallan los periodos de espera que se deben cumplir para poder afectar cualquiera de las coberturas especificadas en el presente Contrato:

1. Enfermedades que quedan amparadas a partir de 6 meses de Vigencia de la Póliza.

- Litiasis renal y en vías urinarias.
- Enfermedades renales.
- Trasplante de órganos.
- Enfermedades prostáticas.
- Enfermedades ácido pépticas.
- Diabetes mellitus.
- Hipertensión arterial sistémica.

Para estas enfermedades si aplica el beneficio de eliminación o reducción de periodos de espera.

Las enfermedades y trasplante de órganos enlistados anteriormente quedarán cubiertos siempre y cuando estas no sean preexistentes o sean detectadas y/o diagnosticadas durante el periodo de espera correspondiente.

2. Enfermedades que quedan amparadas a partir de 10 meses de Vigencia de la Póliza.

- Cualquier Enfermedad o padecimiento derivado de las Complicaciones del embarazo.
- Maternidad.
- Las congénitas y/o genéticas del recién nacido, siempre y cuando su alta sea dentro de los primeros 30 días siguientes al nacimiento, se cubren siempre y cuando la madre asegurada cuente con al menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la Póliza al momento del nacimiento.

Para estas enfermedades no aplica el beneficio de eliminación o reducción de periodos de espera.

La enfermedad indicada anteriormente quedará cubierta siempre y cuando esta no sea preexistente o sea detectada y/o diagnosticada durante el periodo de espera correspondiente.

3. Enfermedades que quedan amparadas a partir de 12 meses de Vigencia de la Póliza.

- Enfermedades ginecológicas, incluyendo glándulas mamarias.
- Hernias de cualquier tipo.
- Amígdalas y adenoides.
- Enfermedades del piso pélvico.
- Enfermedades de la columna vertebral.
- Rodilla.
- Circuncisión
- Enfermedades anorrectales.
- Nariz y senos paranasales.
- Insuficiencia venosa de miembros inferiores, varicocele y/o várices en la vulva.
- Vesícula y vías biliares.

Para estas enfermedades si aplica el beneficio de eliminación o reducción de periodos de espera.

Las enfermedades y/o Procedimientos quirúrgicos enlistadas anteriormente quedarán cubiertas siempre y cuando estas no sean preexistentes o sean detectadas y/o diagnosticadas durante el periodo de espera correspondiente.

4. Enfermedades que quedan amparadas a partir de 18 meses de Vigencia de la Póliza.

- **Cáncer cubierto por la Póliza no relacionado con las Enfermedades descritas en los periodos de espera anteriores.**

Para estas enfermedades si aplica el beneficio de eliminación o reducción de periodos de espera.

La enfermedad indicada anteriormente quedará cubierta siempre y cuando esta no sea preexistente o sea detectada y/o diagnosticada durante el periodo de espera correspondiente.

5. Enfermedades que quedan amparadas a partir de 36 meses de Vigencia de la Póliza.

- **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**

Para esta enfermedad no aplica el beneficio de eliminación o reducción de periodos de espera.

Para Accidentes y/o Emergencias Médicas no aplica ningún periodo de espera.

La enfermedad indicada anteriormente quedará cubierta siempre y cuando esta no sea preexistente o sea detectada y/o diagnosticada durante el periodo de espera correspondiente.

VI. Pago de Indemnizaciones para todas las coberturas.

a) Comprobación de la reclamación.

Para realizar tu reembolso o indemnización debes presentar a QSalud los siguientes documentos para solicitar el pago correspondiente a la cobertura contratada:

- Formato de Aviso de Accidente o enfermedad, el cual será proporcionado por Quálitas Salud.
- Identificación oficial del Asegurado; en caso de la **Cobertura de Indemnización por muerte accidental**, debe presentar también la de(los) beneficiario(s).

A falta de beneficiarios, se pagará a la sucesión legal del Asegurado, presentando la sentencia de sucesión legítima para el trámite.

Adicionalmente se deberá presentar para este concepto:

- Formatos de declaración de fallecimiento.
- Acta de defunción del Asegurado titular.
- Carpeta de investigación del Ministerio Público (debe incluir resultado necropsia).
- Informe médico firmado por el médico tratante en que se señale el diagnóstico.
- Estudios de diagnóstico y/o tratamiento que hayan servido para la determinación del diagnóstico junto con la interpretación respectiva.
- Comprobante oficial del hospital donde se compruebe la hospitalización donde se encuentre el nombre del Asegurado, la fecha de entrada y salida del hospital, en caso de la cobertura **Indemnización diaria por hospitalización y/o Maternidad**.

- Para la Cobertura de **Indemnización por Muerte Accidental**, debes presentar el acta de defunción del Asegurado, así como el formato conoce a tu cliente, el cual será proporcionado por QSalud.
- Para la cobertura de **Reembolso de Gastos Médicos por Accidente**, debes presentar las facturas correspondientes que amparen los gastos realizados en la atención del accidente en formatos PDF y XML. En caso de que el Asegurado afectado sea un menor de edad, el reembolso de los gastos se realizará a los padres, tutor o quien ejerza la patria potestad del mismo.
- Formato Conoce a tu cliente, el cual será proporcionado por QSalud.
- En el caso de Indemnizaciones deberás proporcionar Número de cuenta CLABE y encabezado de estado de cuenta bancaria del asegurado.
- En todos los casos mencionados anteriormente se deberá presentar comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses.

QSalud tendrá en todo tiempo, el derecho de solicitar documentos e información adicionales, que le permitan comprobar la información proporcionada de acuerdo con el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

En caso de que QSalud requiera elementos adicionales para el análisis de la procedencia de la reclamación, podrá realizar además, una investigación médica relacionada con los hechos informados y documentos presentados por el Asegurado, así como solicitar cualquier otro tipo de documento o examen que juzgue necesario para la evaluación de la procedencia del siniestro. Para lo anterior, el Asegurado deberá autorizar por escrito al Médico tratante, así como a las entidades de prestación de servicios de

salud que participaron en su atención, para que, en su caso, provean la información solicitada. Los gastos derivados de dicha investigación médica correrán a cargo y por cuenta de QSalud.

La recepción de la documentación presentada por QSalud no prejuzga sobre la procedencia de la reclamación.

Al elegir el Asegurado voluntariamente el hospital, los médicos y demás Prestadores de servicio en convenio de servicios de salud que le atiendan y en general cualquier servicio que tenga por objeto brindar servicios para la recuperación de su salud, se asume que la relación que establece el Asegurado con cualquiera de los Prestadores de servicio en convenio mencionados anteriormente, tiene carácter estrictamente personal, por lo que el vínculo contractual derivado de esa elección voluntaria se establece únicamente entre tales Prestadores de servicio en convenio y el Asegurado.

Cuantía de la Indemnización.

Corresponde a la Suma asegurada que se señala específicamente en la Carátula de la Póliza y/o Certificado individual correspondiente para cada cobertura y para que sea procedente, deberá cumplirse con todo lo dispuesto en estas Condiciones generales.

b) Reembolso

En caso de que el Asegurado solicite el reembolso de los gastos efectuados sobre las coberturas que así lo dispongan; siendo estos procedentes de acuerdo con las condiciones particulares, el Asegurado debe presentar los documentos correspondientes requeridos por QSalud, las facturas que comprueben cada uno de los gastos cubiertos a nombre del Asegurado titular o Asegurado afectado en caso de ser mayor de edad y; en caso de medicamentos adicional la receta médica que corresponda.

c) Aplicación de Franquicia.

En las coberturas que así se señale, al momento de que el monto reclamado exceda la Franquicia mencionada en la Carátula de Póliza y/o Certificado individual correspondiente comienza la obligación de pago de QSalud y en caso de ser procedente, se reembolsará desde el primer peso procedente de acuerdo con la cobertura que corresponda.

d) Aplicación de Copago.

El Copago se aplicará por cada servicio requerido por el Asegurado en las coberturas que así correspondan, de acuerdo con lo señalado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado individual correspondiente. Este deberá ser pagado directamente al Prestador de servicio en convenio.

VII. Exclusiones Generales.

El presente Contrato de seguro no cubre ninguna indemnización o gasto que se origine o se derive por Enfermedades, estudios, hospitalizaciones, Tratamientos médicos o quirúrgicos ni de sus complicaciones, secuelas y/o consecuencias, por los conceptos señalados a continuación:

- 1. Enfermedades preexistentes, así como sus consecuencias y/o complicaciones.**
- 2. Procedimientos quirúrgicos realizados fuera de la vigencia de la Póliza, así como sus consecuencias y/o complicaciones.**
- 3. Enfermedades que en un expediente médico se determine su existencia, o donde el Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o Tratamiento médico de la Enfermedad, o que hayan sido diagnosticadas, en el transcurso de los primeros 30 (treinta) días de Vigencia de la Póliza.**

Este periodo de treinta (30 días) no será considerado en caso de Renovación, ni en Accidentes ni Urgencias médicas.

- 4. Cáncer de piel.**
- 5. Cualquier tipo de Cáncer que sólo este presente en las células donde comenzó (in situ) y que no se haya diseminado a ningún tejido cercano; es decir, cánceres en su etapa más temprana y que no sean invasivos, así como tumores benignos o premalignos.**
- 6. Indemnizaciones, procedimientos médicos o quirúrgicos, gastos u hospitalizaciones derivadas de una Enfermedad o Accidente no cubierto por la Póliza.**
- 7. Lesiones, Accidentes o muerte que sufra el Asegurado, originadas por participar en actividades militares, actos delictivos intencionales, en actos de guerra, riña, rebelión o insurrección; en alborotos populares considerándose dentro de estos últimos las marchas, mítines, manifestaciones y procedimientos de huelgas o paro en solidaridad.**
- 8. Enfermedades, lesiones y/o tratamientos resultantes del intento de suicidio, y/o mutilación voluntaria o lesiones autoinfligidas por el Asegurado, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental.**
- 9. Lesiones, Accidentes o muerte del Asegurado, donde el primer gasto médico se realice después de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el Accidente.**
- 10. Puerperio, aborto, interrupción del embarazo sin importar cuál sea su causa.**
- 11. Prematurez, inmadurez fetal.**
- 12. Cámara hiperbárica.**

13. **No se cubren medicamentos que no hayan sido prescritos por el médico tratante o bien que no tengan relación con el padecimiento que originó la consulta.**
14. **Enfermedades o malformaciones Congénitas de los Asegurados nacidos fuera de la Póliza o cuando la madre no cumpla con al menos 10 meses de cobertura continua en la Póliza o cuando su alta sea solicitada posterior a los 30 (treinta) días siguientes a su fecha de nacimiento.**
15. **Tratamientos de miopía, presbiopía, hipermetropía, astigmatismo, queratocono, independientemente de sus causas y orígenes.**
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, concesionada o que sea privada, para el servicio regular de pasajeros sujeta a itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios regulares, así como vuelos en aviones ultraligeros con y sin motor ni aviación privada.**
17. **Lesiones o Accidentes derivados de la participación del Asegurado en carreras, pruebas o contiendas de velocidad y/o resistencia.**
18. **No se cubren Accidentes, Enfermedades o lesiones causadas por el uso, conducción y/o operación de armas de fuego o municiones de cualquier tipo, explosivos de cualquier clase, pólvora, mechas, fulminantes, detonantes, fuegos artificiales y artefactos pirotécnicos.**
19. **No se cubren Accidentes, Enfermedades o lesiones causados por la fabricación o producción o comercialización o distribución o transporte, de combustibles, hidrocarburos y gases en general, petroquímicos, así como por operaciones**

petroleras y/o de gas, incluyendo perforación, exploración, explotación, oleoductos y gasoductos.

20. Lesiones que el Asegurado sufra cuando practique paracaidismo, buceo, montañismo, alpinismo, charrería, equitación, tauromaquia, artes arciales, esquí de cualquier tipo, cacería, espeleología o cualquier tipo de deporte aéreo.
21. Enfermedades o lesiones que el Asegurado sufra y que sean derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte.
22. Automovilismo, ya sea piloto o acompañante, en cualquiera de sus formas ya sea en competencia o no, avalado por la Federación que corresponda o no avalado, motociclismo y/o práctica de deportes con cualquier tipo de vehículos con motor en cualquiera de sus modalidades, así como los Accidentes o Enfermedades derivadas de la práctica de estos.
23. Gastos médicos de la cobertura de Reembolso por accidente, derivados de tratamientos y/o terapias, cualquiera que sea su origen de:
 - a) Rehabilitación psicomotora
 - b) Rehabilitación neurológica
 - c) Terapias de neuro estimulación
 - d) Estimulación temprana
 - e) Rehabilitación cognitiva
 - f) Aprendizaje
 - g) Recreativas
 - h) Neurolingüísticas
 - i) Terapia de Lenguaje
 - j) Tratamientos o protocolos experimentales
 - k) Tratamientos estéticos
 - l) Cualquier terapia o tratamiento no autorizado por la autoridad sanitaria competente.

QSalud no pagará ningún gasto por concepto de los Tratamientos y/o terapias antes mencionadas ni sus

complicaciones o consecuencias, aun cuando éstas se encuentren justificadas medicamente y deriven de un Accidente cubierto en este Contrato de seguro.

24. No se cubren las órtesis o aparatos ortopédicos por pérdida, reposición, destrucción o mal uso de. Estos corren a cargo del Asegurado.
25. No se cubren órtesis ni aparatos ortopédicos para padecimientos preexistentes, únicamente se cubrirán para aquellos Accidentes cubiertos por la Póliza.
26. Tratamientos o procedimientos para tratar la impotencia sexual o la disfunción eréctil, aun cuando sean causados o a consecuencia de Enfermedades, Accidentes, tratamientos o cirugías cubiertas, así como secuelas y/o complicaciones.
27. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y/o maxilofaciales aun cuando sean causados por complicaciones de Enfermedades, cuyos gastos estén cubiertos excepto lo indicado en la Cobertura 3. Atención Dental de la sección III. Coberturas Opcionales con Costo de las presentes Condiciones generales siempre y cuando su contratación se encuentre indicada en la Carátula de Póliza correspondiente.
28. Cuando el Asegurado participe en algún protocolo médico experimental y/o en investigación, tanto en territorio nacional como en el extranjero.
29. Tratamientos, técnicas o tecnologías médicas que no estén autorizados o referidos en México por la Secretaría de Salud, la COFEPRIS (Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios), por la FDA, (por sus siglas en inglés Food and Drug Administration), de los Estados Unidos de América, con base en el nivel de evidencia clínica y científica.

30. En caso de que el médico quien realice el diagnóstico sea el mismo Asegurado o familiar en línea directa del Asegurado.
31. Honorarios por servicios prestados por fisioterapeutas, quiroprácticos, podólogos, acupunturistas y/o homeópatas.
32. Honorarios por servicios prestados por médicos sin cédula profesional que los acredite como profesionales legalmente autorizados para realizar dichos tratamientos.
33. Gastos erogados fuera de la República Mexicana derivados de cualquier Accidente o Enfermedad.
34. Curas de reposo o descanso y exámenes médicos iniciales para la comprobación del estado de salud, conocidos como check up, excepto lo indicado en la Cobertura 1. *Evaluación médica preventiva de la sección III. Coberturas opcionales con costo.*
35. Cualquier gasto que no esté expresamente citado en las coberturas contratadas de estas Condiciones generales.
36. Prendas de vestir con propiedades médicas como son: zapatos, calcetines, blusas, ropa interior, medias, camisas, camisetas y botas entre otras similares.
37. Cualquier Enfermedad, cuyo diagnóstico se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.
38. Donación de órganos y sus complicaciones y/o consecuencias, cuando el Asegurado sea el donante, ni los gastos originados por complicaciones médicas o quirúrgicas de donadores de órganos y los gastos médicos erogados por los candidatos a donación, excepto lo estipulado en la cobertura de indemnización por trasplante de órganos de las presentes Condiciones generales.

- 39. Enfermedades o Accidentes originadas a consecuencia de la ingesta de alcohol y sustancias tóxicas, drogas, fármacos, o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o sustancias con efectos similares, no prescritos por un médico, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.**
- 40. Procedimientos o tratamientos de carácter estético, enlistados más no limitados a: cosmetológicos, plásticos, para la calvicie, gorro DigniCap, cualquier tipo de implantes en el organismo y/o bombas de disfunción eréctil entre otros que sean considerados meramente estéticos.**
- 41. Gastos de peluquería, barbería y pedicurista, así como la compra o renta de aparatos o servicios para comodidad personal.**
- 42. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por anorexia o bulimia, así como sus complicaciones y/o consecuencias.**
- 43. Procedimientos quirúrgicos para la corrección y/o manejo de obesidad o reducción de peso, incluyendo Cirugía Bariátrica para Tratamiento de diabetes y para reflujo.**
- 44. Cualquier tipo de estudio y/o tratamiento para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño, roncopatías, así como sus complicaciones y/o consecuencias.**
- 45. QSalud no pagará ningún gasto por concepto de medicamentos, estudios, tratamientos y/o terapias para trastornos psicológicos o psiquiátricos ni sus complicaciones aun cuando estas deriven de una Enfermedad o Accidente amparado en este Contrato de Seguro.**

Asimismo, en ningún caso quedan cubiertos los gastos médicos y hospitalarios de las Enfermedades catalogadas en la última versión del DSM Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

46. Las siguientes fórmulas, preparaciones y/o productos aún por prescripción médica del Médico tratante perteneciente a la Red de Prestadores de servicio en convenio con QSalud:
- a) Fórmulas lácteas.
 - b) Suplementos y complementos alimenticios.
 - c) Medicamentos vitamínicos y productos multivitamínicos.
 - d) Cosméticos y dermatológicos.
 - e) Medicamentos cubiertos que no estén amparados por una receta médica vigente.
 - f) Medicamentos biológicos e insumos utilizados en terapia celular.
 - g) Medicamentos que no tengan relación con el accidente o enfermedad cubierto.
 - h) Fórmulas naturistas.
47. No se cubrirán los gastos generados por la compra de medicamentos que no cuenten con registro sanitario ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y/o no tengan licencia de comercialización en México, aun y cuando sean indicados o justificados por el médico tratante perteneciente a la Red de Prestadores de servicio en convenio con QSalud o el Asegurado cuente con permiso de importación. Para el caso de cáncer no se cubrirán aquellos medicamentos que no se encuentren indicados en las Guías Terapéuticas de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).
48. No se cubren hospitalizaciones o indemnizaciones derivadas de:

- **Tratamientos psiquiátricos.**
- **Trastornos de enajenación mental.**
- **Trastornos de la conducta.**
- **Tratamientos para estados de depresión psíquica o nerviosa.**
- **Tratamientos para histeria, neurosis, psicosis o cualesquiera que sean sus manifestaciones clínicas.**

VIII. Cláusulas generales.

Agravación del riesgo.

Para todos los efectos del presente Contrato de seguro, se entenderá como agravación del riesgo aquellos supuestos en los que, debido a causas sobrevenidas que no estaban presentes en el momento de la contratación de la Póliza de seguro, se experimenta un incremento sustancial de la posibilidad de ocurrencia de los sucesos contemplados en las cláusulas del seguro o del alcance de los daños sujetos a protección por parte de QSalud.

Derivado de lo anterior, el Asegurado deberá comunicar a QSalud las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las 24 (veinticuatro) horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso de agravación de riesgo o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de QSalud, de acuerdo con lo establecido en los Artículos 52, 53 fracción I, 54, 60 y 70 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

Cesarán de pleno derecho las obligaciones de QSalud, por agravación esencial del riesgo, 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, 193 a 199, 400 y 400

Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, 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 algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos 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.

Arbitraje médico.

En caso de que QSalud notifique la improcedencia de una reclamación como consecuencia de una Enfermedad preexistente, el Asegurado podrá solicitar por escrito a QSalud en su domicilio, la designación de un Médico que fungirá como árbitro elegido de común acuerdo entre el Asegurado y QSalud, para que este a través de un arbitraje privado decida si los gastos médicos que motivan la reclamación del Asegurado derivan o no de una Enfermedad Preexistente.

Al acudir a este arbitraje, el Asegurado acepta que comparecerá ante el médico designado y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, y por tanto su resolución tendrá fuerza vinculante para ambas partes, por lo que ambas partes renuncian a cualquier otro derecho para dirimir la controversia ante cualquier otra instancia.

El procedimiento del arbitraje será establecido por el médico elegido como árbitro por el Asegurado y por QSalud quienes deberán firmar el convenio arbitral que para estos efectos se elabore.

El laudo que emita el árbitro vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado.

Movimientos de Asegurados.

Altas.

Mientras esté en vigor la presente Póliza, QSalud incluirá bajo la protección de ésta a nuevos miembros de la Colectividad asegurada, para lo cual el Contratante deberá solicitarlo por escrito a QSalud, indicándole la protección que le corresponda de acuerdo con las reglas establecidas en la Póliza.

En caso de alta de un Asegurado durante la vigencia de la presente Póliza, QSalud cobrará una prima de acuerdo con la edad de dicho Asegurado, calculada en proporción desde la fecha de ingreso hasta el próximo vencimiento del pago de la prima.

Los hijos de la Asegurada nacidos durante la vigencia de la Póliza, quedarán cubiertos a partir de su nacimiento, siempre y cuando la Madre Asegurada tenga al menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza, al momento del nacimiento y se de aviso por escrito a QSalud dentro de los 30 días siguientes a la fecha de nacimiento debiendo adjuntar copia certificada del acta de nacimiento correspondiente. De no hacerse así, la inclusión de los hijos estará condicionada a la aceptación de QSalud.

En todos los casos QSalud cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del alta hasta el vencimiento de la Póliza y emitirá el recibo correspondiente.

El pago de la prima deberá realizarse dentro de los siguientes 30 días naturales siguientes a la fecha de alta, en caso de no realizarse el pago, se dará de baja al Asegurado y su aceptación estará condicionada a la aceptación de QSalud.

Bajas.

Causarán baja de esta Póliza aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la Colectividad asegurada, para lo cual el Contratante se obliga a notificarlo a más tardar el día hábil siguiente y por escrito a QSalud, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido, excepto para los siniestros generados antes de la fecha de dicha separación.

En caso de baja de un Asegurado durante la vigencia de la presente Póliza, QSalud devolverá dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de baja, a quien haya cubierto la prima neta y en su caso a la proporción correspondiente la prima neta no devengada de dichos integrantes, calculada en días exactos.

Beneficios fiscales.

Constituyen deducciones personales para el Asegurado y/o Contratante las primas por seguros de gastos médicos, complementarios o independientes de los servicios de salud proporcionados por instituciones públicas de seguridad social, siempre que el Beneficiario sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes en línea recta, conforme al artículo 151, fracción VI de la Ley del Impuesto sobre la Renta con los límites que la misma Ley establezca.

El Asegurado y/o Contratante podrán hacer deducible de impuestos, en los términos y límites establecidos de la legislación fiscal, las cantidades que haya pagado en exceso de los límites de responsabilidad de QSalud; o bien, de los gastos no cubiertos por la Póliza.

Certificado individual.

Los Certificados individuales de cada uno de los Asegurados titulares integrantes de esta Póliza serán parte de la documentación contractual de la misma. El Contratante tendrá la

obligación de entregarlos en forma física al Asegurado titular correspondiente.

Competencia.

En caso de controversia, el Contratante o Asegurado titular podrán hacer valer sus derechos por escrito o por cualquier otro medio ante cualquiera de las siguientes estancias:

- Unidad Especializada de Atención a Usuarios de QSalud en términos del artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.
- La Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en términos del artículo 60 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros, pudiendo a su elección, determinar la Competencia por territorio, debido al domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los artículos 50 Bis y 68, 70,71 y 72 bis de la mencionada Ley, y 277 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.
- Lo anterior dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen, o en su caso, a partir de la negativa de QSalud a satisfacer las pretensiones del Asegurado.

De no someterse las partes al Arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta o QSalud proponga, se dejarán a salvo los derechos del Contratante o Asegurado titular para que los haga valer ante los tribunales competentes de la jurisdicción que corresponda a cualquiera de las delegaciones regionales de la Condusef. En todo caso, queda a elección del Contratante o Asegurado titular acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

Concurrencia.

La concurrencia es una situación en la que dos o más Pólizas cubren un mismo riesgo. Esto, además, durante periodos simultáneos. De lo anterior, entonces el pago de los beneficios derivados de esta Póliza no se duplicará con los beneficios de ninguna otra Póliza de seguros para la cual un Asegurado pueda hacer uso. Por lo tanto, cuando QSalud efectúe el pago o Reembolso de una indemnización que también sea amparada por otra aseguradora, QSalud tendrá el derecho de repartir con dicha aseguradora la proporción de las Sumas aseguradas respectivas, reinstalándose la cantidad recuperada en la Suma asegurada, siempre y cuando este haya otorgado su consentimiento en el finiquito correspondiente.

Consentimiento para el tratamiento de datos personales sensibles y/o patrimoniales.

El Contratante conoce que el uso de las claves y contraseñas, constituyen vehículos de autenticación, identificación y expresión del consentimiento, y que estas serán utilizadas en sustitución la firma autógrafa, por lo que todas las operaciones que se realicen a través de medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, se entenderán autorizadas al proporcionar los datos correspondientes a las claves y contraseñas respectivas, cuyo uso, custodia y/o resguardo es responsabilidad exclusiva del Contratante, por lo que estos últimos liberan a la Institución de cualquier uso indebido de las mismas.

Continuidad del Seguro.

Cualquier Asegurado que deje de pertenecer a la Colectividad asegurada, ya sea por baja, fallecimiento del titular o en el caso de los hijos que ya no cumplan con la Cláusula de "Dependientes económicos", tendrá derecho a solicitar que se le expida a su nombre una Póliza de seguro individual con características similares con productos vigentes y registrados ante la CNSF y con reconocimiento de antigüedad llenando la documentación correspondiente, siempre y cuando el trámite se realice dentro de los primeros treinta (30) días naturales posteriores a que el

Asegurado deje la cobertura de la Póliza correspondiente, debiendo acreditar con documento oficial la separación laboral, sin que pase por el proceso de selección médica.

Contrato de Seguro o Póliza.

Mediante este Contrato de seguro, QSalud se obliga a indemnizar al Asegurado o reembolsarle los gastos médicos erogados según los términos y condiciones contratados hasta por la Suma asegurada señalada en la Carátula de Póliza y/o Certificado individual correspondiente para cada cobertura según corresponda.

Este Contrato de seguro está formado por:

- Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a QSalud, incluyendo la Solicitud de seguro.
- Carátula de Póliza.
- Certificado individual
- Condiciones generales
- Endosos.
- Folleto derechos básicos del Asegurado.
- Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración de este Contrato de seguro.

Corrección del Contrato de seguro y Notificaciones.

Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha de inicio de Vigencia de la Póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

“Artículo 25.- 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."

Las condiciones generales de la Póliza, las cláusulas y los endosos sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el Contratante y QSalud. Estas modificaciones deberán constar por escrito (Artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro) y estar debidamente registradas de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (Artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas).

Los agentes o cualquier otra persona no autorizada específicamente por QSalud carecen de facultades para hacer modificaciones o correcciones al Contrato de seguro y sus Endosos.

Toda comunicación entre QSalud y el Contratante deberán hacerse por escrito a los domicilios señalados en la Carátula de Póliza y/o Certificado individual correspondiente. El Contratante deberá notificar por escrito a QSalud cualquier cambio de domicilio efectuado durante la Vigencia de la Póliza. Las notificaciones que QSalud haga al Contratante se dirigirán al último domicilio que éste haya proporcionado por escrito a QSalud. En caso de que la dirección de QSalud llegara a diferir de la que se establece en la Póliza, se procederá conforme a lo dispuesto por el artículo 72 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Dependientes económicos.

Podrán ser dependientes económicos del Asegurado titular en esta Póliza:

- Su cónyuge, o concubina o concubinario, conforme a las disposiciones relativas del Código Civil Federal.
- Los hijos del Asegurado titular hasta los 24 años de edad cumplidos.

Designación de beneficiarios.

El Asegurado titular tiene derecho a designar o cambiar libremente a los Beneficiarios, siempre que, no se haya cedido y no exista restricción legal. El Asegurado debe notificar el cambio por escrito a QSalud, indicando el nombre del nuevo Beneficiario. QSalud pagará al último Beneficiario del que tenga conocimiento por escrito y quedará liberada de las obligaciones contraídas en este Contrato.

El Asegurado titular puede renunciar al derecho de cambiar la designación del Beneficiario, haciendo una designación irrevocable siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario y a QSalud y que conste en la presente Póliza, como lo prevé el Artículo 176 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado titular.

Cuando no haya Beneficiarios designados, el importe del Seguro se pagará a la sucesión del Asegurado titular. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y el Asegurado titular mueran simultáneamente o cuando el Beneficiario designado muera antes que el Asegurado titular.

La protección contratada derivada de este Contrato será pagada al Beneficiario o Beneficiarios que resulten serlo, según lo estipulado en esta cláusula.

El Asegurado titular debe designar Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de Beneficiario atribuye a la persona en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del Seguro, de manera que son ineficaces las designaciones para que una persona cobre los beneficios derivados de este Contrato y la entregue a otras.

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma asegurada.

Edad.

La Edad de aceptación para la contratación del seguro será desde el primer día de nacidos y hasta la edad máxima de 64 años cumplidos.

QSalud tiene en cualquier tiempo el derecho de solicitar, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, se extenderá el comprobante correspondiente, y no podrá exigir nuevas pruebas al momento del siniestro, salvo que se compruebe que dichas pruebas son falsas o de dudoso origen.

Si a consecuencia de Inexacta declaración de la Edad del Asegurado, al tiempo de la celebración o de la Renovación del Contrato de seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, el presente Contrato de seguro quedará rescindido de acuerdo con lo establecido en el artículo 171 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

“Artículo 171.- Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, la empresa no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la empresa, pero en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.”

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la Edad del Asegurado, y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de QSalud se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la Edad real en la fecha de celebración del Contrato de seguro. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes a la fecha de celebración del Contrato de seguro de acuerdo con el artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. A partir de la comprobación de la Edad real se realizará el ajuste correspondiente en primas.

Cuando exista un error en la Edad imputable a QSalud, se calculará la prima con base en la Edad real realizando la devolución de prima en caso de que la prima de la Edad real resulte menor. En caso de que la prima resulta mayor el ajuste se realizará a partir de la fecha de detección de dicho error.

Eliminación o reducción de periodos de espera.

Es el beneficio por el cual QSalud reconocerá el tiempo que el Asegurado haya estado cubierto en esta u otra compañía, únicamente para efectos de la eliminación o reducción de algunos de los periodos de espera descritos en el apartado correspondiente, este beneficio se verá reflejado en la fecha de antigüedad del Asegurado.

Entrega de la documentación contractual.

QSalud se obliga a entregar la documentación contractual consistente en Póliza, Condiciones generales, Endosos, etc., por el medio elegido para tal efecto por el Contratante en la solicitud de seguro.

En caso de que el Contratante haya elegido la entrega de documentación contractual por medios electrónicos, esta le será enviada en formato PDF o el equivalente a través de la dirección de correo electrónico proporcionada por el Contratante al momento de la contratación del seguro.

QSalud dejará constancia de la entrega de la documentación contractual vía correo electrónico en el buzón del correo electrónico proporcionado al momento de la contratación, para tal efecto QSalud procederá a su envío mediante archivos adjuntos, para lo cual guardará el registro del envío, lo anterior sin perjuicio de brindar al Contratante la posibilidad de descargar su documentación contractual en el portal.

En caso de que el Contratante otorgue su consentimiento de forma expresa para recibir la documentación a que se hace referencia en la presente cláusula, mediante el envío de la documentación vía correo electrónico en los términos descritos con antelación, está de acuerdo en que los medios de identificación sustituyen la firma autógrafa, y producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio, en términos de lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

En caso de que el Contratante no reciba su Póliza dentro de los 30 días naturales siguientes de haber contratado el seguro o requiera un duplicado de su Póliza o desee consultar sus Condiciones generales, deberá hacerlo del conocimiento de QSalud llamando al Centro de Contacto QSalud 800-772-5835, en cuyo caso, QSalud podrá entregar la documentación contractual al Asegurado en cualquiera de las sucursales de QSalud, o podrá descargarlas en internet en el portal www.qualitassalud.com.mx.

Examen Médico.

QSalud puede exigir a los posibles Asegurados que se sometan a una evaluación médica y/o estudios de laboratorio o gabinete que

serán practicados por profesionales señalados por QSalud. Así mismo, deberán suministrar toda la información requerida por QSalud sobre su estado de salud, antes de la celebración del Contrato y autorizarán a los profesionales o instituciones donde hubieran sido o sean tratados, a fin de que suministren por su cuenta toda la información necesaria.

Al Asegurado que se haya sometido al Examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no se le aplicará en ningún caso la cláusula de preexistencia respecto de Enfermedades evaluadas en el Examen médico que se le haya aplicado y, que no hubiesen sido diagnosticados en el citado Examen médico.

En el caso de que el Asegurado manifieste la existencia de una Enfermedad ocurrida antes de la celebración del Contrato de seguro, QSalud podrá emitir algún endoso, establecer exclusiones o no aceptar el riesgo declarado.

Extinción de Obligaciones.

En virtud de esta cláusula, el Contratante y QSalud reconocen y ratifican que, según lo establecido en la Ley sobre el Contrato de seguro, el presente Contrato de seguro está regido por el principio de la buena fe.

El Contratante expresamente conviene en que las obligaciones de QSalud quedarán extinguidas sin necesidad de intervención judicial alguna de conformidad con el artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, cuando del análisis de la información o la documentación que presenten el Contratante para sustentar cualquier reclamación de pago o reembolso, se pueda presumir razonablemente que el Contratante o el representante de éste con la finalidad de hacer incurrir en error a QSalud, disimulen o alteren cualquier hecho que incida directa o indirectamente de cualquier forma, en las obligaciones que conforme a este contrato de seguro asume QSalud, acciones tales como:

- Disimular, omitir o declarar falsa o Inexactamente, las circunstancias correspondientes a la realización o reclamación del Siniestro y/o las consecuencias de la reclamación o de la realización del Siniestro; o,
- Falsificar o alterar los documentos, públicos o privados en que se fundamente su reclamación; o
- Utilizar y/o presentar documentos falsificados o alterados ya sean públicos como privados para fundar la existencia o actualización del riesgo amparado o cualquier reclamación de pago o Reembolso o fundar o justificar cualquier situación o circunstancia relativa al Siniestro.

“Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa 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 de que trata el artículo anterior.”

Al efecto, QSalud notificará por escrito y de manera fehaciente al Contratante la extinción de las obligaciones del Contrato de seguro por parte de QSalud dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes a la fecha en que QSalud haya contado con los elementos, documentos o información, inherente al hecho correspondiente.

Lo mismo se observará en el caso de que, el Contratante o el representante de éste, incurriendo en cualquiera de las causales previstas en esta cláusula, hayan obtenido un lucro indebido en perjuicio de QSalud.

Una vez realizada la notificación, QSalud quedará liberada de cualquier obligación de pago o responsabilidad de cualquier otro

tipo relacionados con la reclamación que motivó la extinción de sus obligaciones.

No obstante, lo anterior, QSalud cumplirá íntegramente y de acuerdo con los límites máximos de responsabilidad, Sumas aseguradas y demás términos y condiciones pactadas en este Contrato de Seguro, incluyendo las obligaciones de pago derivadas o que puedan derivarse de las reclamaciones y Siniestros que se hubiesen presentado y reclamado válidamente hasta antes de la fecha de Extinción de Obligaciones de QSalud y sean distintos a la que motivó la citada extinción de obligaciones.

En ninguna circunstancia QSalud pagará reclamaciones de pago presentadas con posterioridad a la fecha en que se haya notificado al Asegurado y/o Contratante la extinción de obligaciones de QSalud.

En todo caso, QSalud tiene derecho a conservar la prima devengada hasta el momento de la extinción de obligaciones, pero devolverá al Contratante el monto correspondiente a lo especificado en la Cláusula *“Cancelación, Terminación y/o Recisión”*, sin incluir derechos de póliza. La prima será devuelta al Contratante dentro de un plazo de 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha en que se haya notificado la extinción de obligaciones del contrato de seguro por parte de QSalud y la devolución se hará a través de transferencia electrónica u orden de pago.

Forma de pago.

El Contratante podrá optar por el pago fraccionado de la prima en forma semestral, trimestral o mensual. A estos pagos parciales se les aplicará una tasa de financiamiento previamente pactada entre QSalud y el Contratante en la fecha de celebración del Contrato de acuerdo con la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Cuando la transacción sea con cargo a tarjeta de débito o crédito, cuenta bancaria, o mediante transferencia o depósito bancario, el estado de cuenta, recibo, comprobante, folio o número de confirmación de la transacción que corresponda hará prueba plena del pago hasta en tanto QSalud entregue el comprobante de pago correspondiente.

Indemnización por Mora.

En caso de que QSalud, no obstante haber recibido todos los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con sus obligaciones derivadas de este contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, pagará al acreedor que corresponda una indemnización por mora de acuerdo con el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

Moneda.

Todos los pagos derivados del Contrato de seguro deberán efectuarse en Moneda Nacional de conformidad con el artículo 8° de la Ley Monetaria vigente al momento de hacer el pago.

La Moneda en que se emitió este Contrato de seguro no podrá ser modificada, es decir, no habrá conversión de la Moneda en Suma asegurada ni Prima.

Intereses moratorios.

Si la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, no cumple con sus obligaciones derivadas de este Contrato en los términos del artículo 276 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente: "Si una Institución de Seguros 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 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas)

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE).

Con gusto atenderemos tus aclaraciones y/o reclamaciones que se han presentado, cuya respuesta no ha cubierto sus expectativas, al teléfono 800 772 5833 o envía un correo electrónico a la siguiente dirección une@qualitassalud.com.mx o al domicilio Av. San Jerónimo Núm. 478, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, Código Postal 01900, Ciudad de México, en un horario de atención telefónica: De lunes a viernes de 8:30 a 18:00 hrs.

Asimismo, podrás contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en caso de dudas, quejas, reclamaciones o consultar información sobre los productos ofrecidos para fines informativos y de comparación al domicilio en Insurgentes Sur No. 762, Colonia

del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México, correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o llamar al teléfono 800 999 8080 y 55 5340 0999.

Obligación de Asegurar.

El Contratante se obliga a solicitar la cobertura de este seguro para todas aquellas personas que en el momento de expedición de la Póliza reúnan las características necesarias para formar parte de la Colectividad asegurada. Así mismo, se obliga a solicitar la cobertura del seguro en los términos de esta Póliza para todas las personas que con posterioridad llegaren a cumplir dichas características, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que sean elegibles.

Pago de reclamaciones.

Las reclamaciones que resulten procedentes serán liquidadas en el curso de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que QSalud reciba todos los documentos e información que le permitan conocer los fundamentos de la reclamación.

Todas las reclamaciones cubiertas por QSalud serán liquidadas al Asegurado, en caso de que éste fallezca o pierda el estado de conciencia para ejercer su derecho de cobro, el pago se realizará al cónyuge o concubina(rio), a los hijos mayores de edad o en su defecto, a quién acredite haber hecho el gasto o ser responsable del mismo presentando la factura y/o recibo correspondiente, así como los soportes requeridos por QSalud.

Prevención de actividades ilícitas.

Con relación a las disposiciones a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el Contratante reconoce que tiene y mantendrá vigentes y disponibles expedientes que contengan los siguientes datos de identificación de sus Asegurados en esta Póliza:

Datos de identificación necesarios:

- a)** Identificación personal que deberá ser en todo caso un documento original oficial emitido por autoridad competente, vigente a la fecha de su presentación, en donde aparezca fotografía, domicilio y firma del portador;
- b)** Comprobante de domicilio;
- c)** De contarse con ella, constancia de la clave única de registro de población, expedida por la Secretaría de Gobernación;
- d)** De contar con ella, cédula de identificación fiscal;
- e)** Asegurados de nacionalidad diversa a la mexicana, el documento mediante el cual se acredite su legal estancia en el país.

Notificaciones.

Cualquier notificación relacionada con este Contrato deberá hacerse por escrito y en los domicilios señalados por las partes en este Contrato o mediante las vías electrónicas que así se acuerden.

En caso de que la dirección de QSalud llegara a diferir de la que se establece en la póliza, se procederá conforme a lo dispuesto por el artículo 72 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

Limitación en la intermediación.

Los agentes de seguro con quienes QSalud celebre contratos de intermediación para efectuar la venta de seguros carecen de facultades de representación de QSalud para aceptar riesgos, suscribir o modificar Pólizas.

Lugar de pago.

Las primas convenidas serán pagadas en cualquiera de los domicilios de QSalud o mediante cualquier otro medio de pago que QSalud ponga a disposición del Asegurado; para lo cual, el Contratante deberá obtener y conservar el comprobante de dicha operación para futuras referencias y aclaraciones.

Los pagos de primas también podrán efectuarse mediante domiciliación bancaria; y en estos casos, servirán como recibo el estado de cuenta del Contratante o el comprobante de pago del banco emisor.

Omisiones o Inexactas Declaraciones.

El contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a QSalud, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato (artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro descritos a continuación).

“Artículo 8º. – 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.”

Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero Asegurado o de su intermediario, de acuerdo con lo establecido en el artículo 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

“Artículo 9.- Si el contrato se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

“Artículo 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero Asegurado o de su intermediario.”

“Artículo 17.- Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que

hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta 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 del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta 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 treinta 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."

Cualquier Omisión o Inexacta declaración de los hechos a que se refiere esta cláusula, facultará a QSalud para rescindir de pleno derecho el Contrato de seguro, aunque no hayan influido en la realización del Siniestro de acuerdo con el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de QSalud a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del Asegurado, deberá ser reintegrado a QSalud por el mismo.

QSalud comunicará en forma auténtica al Contratante, la rescisión del Contrato de seguro en términos de lo que dispone para tales efectos la Ley sobre el Contrato de seguro.

Otorgamiento del consentimiento.

El Contratante deberá manifestar su voluntad mediante firma autógrafa o bien mediante el uso de los equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados o de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones (en lo sucesivo medios de aceptación), proporcionando para tal efecto aquellos datos personales que lo identifican plenamente y lo distinguen de otras personas, tales como: nombre completo, lugar y fecha de nacimiento, Registro Federal de Contribuyentes (RFC), Clave Única de Registro de Población (CURP), domicilio, teléfono(s) de contacto, usuarios o contraseñas generadas por el propio Asegurado titular y/o Contratante o realizadas conjuntamente con QSalud (en lo sucesivo medios de identificación).

El uso de los medios de aceptación e identificación mencionados, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos legales como si se hubiera manifestado la voluntad por escrito y, en consecuencia, tendrá el mismo valor probatorio, según lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y de conformidad con los artículos 1803, 1811 y demás relativos y aplicables del Código Civil Federal.

Respecto al uso de los medios de identificación y aceptación, se establece lo siguiente:

- I. Las operaciones y/o servicios que se pactarán mediante el uso de medios de identificación y aceptación serán el

- otorgamiento del consentimiento para la celebración de este contrato y para quedar asegurado bajo el mismo.
- II. El Contratante y/o Asegurado titular será responsable de proporcionar los medios de identificación correctamente para estar en posibilidades de ser Asegurado titular.
 - III. El medio por el que se hará constar la contratación de este seguro y quién es el Asegurado titular será la Carátula de la Póliza, cuyo número se proporcionará en el momento mismo de la contratación.
 - IV. A través de los medios de aceptación, el Contratante y/o Asegurado titular podrá manifestar su consentimiento para que QSalud le haga entrega, por cualquiera de los medios a que se refiere la cláusula de entrega de información contractual de la Póliza, las condiciones generales y demás documentación contractual que corresponda a este Contrato de seguro.
 - V. En caso de que el Contratante y/o Asegurado titular haya manifestado su consentimiento para recibir la Póliza, Condiciones generales y demás documentación contractual, a través de la descarga mediante algún medio electrónico que acredite la existencia o validez y efectividad de las operaciones realizadas, a través de los medios a que hace referencia el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, siendo dicho documento y/o número de referencia y/o un folio el comprobante de la operación realizada, en sustitución de la firma autógrafa, lo que producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes, teniendo el mismo valor probatorio.
 - VI. El uso de medios de identificación es de exclusiva responsabilidad del Contratante y/o Asegurado titular, quien reconoce y acepta como suyas todas las

operaciones realizadas utilizando los mismos a través de los medios a que hace referencia el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aceptando que reconocen y aceptan el carácter personal intransferible de los usuarios y/o contraseñas que, en su caso, se le llegaren a proporcionar, así como su confidencialidad.

La utilización de los medios a que hace referencia el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, implica la aceptación de todos los efectos jurídicos derivados de estos, así como de los términos y condiciones aquí establecidos. Por lo que en caso de que el Contratante y/o Asegurado titular llegare a hacer uso de los medios aquí establecidos, en este acto reconoce y acepta que las solicitudes o consentimientos otorgados a través de dichos medios electrónicos, así como su contenido, producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos autógrafos suscritos por las partes, teniendo en consecuencia el mismo efecto y valor probatorio.

Otros seguros.

Si al momento de la reclamación, las coberturas otorgadas en esta Póliza estuvieran amparadas total o parcialmente por otros seguros, en esta u otras compañías, el Asegurado no podrá recibir más de la cantidad correspondiente al 100% de los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios. Es obligación del Asegurado presentar a QSalud el comprobante de los pagos, y finiquito que le haya(n) expedido otra(s) aseguradora(s) con relación al evento del cual Solicite la indemnización.

Periodo para informar la ocurrencia del siniestro.

Tan pronto como el Asegurado tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro, deberá informarlo a QSalud, utilizando los formatos establecidos y medios de comunicación dispuestos para tales efectos para lo cual tendrá cinco días hábiles de acuerdo con el apartado de Indemnización de estas Condiciones generales.

QSalud no tendrá responsabilidad alguna derivada del presente Contrato de seguro, si el Asegurado o el Beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben con oportunidad las circunstancias del siniestro.

En cualquier caso, QSalud tendrá el derecho de exigir del Asegurado y/o Beneficiario toda la información que considere necesaria acerca de los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias de este.

Periodo máximo de beneficio.

El periodo máximo de beneficio es el tiempo durante el cual quedarán amparados los gastos erogados por cada padecimiento cubierto por la Póliza, QSalud pagará los gastos complementarios por cada enfermedad y/o accidente cubierto, incurridos durante la vigencia de la Póliza, de conformidad con las condiciones del plan vigente al momento en que el total de gastos precedentes, para el restablecimiento de la salud biológica del Asegurado, hayan rebasado el deducible vigente en dicho momento, teniendo como límite lo que ocurra primero entre:

- a)** El agotamiento de la suma asegurada o al pago de la indemnización correspondiente.
- b)** Al concluir el término de setecientos treinta días naturales, contados a partir de la fecha en que termina la vigencia del Contrato.
- c)** La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al Asegurado.
- d)** En caso de cancelación del contrato. En el caso de rehabilitación de la Póliza, QSalud no cubrirá los gastos médicos erogados por padecimientos iniciados dentro del periodo al descubierto en que haya quedado esta Póliza.

Periodo de gracia.

En caso de que la forma de pago sea en una sola exhibición el Contratante dispondrá de catorce (14) días naturales para efectuar el pago de ésta, contado a partir de la fecha de inicio de Vigencia o renovación.

Cuando el pago de la Póliza se realice de manera fraccionada, el Contratante dispondrá de catorce (14) días naturales para efectuar el pago del primer recibo contado a partir de la fecha de inicio de Vigencia o Renovación, los recibos subsecuentes contarán con el mismo plazo para la realización de su pago.

Este periodo puede variar previo acuerdo con el Contratante.

Conforme a lo contratado por el Asegurado y/o Contratante este plazo se encuentra indicado en la Carátula de la Póliza en el rubro denominado "Fecha Vencimiento de Pago/Plazo de Pago".

Los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día del lapso mencionado si el Contratante no ha cubierto el total de la Prima o de la parcialidad pactada.

En caso de que se presente un Accidente cubierto durante este periodo (periodo de gracia), la indemnización de los gastos médicos procedentes se hará por Reembolso descontando la Prima o la fracción pendiente de pago.

Periodo al descubierto.

Lapso durante el cual el Asegurado no goza de los beneficios del presente contrato de seguro.

Una vez transcurrido este periodo iniciaran los beneficios del presente contrato de acuerdo con los límites y condiciones contratados.

Prima.

Es la contraprestación económica prevista en el Contrato de seguro a cargo del Contratante y a favor de QSalud, cuyo pago podrá ser pactado de forma anual o en parcialidades, de acuerdo con lo establecido en la Carátula de Póliza.

La prima total de la Póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados correspondiente a las coberturas contratadas, de acuerdo con el sexo y edad alcanzada en la fecha de Inicio de Vigencia o fecha de alta del Asegurado.

En cada Renovación, la prima se actualizará de acuerdo con la Edad alcanzada para cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, de acuerdo con el producto registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. El incremento de primas en cada Renovación será el que resulte de calcular y actualizar, con información suficiente, homogénea y confiable, los parámetros de la prima conforme a lo establecido para tales efectos en la nota técnica correspondiente.

La prima correspondiente a cada uno de los recibos vencerá al inicio de cada periodo pactado, estipulado en la Carátula de Póliza. Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago fraccionado, dentro del término estipulado en la Carátula de Póliza, los efectos del Contrato de seguro cesarán automáticamente a las 12 (doce) horas del último día de ese plazo, de conformidad con el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier cantidad a favor del Asegurado.

Primer recibo.

Es el primer pago que debe realizar el Contratante por la contratación de su seguro. En este recibo se incluye el Derecho de Póliza.

Recibos subsecuentes.

Son los pagos posteriores al primer recibo siempre y cuando el Contratante haya elegido una forma de pago en parcialidades.

Prescripción.

Todas las acciones que se deriven del presente Contrato de seguro prescribirán en 2 (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 Ley Sobre el Contrato de Seguro relativos a que en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, la prescripción comienza a contarse desde el día en que QSalud hubiese tenido conocimiento de tales circunstancias y si se trata de siniestros, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados.

Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio señalado en el artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y al interponer una reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de a Usuarios de QSalud, conforme a lo dispuesto por el artículo 50 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

“Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán: I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida. II.- En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.”

“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. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor"

Revelación de Comisiones.

Durante la Vigencia de la Póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a QSalud que 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 de seguro. QSalud proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Renovación.

QSalud podrá renovar el presente contrato, en las mismas condiciones en las que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato.

El contrato se podrá renovar en el producto vigente y registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, por periodos de un año, siempre y cuando el Contratante notifique a QSalud por escrito su voluntad de renovar la Póliza dentro de los últimos 30 días naturales de la fecha de fin de vigencia de la Póliza y QSalud acepte de conformidad de la renovación de la misma.

El pago de la prima acreditado mediante el recibo extendido en las formas usuales de QSalud se tendrá como prueba suficiente de aceptación del Contratante.

La prima que deberá pagarse en términos de la cláusula respectiva se aplicará de acuerdo con los parámetros técnicos que QSalud identifique del Asegurado y a su edad alcanzada. El incremento que se efectuará para cada renovación será el que corresponda conforme a los procedimientos y parámetros calculados con información homogénea, suficiente y confiable, establecidos en la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En cada renovación se respetará la antigüedad del Asegurado con QSalud.

Modificaciones y Notificaciones.

Sólo tendrán validez las modificaciones pactadas expresamente entre las partes y que consten por escrito en la Póliza, o mediante endosos a la misma, registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (Artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por QSalud carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

Toda notificación a QSalud deberá hacerse por escrito y dirigirse al domicilio, que aparece en la Carátula de la póliza y/o Certificado individual correspondiente.

Fecha de antigüedad.

Es la fecha a partir de la cual el Asegurado ha estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una Póliza con características similares, siempre y cuando esta situación sea reconocida por Qsalud expresamente al momento de la contratación del seguro. Dicha fecha se encuentra señalada en la Carátula de Póliza.

Esta fecha únicamente sirve para eliminar o reducir algunos periodos de espera de las Enfermedades descritas en el apartado correspondiente de estas condiciones generales. Si la Póliza se

cancela o no se renueva, el Asegurado perderá su fecha de antigüedad.

La fecha de antigüedad en ningún caso implica que QSalud se obligue al pago de indemnizaciones u hospitalizaciones o gastos derivados de Enfermedades y/o Accidentes que hayan tenido origen o cuyos primeros gastos se hayan presentado al amparo de una diversa Póliza de seguro.

Rehabilitación del Contrato.

En el caso que este Contrato de seguro, se cancele por falta de pago de primas, el Contratante podrá, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al último día de Vigencia del Contrato, presentar una solicitud por escrito solicitando la rehabilitación de la póliza, para lo cual QSalud se reserva el derecho de aceptar o rechazar la solicitud de rehabilitación, en caso de ser aceptada confirmará por escrito su autorización para la aceptación del riesgo. El Contratante deberá efectuar dentro del mismo plazo, el pago correspondiente de la prima de este seguro o el total de la parte correspondiente de ella, si se ha pactado su pago fraccionado. Dando cumplimiento a lo anterior, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago, en caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las cero horas de la fecha de pago.

QSalud podrá otorgar la Rehabilitación respetando la Vigencia originalmente pactada, de acuerdo con sus políticas de aceptación y de Rehabilitación vigentes.

Para que QSalud otorgue al Contratante la Rehabilitación es necesario que este pague la prima del Periodo al Descubierto que corresponde al costo de Rehabilitación, quedando especificado dicho periodo al descubierto.

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula se hará constar por QSalud para efectos

administrativos, en el recibo que emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

En ningún caso, QSalud cubrirá Siniestros ocurridos durante el Periodo al Descubierto, así como Accidentes, Enfermedades y sus complicaciones detectadas y/o diagnosticadas durante este periodo.

Eliminación o Reducción de periodos de espera.

Para este beneficio, QSalud reconocerá el tiempo que el Asegurado haya estado cubierto en esta u otra(s) compañía(s) de seguros en Pólizas del mismo contratante y/o colectividad y/o grupo de negocio en forma continua e ininterrumpida, únicamente para efectos de la reducción de los periodos de espera indicados en el apartado V, *Periodos de Espera de las presentes Condiciones generales*.

Suma asegurada máxima.

Es el límite máximo de responsabilidad de QSalud por Asegurado para cada una de las Enfermedades, trasplantes, Procedimientos médicos o quirúrgicos contratados cubiertos de acuerdo con las coberturas y montos siguientes: contratados, teniendo como límite máximo un evento por cada Enfermedad grave o trasplante cubiertos durante la vigencia de la Póliza, sin reinstalarse en sus renovaciones.

- **Indemnización por Enfermedades graves.** Suma asegurada máxima \$300,000.00 (Trescientos mil pesos 00/100 MN).
- **Indemnización por Procedimientos médicos o quirúrgicos derivados de una enfermedad.** Suma asegurada máxima \$300,000.00 (Trescientos mil pesos 00/100 MN).

- **Indemnización por Enfermedades que requieren hospitalización.** Suma asegurada máxima \$80,000.00 (Ochenta mil pesos 00/100 MN).
- **Indemnización por Enfermedades crónicas.** Suma asegurada máxima \$150,000.00 (Ciento cincuenta mil pesos 00/100 MN).

Este límite máximo se aplica tomando en cuenta todas las pólizas que el Asegurado tenga contratadas con QSalud del mismo producto.

Sustitución de firma autógrafa.

Derivado de lo pactado en el apartado de Otorgamiento de consentimiento, el Contratante y QSalud convienen que, de conformidad con los términos establecidos en las legislaciones aplicables, particularmente con lo señalado por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el uso de internet o cualquier otro medio electrónico, óptico o de cualquier tecnología, sistemas automatizados o de procesamientos de datos y redes de telecomunicación y las operaciones relacionadas con estos, mediante la transmisión de mensajes de datos y a través del empleo de la claves y contraseñas asignadas al Contratante, sustituirán a la firma autógrafa y producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, por ende, tendrán el mismo valor probatorio.

Cancelación, Terminación y/o Rescisión.

La Solicitud de terminación del Contrato de seguro se realizará únicamente por parte del Contratante, la petición se efectuará principalmente a través de su Agente de seguros o Intermediario con quien contrató este seguro.

La Compañía podrá rescindir el contrato sin responsabilidad alguna, en caso de que el Contratante y/o alguno de los Asegurados que forma parte de la póliza incurra en omisiones,

falsas o inexactas declaraciones, en términos de lo previsto por el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

Cuando el Contratante decida dar por terminado el contrato de seguro, tendrá el derecho a la parte de la prima no devengada, sin incluir el derecho de Póliza, de acuerdo con la tarifa para seguros a corto plazo registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Tarifa corto plazo

No. De Días	% de cargo por exposición
1-30	18.00%
31-60	16.50%
61-90	15.00%
91-120	13.50%
121-150	12.00%
151-180	10.50%
181-210	9.00%
211-240	7.50%
241-270	6.00%
271-300	4.50%
301-330	3.00%
331-360	1.50%
más de 360	0%

En todos los casos, la devolución hecha por QSalud comprenderá la prima neta no devengada de las coberturas no afectadas por

siniestros ocurridos menos el gasto de administración respectivo, lo cual será devuelto dentro de los 30 días hábiles a la realización de la solicitud de cancelación.

Territorialidad.

Para la procedencia del reembolso de gastos médicos amparados por la cobertura de accidente, éstos deberán ser erogados dentro de la República Mexicana.

Para efectos de este Contrato solamente estarán protegidos por este seguro los Asegurados que vivan permanentemente en la República Mexicana.

Para consultar las abreviaturas y preceptos legales que no se encuentren descritos en este contrato acceder al sitio: www.qualitassalud.com.mx.

TRANSCRIPCIÓN DE LOS ARTÍCULOS CONTEMPLADOS EN LA LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS, LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO Y LA LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS.

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 esta contra aquéllos.

Artículo 214.- La celebración de las operaciones y la prestación de servicios de las Instituciones, se podrán pactar mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, estableciendo en los contratos respectivos las bases para determinar lo siguiente:

- I. Las operaciones y servicios cuya prestación se pacte;
- II. Los medios de identificación del usuario, así como las responsabilidades correspondientes a su uso, tanto para las Instituciones como para los usuarios;
- III. Los medios por los que se hagan constar la creación, transmisión, modificaciones o extinción de derechos y obligaciones inherentes a las operaciones y servicios de que se trate, incluyendo los métodos de autenticación tales como contraseñas o claves de acceso, y

- IV. Los mecanismos de confirmación de la realización de las operaciones celebradas a través de cualquier medio electrónico.

El uso de los medios de identificación que se establezcan conforme a lo previsto por este artículo, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

La instalación y el uso de los equipos y medios señalados en el primer párrafo de este artículo se sujetarán a las disposiciones de carácter general que, en su caso, emita la Comisión.

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.

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 y deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Artículo 9.- Si el contrato se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Artículo 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá aclarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero Asegurado o de su intermediario.

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 21.- El contrato de seguro:

- I. Se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta. En los seguros mutuos será necesario, además, cumplir con los requisitos que la ley o los estatutos de la empresa establezcan para la admisión de nuevos socios;
- II. No puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la Póliza o de cualquier otro documento en que conste la aceptación, ni tampoco a la condición del pago de la prima;
- III. Puede celebrarse sujeto a plazo, a cuyo vencimiento se iniciará su eficacia para las partes, pero tratándose de seguro de vida el plazo que se fije no podrá exceder de treinta días a partir del examen médico, si éste fuere necesario, y si no lo fuere, a partir de la oferta.

Artículo 40.- Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En

caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

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

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

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

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

- I. Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;
- II. Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

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

Artículo 60.- En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.

Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa 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 de que trata el artículo anterior.

Artículo 72.- En todos los casos en que la dirección de las oficinas de las instituciones de seguros llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, deberán comunicar al asegurado la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la empresa aseguradora y para cualquiera otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la empresa aseguradora deba hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el asegurador.

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

- I. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
- II. En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

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. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Artículo 163.- El seguro de personas puede cubrir un interés económico de cualquier especie, que resulte de los riesgos de que trata este Título, o bien dar derecho a prestaciones independientes en absoluto de toda pérdida patrimonial derivada del siniestro.

En el seguro sobre las personas, la empresa aseguradora no podrá subrogarse en los derechos del asegurado o del beneficiario contra los terceros en razón del siniestro, salvo cuando se trate de contratos de seguro que cubran gastos médicos o la salud.

El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el asegurado o el beneficiario, tengan relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que les haya causado el daño, o bien si son civilmente responsables de la misma.

Artículo 172.- Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;

- II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y
- IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

Artículo 204.- Todas las disposiciones de la presente Ley tendrán el carácter de imperativas, a no ser que admitan expresamente el pacto en contrario.

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS.

Artículo 50 Bis .- Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas

y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

- I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
- II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;
- III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;
- IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y
- V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la Comisión Nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la Institución Financiera en los términos que la Comisión Nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

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

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

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

En el caso de que las Instituciones Financieras no tengan sucursales u oficinas de atención al público no les serán aplicables las obligaciones previstas en la fracción II del párrafo primero y el párrafo tercero de este artículo. Dichas Instituciones Financieras solamente deberán señalar los datos de contacto de su Unidad Especializada en un lugar visible y de fácil acceso al público general en el medio electrónico que utilicen para ofrecer sus servicios.

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.

IX. Definiciones.

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

Accidente.

Es un evento o acontecimiento súbito, fortuito, y violento proveniente de una causa externa, que produce lesiones que requieran atención médica en la persona del Asegurado o causen su muerte. Se considerará que los gastos derivan de un Accidente si se realizan dentro de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la ocurrencia de este.

Todas las lesiones corporales sufridas por el Asegurado en un Accidente, su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones, consecuencias y secuelas se considerarán un solo siniestro.

No se considerarán accidentes aquellos casos donde la primera atención médica se realiza después de los primeros 90 días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento.

Aparatos ortopédicos.

Son aquellos aparatos, artefactos, auxiliares mecánicos o equipos que son utilizados como reemplazo de un órgano, parte de un miembro o un miembro y que facilitan el desplazamiento o movimiento de las personas que sufren de un evento cubierto o se encuentran en el periodo de recuperación de la salud.

Asegurado.

Es toda persona indicada en la Carátula de la póliza y/o Certificado individual correspondiente expuesta a cualquier accidente o enfermedad amparado por esta Póliza y que forma parte de la colectividad asegurada, en este caso son el Asegurado titular y los dependientes económicos.

Asegurada(o) titular.

Persona física que cumple con los requisitos de asegurabilidad del presente contrato y que pertenece a la Colectividad asegurada, residente en territorio nacional.

Carátula de Póliza.

Documento que forma parte del contrato de seguro, el cual contiene la información de identificación y esquematización de los derechos y obligaciones de ambas partes.

Certificado individual.

Es el documento en que se establece, nombre, teléfono y domicilio de QSalud, firma del funcionario autorizado de QSalud, operación del seguro, número de Póliza y certificado individual, nombre del contratante, nombre y fecha de nacimiento de(los) Asegurado(s), fecha de inicio y fin de vigencia de la Póliza y del certificado individual, así como suma asegurada y participación del Asegurado.

Colectividad asegurada.

Está formada por las personas que trabajan para una persona física o moral legalmente constituida y sus dependientes económicos siempre y cuando cumplan con los requisitos de elegibilidad convenidos entre el contratante y QSalud. Dichos integrantes se incluyen en el registro de Asegurados de la Póliza.

Se requiere un mínimo de 8 Asegurados titulares.

Consulta médica.

Es la atención ambulatoria que brinda el Médico tratante ya sea en su consultorio, en el domicilio del Asegurado o por vía digital y que tiene la finalidad de evaluarlo medicamente a fin de establecer un diagnóstico y tratamiento.

Contratante.

Persona física o moral que celebra el contrato de Seguro Colectivo con QSalud para terceras personas y que además se compromete a realizar el pago de las primas, en virtud de su relación con los miembros de la colectividad asegurada.

Contrato de seguro o póliza.

Este Contrato de seguro está conformado por:

- Solicitud del seguro firmada por el Contratante y/o Asegurado titular.
- Carátula de la Póliza en la que se identifica al Contratante, Asegurado titular y Dependientes; se detallan las coberturas contratadas, la prima a pagar, la Vigencia de la Póliza y los límites correspondientes.
- Certificados individuales.
- Condiciones generales.
- Endosos.
- Folleto derechos básicos del Asegurado.
- Cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta Póliza, incluyendo cuestionarios médicos y formatos de QSalud que, éste o un tercero en su nombre, haya requisitado a solicitud de QSalud, incluyendo también historia clínica, estudios y/o exámenes médicos practicados al Asegurado.
- Cualquier otro documento utilizado para la contratación del seguro.

Copago.

Cantidad o porcentaje, previamente establecido por QSalud, que el Asegurado deberá pagar por cada servicio específico que reciba de acuerdo con lo señalado en la Póliza.

Endoso.

Documento que previo acuerdo entre las partes modifica las Condiciones generales del contrato de seguro y forma parte de éste y que prevalece sobre las Condiciones generales y especiales aplicables.

Enfermedad.

Toda alteración en la salud que resulte de la acción de agentes de origen interno o externo en el estado fisiológico del organismo y amerite tratamiento médico o quirúrgico. Dicha alteración debe ser sustentada por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y especialidad, cuyos gastos ocurran mientras se encuentre vigente este contrato y que no esté excluido expresamente y/o que no se encuentren dentro del periodo de espera señalado en la Póliza.

Las alteraciones que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior o derivadas del propio Tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas que se puedan presentar, se considerarán una misma Enfermedad.

Enfermedad crónica.

Afecciones cuyos síntomas persisten durante mucho tiempo o no desaparecen, ni se pueden prevenir.

Enfermedad grave.

Afección que pone en peligro la vida o la viabilidad de alguno de sus órganos.

Fecha de alta.

Fecha a partir de la cual el Asegurado comienza a tener los beneficios y obligaciones este Contrato de seguro. Para el caso de las coberturas opcionales con costo, la Fecha de alta es la fecha a partir de la cual el/los Asegurado (s) o Contratante contrato por primera vez la cobertura.

Fecha de inicio de vigencia.

Fecha a partir de la cual el Asegurado comienza a tener los beneficios y obligaciones este Contrato de seguro. Para el caso de las coberturas adicionales con costo, la Fecha de inicio de Vigencia es la fecha a partir de la cual el Asegurado o Contratante tendrá derecho y obligaciones con la cobertura contratada.

Fecha de antigüedad.

Es la fecha a partir de la cual el Asegurado ha estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una Póliza de gastos médicos, siempre y cuando esta situación sea reconocida por QSalud expresamente al momento de la contratación del seguro. Dicha fecha se encuentra señalada en la Carátula de Póliza.

Esta fecha únicamente sirve para eliminar o reducir algunos periodos de espera de las Enfermedades descritas en el apartado correspondiente de estas condiciones generales. Si la Póliza se cancela o no se renueva, el Asegurado perderá su Fecha de antigüedad.

La Fecha de antigüedad en ningún caso implica que QSalud se obligue al pago de indemnizaciones u hospitalizaciones o gastos derivados de Enfermedades y/o Accidentes que hayan tenido origen o cuyos primeros gastos se hayan presentado al amparo de una diversa Póliza de seguro.

Fractura.

Condición médica en la que se produce una ruptura parcial (fisura) o completa de la continuidad del hueso.

Franquicia.

Es el monto establecido por QSalud el cual debe ser rebasado por el total de gastos cubiertos en un Accidente para que QSalud reembolse, desde el primer gasto procedente, de acuerdo con lo señalado en la cobertura de reembolso en caso de Accidente.

Hospital, clínica o sanatorio.

Cualquier institución legalmente autorizada para la prestación de servicios médicos, hospitalarios o quirúrgicos de pacientes y que en consecuencia cuente con la autorización por parte de la autoridad Sanitaria correspondiente.

Para efectos de esta Póliza, en ningún caso se considerará hospital, clínica o sanatorio a casas para ancianos, casas de descanso o reposo, clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos, entre otros que no reúnan las características señaladas en esta definición.

Hospitalización.

Estancia del Asegurado en un hospital, clínica o sanatorio, siempre y cuando esté médicamente justificada en el expediente clínico y comprobable para la atención de un Accidente o Enfermedad cubierta. Dicha estancia inicia en el momento en que el Asegurado ingresa al hospital, clínica o sanatorio y concluye con el alta de este la cual es otorgada por el médico tratante, o mediante la carta responsiva que firme el propio Asegurado, sus familiares o responsable del Asegurado.

Madre asegurada.

Persona incluida en la Póliza, en quien se lleva a cabo el proceso de gestación y da a luz al producto.

Medicamento.

Producto farmacéutico empleado para el Tratamiento de un Accidente o Enfermedad cubierto, el cual se encuentra registrado y aprobado por la Comisión federal de Protección contra Riesgos

Sanitarios (COFEPRIS) de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal de México.

Para que sea cubierto por este contrato, en territorio nacional:

- Debe de estar relacionado y autorizado para el tratamiento de una enfermedad cubierta.
- Presentar factura del proveedor nacional autorizado que surte el Medicamento.

Médico general.

Licenciado en medicina general, titulado y con cédula profesional, emitida por la Dirección General de Profesiones.

El Médico será elegido libremente por el Asegurado y/o sus familiares, para el Tratamiento, atención o intervención quirúrgica de que se trate.

Médico especialista.

Licenciado en medicina general, titulado y con cédula profesional, emitida por la Dirección General de Profesiones que han completado estudios avanzados y capacitación clínica en un área específica de la medicina y que cuenten con cédula de médico especialista.

Medios electrónicos.

Los equipos, medios ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean públicos o privados, a que se refiere el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Órtesis.

Apoyo u otro dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético.

Prescripción médica.

La prescripción que haga el Médico deberá cumplir con lo establecido en la legislación vigente y aplicable. Es requisito

indispensable que el (los) médico(s) tratante(s) haya(n) participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado en la atención del Accidente o Enfermedad cubierta y comprobable mediante las notas médicas y avaladas con la firma respectiva en el expediente clínico, integrado de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana respectiva.

Enfermedad preexistente.

Se consideran Enfermedades preexistentes aquellas cuyo diagnóstico se haya realizado con anterioridad a la celebración del Contrato de seguro.

La existencia de una Enfermedad preexistente podrá demostrarse, enunciativamente mediante alguno de los siguientes supuestos:

- Que hayan sido declaradas o diagnosticadas antes de la celebración del Contrato del seguro, y/o;
- Que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de celebración del contrato de seguro, a través del diagnóstico de un médico legalmente autorizado, y/o;
- Mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
- Por el que previamente a la fecha de celebración del contrato de seguro, el Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico de la enfermedad de que se trate.

En caso de que la reclamación del siniestro caiga en alguno de los supuestos anteriormente descritos, QSalud no cubrirá ese siniestro.

Pago por reembolso.

Restitución que hace QSalud al Asegurado, de los gastos procedentes erogados previamente por este a consecuencia de

un accidente cubierto, de acuerdo con lo estipulado en el Contrato de seguro.

Periodo de espera.

Tiempo necesario que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada Asegurado desde la fecha de antigüedad en la póliza hasta la fecha de la realización del siniestro, a fin de que determinados gastos derivados de enfermedades cubiertas, que no sean preexistentes, puedan ser cubiertos por QSalud.

Prestadores de servicio en convenio.

Son todas aquellas personas físicas o morales que, bajo convenio expreso con QSalud, ofrecen servicios médicos descritos más no limitados a: Hospitales, clínicas o sanatorios, médicos, laboratorios, gabinetes, farmacias y proveedores de equipo médico independientes

La Compañía se reserva el derecho de modificar a los prestadores que integran los Prestadores en convenio, sin embargo, dichas modificaciones se realizan de forma inmediata en la página de internet www.qualitassalud.com.mx donde podrá conocer estas actualizaciones en el apartado "Servicios en Línea – Red de Proveedores". QSalud informará a sus Asegurados por escrito, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes en que sucedan, los cambios de los Prestadores en convenio, al correo electrónico señalado por el Contratante en la Solicitud.

QSalud.

Quálitas Salud S.A. de C.V.

Siniestro.

Acontecimiento o hecho a consecuencia de un Accidente, Enfermedad, o procedimiento médico, quirúrgico cubierto, previstos en el Contrato que dan origen a la obligación a cargo de QSalud de indemnizar al Asegurado de acuerdo con los límites de este Contrato de seguro.

Solicitud de seguro.

Documento que comprende la voluntad de una persona para adquirir este Contrato de seguro y que con la aceptación de QSalud se convierte en Contratante y expresa la protección solicitada e información para la debida evaluación del riesgo.

Este documento forma parte del Contrato de seguro.

Subrogación.

De conformidad con el artículo 163 de la Ley sobre el Contrato del seguro, QSalud se podrá subrogar en los derechos del Asegurado contra terceros, hasta la cantidad pagada, contra los autores o responsables del siniestro en caso de resultar aplicable.

QSalud podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones, si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del Asegurado. Si el daño fue indemnizado solo en parte, el Asegurado y QSalud concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

Suma asegurada.

Es el límite máximo de responsabilidad de QSalud por cada Asegurado y para cada cobertura de acuerdo con las estipulaciones consignadas en el Contrato de seguro. Esta Suma asegurada es elegida por el Contratante al momento de la contratación y se encuentra señalada en la Carátula de Póliza.

Procedimiento o Tratamiento médico o quirúrgico.

Es el conjunto de medios de cualquier clase (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos, radioterapéuticos o físicos) cuya finalidad es la curación o el alivio (paliación) del Asegurado por el Accidente o Enfermedad cubierta por este contrato.

Urgencia o Emergencia médica.

Alteración imprevista, súbita y fortuita en la salud del Asegurado que ponen en peligro su vida, su integridad corporal o la viabilidad

de alguno de sus órganos y, por lo tanto, propician que el Asegurado requiera de atención médica inmediata.

Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del Asegurado, cesará la Emergencia médica.

Vigencia.

Periodo de validez del contrato de seguro previsto en la Carátula de póliza y/o Certificado individual correspondiente, el cual no podrá ser mayor a un año.

X. Significado de Abreviaturas.

- M.N.: Moneda Nacional.
- N/A: No Aplica.
- Max.: Máximo.
- Hrs: Horas.
- Art.: Artículo.
- C.P.: Código Postal.
- UNE: Unidad Especializada de Atención a Usuarios.
- CONDUSEF: Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 02 de febrero de 2024 con el número PPAQ-H0718-0007-2023 / CONDUSEF-005866-04.