CONDICIONES GENERALES

Colectivo de Accidentes Personales

Quálitas SALUD®

CONDICIONES GENERALES

COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

QS-CACP-0824/2

ÍNDICE

I. Objetivo del Seguro……...……3

II. Coberturas…….……..3

Cobertura Básica. 3

1. Fallecimiento por Accidente. 3

Coberturas Opcionales con Costo. 5

1. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente. 5

2. Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente.....7

3. Pérdidas Orgánicas. 8

4. Atención Especializada......10

5. Atención Dental. 11

6. Asistencia Cibernética. 13

III. Pago de Indemnizaciones para todas las coberturas…..……..14

IV. Exclusiones Generales…….……..……..20

V. Cláusulas generales……..……...……25

VI. Preceptos Legales……..……..……..54

VII. Definiciones……..……..90

I. Objetivo del Seguro.

Con el Colectivo de Accidentes Personales, podrás elegir entre diferentes coberturas, según el tipo de riesgo al que estes expuesto. Es un seguro que se preocupa por el bienestar y tranquilidad de sus Asegurados al saber que estarán protegidos ante los accidentes que cubra este seguro.

Alcance del producto:

QSalud se limita a cubrir los riesgos mencionados en las presentes Condiciones Generales, siempre y cuando los Asegurados:

a) **Se dirijan directa e ininterrumpidamente desde su domicilio hasta la escuela o lugar de trabajo y viceversa por cualquier medio de transporte, según sea el caso.**
b) **Se encuentren dentro de un lugar de trabajo o de la escuela, según sea el caso.**
c) **Asistan o participen en un evento organizado, programado, aprobado y supervisado por la autoridad competente de la escuela o compañía donde se elabora, según sea el caso.**
d) **Viajen en grupo directamente desde o hasta el lugar donde se efectúen los eventos descritos en el inciso c) y el viaje se realice dentro de la República Mexicana.**

II. Coberturas.

Cobertura Básica.

1. Fallecimiento por Accidente

a) Indemnización por Muerte Accidental (Asegurados que tengan una edad de 12 años o más)

En caso de que el Asegurado fallezca y este tenga una edad de 12 años o más al momento del evento, 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 el Asegurado fallece dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha de la ocurrencia de este.

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, se indemnizará a los Beneficiarios designados por éste o a quien corresponda legalmente, hasta por la Suma asegurada señalada en la Carátula de la 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.

b) Reembolso de Gastos Funerarios por Muerte Accidental.
(Asegurados menores de 12 años de edad)

En caso de que el Asegurado fallezca y este sea menor de 12 años al momento del evento, QSalud reembolsará al padre, tutor o quien ejerza la patria protestad los gastos que haya erogado por concepto de sepelio del menor de edad hasta

la Suma asegurada señalada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado individual o el total de las facturas, lo que resulte menor, lo anterior siempre y cuando sea a consecuencia de un Accidente cubierto y el Asegurado falleciera dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha de la ocurrencia.

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

Coberturas Opcionales con Costo.

1. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente.

En caso de que se contrate esta cobertura y se señale en la Carátula de 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, dentro de los 90 días naturales posteriores a la ocurrencia del Accidente siempre y cuando haya realizado un gasto para la atención del Accidente dentro de ese periodo.

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 el deducible contratado el cual se señala en la Carátula de la Póliza y/o Certificado individual correspondiente, QSalud reembolsará al Asegurado afectado el monto erogado por los gastos médicos cubiertos con motivo del Accidente descontando el deducible, 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 y estudios correspondientes.

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 protestad del mismo.

2. Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente.

En caso de que se contrate esta cobertura en la Póliza y esta se señale en la Carátula de la misma y/o en el Certificado individual correspondiente, si durante la Vigencia y como consecuencia directa de un Accidente cubierto el Asegurado tuviera que ser hospitalizado, QSalud pagará al Asegurado afectado, por cada una de las hospitalizaciones, 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.

En caso de requerir de nuevo una o varias hospitalizaciones a causa de un Accidente en el que previamente se pagó la indemnización diaria por Hospitalización, separadas por un intervalo de tiempo no mayor a 30 días, cada período de hospitalización será considerado como continuación del anterior, con el efecto de aplicar el período máximo de cobertura mencionado en el párrafo anterior.

En caso de requerir de nuevo una Hospitalización y ésta sea a causa de un evento 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 primer párrafo de la presente cobertura, 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.

3. Pérdidas Orgánicas.

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, sí con motivo directo de un Accidente y dentro de los noventa (90) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, sufriera cualesquiera de las pérdidas orgánicas enumeradas más adelante, QSalud pagará al Asegurado el porcentaje de la Suma asegurada establecida de acuerdo a la escala contratada, sin que en ninguno de los casos se exceda la totalidad de la suma asegurada contratada para esta cobertura ya sea en uno o varios eventos.

Siempre y cuando el evento tenga lugar dentro del periodo de Vigencia de la Póliza, QSalud indemnizará, según la escala se contrate, por la pérdida de algún órgano o extremidad de acuerdo con las siguientes tablas:

Escala de Indemnizaciones A	
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	**100%**
Una mano y un pie	**100%**
Una mano o un pie y la vista de un ojo	**100%**
Una mano o pie	**50%**
La vista de un ojo	**30%**
El pulgar de cualquier mano	**15%**
El índice de cualquier mano	**10%**

Escala de Indemnizaciones B	
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie y la vista de un ojo	100%
Una mano	50%
Un pie	50%
Tres dedos, comprendiendo el pulgar o índice de una mano	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Tres dedos que no sean el pulgar o índice de una mano	25%
El pulgar y otro dedo que no sea el índice de una mano	25%
La audición total e irreversible en ambos oídos	25%
El índice y otro dedo que no sea el pulgar de una mano	20%
El pulgar de cualquier mano	15%
Acortamiento de un miembro inferior, por lo menos de 5 cm	15%
El índice de cualquier mano	10%
El dedo medio, el anular o meñique	5%

Se entenderá por pérdida de las manos o de los pies a la mutilación o anquilosis total de estos órganos, en cuanto a los ojos se hace referencia a la pérdida completa e irreparable de la vista, en cuanto a lo que se refiere a los dedos la separación desde la articulación metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma.

4. Atención Especializada.

Por medio de esta asistencia, QSalud cubrirá los siguientes beneficios siempre y cuando sean derivados de un Accidente:

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

  Se cubren Consultas médicas digitales (video consultas) con médico general y pediatría 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.

- **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.

- **Ambulancia terrestre por urgencia médica.**
  QSalud cubrirá dos (2) servicios de ambulancia sin costo para el Asegurado siempre y cuando sea por una urgencia médica.

  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.

5. Atención Dental.

Quedarán cubiertos los gastos de los tratamientos dentales que sean necesarios efectuar a los asegurados que tengan contratada la póliza, conforme a la atención.

Se entenderá como Tratamiento Dental al conjunto de los procedimientos odontológicos necesarios para tratar un problema dental cubierto por la atención, a través de la Red de Prestadores de Servicios.

Sólo se podrá acudir a tratamiento con los odontólogos de la Red de Prestadores de Servicios.

Los tratamientos incluidos en la atención serán utilizados por el Asegurado mientras se encuentre vigente la Póliza.

Los únicos tratamientos y/o procedimientos que podrán estar cubiertos por la atención son los que a continuación se describen:

- **Consulta**
- **Examen Histopatológico**
- **Limpieza**

Para la cobertura de esta atención podrás marcar al número telefónico 800-772-5831.

La cobertura amparada por el presente contrato se proporcionará a través de la red médica odontológica, la cual se integra con prestadores de servicios odontológicos y de apoyo en todo el territorio nacional, los cuales aparecen en el Directorio de la Red de Prestadores de Servicios.

EXCLUSIONES DE LA ATENCIÓN DENTAL:

La atención contenida en esta póliza no cubre los conceptos que a continuación se enumeran, ni los gastos por complicaciones que se originen de cualquier estudio, tratamiento, padecimiento, lesión, afección, intervención, enfermedad o accidente expresamente excluido en esta póliza.

La cobertura de esta atención en ningún caso cubrirá los gastos que se originen por cualquiera de los siguientes conceptos:

a) Tratamientos y/o procedimientos que no se mencionen en la atención.
b) Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la Póliza.
c) Lesiones que se produzcan como consecuencia del cumplimiento del servicio militar, actos de guerra declarada o no, revolución, asonada, motín, conmoción civil.
d) Lesiones que se cause el asegurado deliberadamente y/o por intento de suicidio.
e) Tratamientos ambulatorios y/o hospitalarios o complicación de tratamientos no amparados por la Póliza.
f) Tratamientos experimentales o de investigación.

g) Tratamiento o procedimientos prestados por Instituciones, clínicas, consultorios y/o que no pertenezca a la Red de Prestadores de Servicio.
h) Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico por negligencia del paciente a las indicaciones del odontólogo tratante o por abandono del tratamiento por más de 30 días naturales.
i) Medicamentos
j) Anestesia general o sedaciones.
k) Gastos Hospitalarios.
l) Tratamientos y erogaciones fuera del Territorio Nacional

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

6. Asistencia Cibernética.

Por medio de esta asistencia el Asegurado tendrá acceso ilimitado a asesorías donde te ayudarán de manera proactiva y reactiva con eventos cibernéticos de personas, que incluyen, sin estar limitado, los siguientes:

- Acoso Cibernético (Cyber Bullying)
  - Documentar toda la evidencia del acoso.
  - Proporcionar consejos a los padres para ayudar, prevenir y monitorear interacciones negativas en las redes sociales de los niños y otros medios electrónicos como videojuegos.
  - Ayuda a cambiar los nombres de perfil en las cuentas pertinentes en línea.
  - Ayuda a contactar a las plataformas digitales para solicitar la baja del contenido de acoso y reportar las cuentas que divulguen el contenido que origina el acoso

- Seguimiento con el afectado después de una semana del acontecimiento que originó el acoso

Para este caso, se mantendrá el caso abierto hasta que el afectado esté satisfecho de haber recibido la asistencia que necesita.

- Plataforma educativa que incluye:
  - Preguntas Frecuentes de eventos cibernéticos (FAQs).
  - Recomendaciones de Protección.
  - Autoridades de protección de datos en el país.

Para la cobertura de esta asistencia podrás consultar marcando al número telefónico 52 800 649 0701.

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

III. Pago de Indemnizaciones para todas las coberturas.

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:

Indemnización por Muerte Accidental (Asegurados que tengan una edad de 12 años o más)

- Acta de defunción del Asegurado titular (Copia certificada).

- Formatos de declaración de fallecimiento, el cual será proporcionado por QSalud.

- Formato conoce a tu cliente, el cual será proporcionado por QSalud.

- Formato de Aviso de Accidente, el cual será proporcionado por QSalud.

- Identificación oficial del Asegurado, en caso de contar con este documento. En caso de muerte accidental del menor de edad se deberá presentar copia certificada del acta de nacimiento.

  Identificación oficial del(los) beneficiario(s).
  A falta de beneficiarios, se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

- Carpeta de investigación del Ministerio Público (debe incluir resultado necropsia).

- Comprobante de domicilio del beneficiario con una antigüedad (no mayor a tres meses, puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).

- Estado de cuenta de beneficiario(s) no mayor a 3 meses.

Reembolso de Gastos Funerarios por Muerte Accidental. (Asegurados menores de 12 años de edad).

- Acta de nacimiento del Asegurado. (Copia certificada)

- Acta de defunción del Asegurado. (Copia certificada)

- Carpeta de investigación del Ministerio Público (debe incluir resultado necropsia).

- Formatos de declaración de fallecimiento, el cual será proporcionado por QSalud.

- Formato conoce a tu cliente, el cual será proporcionado por QSalud.

- Formato de Aviso de Accidente, el cual será proporcionado por QSalud.

- Identificación oficial del(los) beneficiario(s).
  A falta de beneficiarios, se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

- Facturas de gastos funerarios en formatos PDF y XML.

- Comprobante de domicilio del beneficiario con una antigüedad (no mayor a tres meses, puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.). en caso de que lo tuviere en su poder.

- Estado de cuenta de beneficiario(s) no mayor a 3 meses.

Reembolso de Gastos Médicos por Accidente.

- Formato de Aviso de Accidente, el cual será proporcionado por QSalud.

- Informe médico firmado por el médico tratante en que se señale el diagnóstico.

- Identificación oficial del Asegurado, en caso de ser menor de edad se deberá presentar copia certificada del acta de nacimiento.

- Interpretación de estudios que soporten el diagnóstico.

- Facturas de gastos correspondientes que amparen los gastos realizados en la atención del accidente en formatos

PDF y XML, (facturadas a nombre del asegurado o titular de la póliza).

- Formato conoce a tu cliente, el cual será proporcionado por QSalud.
- Comprobante de domicilio vigente (no mayor a 3 meses, puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).
- Estado de cuenta no mayor a 3 meses.

Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente.

- Formato conoce a tu cliente, el cual será proporcionado por QSalud.
- Formato de Aviso de Accidente, el cual será proporcionado por QSalud.
- Informe médico firmado por el médico tratante en que se señale el diagnóstico.
- Identificación oficial del Asegurado, en caso de ser menor de edad se deberá presentar copia certificada del acta de nacimiento.
- Comprobante oficial con firma del hospital donde se compruebe la atención medica del Asegurado con datos de este, la fecha de entrada y salida del hospital y en donde se señale que se cuenta con un diagnóstico médico definitivo del médico de la especialidad correspondiente.

- Estudios de diagnóstico y/o tratamiento que hayan servido para la determinación del diagnóstico junto con la interpretación respectiva.

- Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses, (puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).

- Estado de cuenta no mayor a 3 meses.

- Número de cuenta CLABE.

Pérdidas Orgánicas.

- Formato conoce a tu cliente, el cual será proporcionado por QSalud.

- Formato de Aviso de Accidente, el cual será proporcionado por QSalud.

- Identificación oficial del Asegurado, en caso de ser menor de edad se deberá presentar copia certificada del acta de nacimiento.

- Informe médico con firma en donde se determine el diagnóstico definitivo, el plan terapéutico, la evolución del padecimiento o accidente, y el plan de seguimiento y/o rehabilitación a corto y mediano plazo.

- Comprobante oficial con firma del hospital donde se compruebe la hospitalización donde se encuentre el nombre del Asegurado, la fecha de entrada y salida del hospital y en donde se señale que se cuenta con un diagnóstico médico definitivo del médico de la especialidad correspondiente.

- Documentos comprobatorios de la pérdida orgánica (evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio).

- Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses, (puede ser recibo del servicio telefónico, luz, agua, predial, etc.).

- Estado de cuenta no mayor a 3 meses.

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 servicios de salud que le atiendan y en general cualquier servicio que tenga por objeto brindar servicios para la recuperación de su salud, de asume que el vínculo contractual derivado de esa elección voluntaria se establece únicamente entre tales Prestadores de servicios y el Asegurado, sin que esto condicione el pago de las reclamaciones procedentes a favor del Asegurado y/o Beneficiario de acuerdo con lo estipulado en el presente contrato.

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.

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.

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.

IV. Exclusiones Generales.

QSalud no cubre y por consiguiente los beneficios no serán pagados por:

1. **Muerte o Lesiones que resulten de accidentes sufridos por el asegurado al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol.**

2. **Accidentes, lesiones o fallecimiento derivado de la práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio**

claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar esta Póliza o durante su vigencia, salvo pacto en contrario expreso por escrito por QSalud.

3. **Muerte o Lesiones que el Asegurado sufra en servicio militar o naval de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, rebelión, revolución, hostilidades (haya o no declaración de guerra), mítines, motines, tumultos, manifestaciones populares, riña y actos delictuosos en que participe directamente el Asegurado y por culpa grave del mismo.**

4. **Muerte o Lesiones derivadas de un accidente en la práctica de deportes o actividades profesionales u ocupaciones de riesgo, actividades peligrosas donde ponga en peligro la vida e integridad física.**

5. **Muerte o Lesiones por infección, envenenamientos de cualquier naturaleza e inhalaciones de gas de cualquier clase, excepto cuando se demuestre que fueron a consecuencia de un accidente cubierto.**

6. **Muerte o Lesiones que se originen por participación del Asegurado en aviación privada en calidad de piloto o miembro de la tripulación, pasajero o mecánico, fuera de las líneas comerciales autorizadas para la transportación regular de pasajeros.**

7. **Muerte o Lesiones que ocurran mientras el Asegurado se encuentra a bordo de una nave particular, ya sea aérea o marítima, excepto cuando viajare como pasajero en un vehículo público, ya sea aéreo o marítimo de una compañía comercial debidamente autorizada para el transporte regular de pasajeros y en viajes de itinerario regular entre puertos o aeropuertos establecidos.**

8. **Muerte o Lesiones que se originen por participación del Asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.**

9. **Muerte o Lesiones que se originen por participación del Asegurado en carreras (excepto carreras a pie), paracaidismo, buceo, montañismo, alpinismo, esquí, espeleología, charrería, equitación, tauromaquia, cualquier forma de arte marcial, esquí de cualquier tipo, cacería, espeleología o cualquier tipo de deporte aéreo.**

10. **Muerte o Lesiones originadas por cualquier forma de navegación submarina.**

11. **Suicidio, lesiones o alteraciones originadas por intento del mismo o mutilación voluntaria, lesiones autoinfligidas, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**

12. **Envenenamientos de cualquier origen o naturaleza, inhalación de gases o humo, así como sus resultados, excepto si se demuestra que fue accidental.**

13. **Enfermedades, padecimientos o intervenciones quirúrgicas de cualquier naturaleza, que no sean motivados directamente por lesiones provocadas por un accidente, o que hayan sido provocados por accidentes ocurridos fuera de la vigencia de la póliza o certificado.**

14. **Infecciones, con excepción de las que acontezcan como resultado de un Accidente cubierto.**

15. **Gastos médicos derivados de complicaciones o Enfermedades que resulten posteriores al alta médica u hospitalaria del Asegurado.**

16. **Tratamiento psicológico o psiquiátrico, Enfermedad Mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis**

o psicosis, cuales quiera que fueran sus manifestaciones clínicas, así como el tratamiento de trastornos de la conducta y/o el aprendizaje, estimulación temprana, así como rehabilitación y/o estimulación de audición y lenguaje. Aun cuando dichos tratamientos sean derivados de un Accidente cubierto.

17. **Todos los casos resultantes de contaminación nuclear, es decir cualquier exposición a radiación iónica, contaminación radioactiva, procesos nucleares, material militar o desechos radioactivos de cualquier naturaleza, o contaminación química.**

18. **Accidentes derivados de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.**

19. **Aquellos Accidentes que se presenten a consecuencia de las siguientes Enfermedades: ceguera en ambos ojos, sordera, vértigo, crisis convulsivas, cuadriplejía, hemiplejía, trastornos y alteraciones de la marcha.**

20. **No se cubren las fracturas o fisuras patológicas de hueso, mismas que se presentan en personas con alguna enfermedad preexistente que debilite los huesos, así se haya producido en conjunto con un traumatismo previo.**
    De manera enunciativa más no limitativa las siguientes enfermedades: osteoporosis, osteopenia, osteomalacia, tumores óseos, raquitismo, así como enfermedades metabólicas, metástasis ósea y otras que produzcan el debilitamiento de los tejidos de los huesos, con o sin un traumatismo previo al inicio de Vigencia de la Póliza.

21. **No se cubren las fracturas de los huesos de los dedos de las manos y pies (falanges: proximal, media, distal), con independencia de su causa.**

22. **Quemaduras de primer y segundo grado, así como las de tercer grado que no abarquen por lo menos el treinta por ciento (30%) de la superficie corporal, medidas por la regla de los nueve (9) de la carta de superficie corporal de LUND Y BROWDER.**

23. **Quemaduras o Lesiones derivadas de un accidente en la práctica de deportes y actividades profesionales u ocupaciones de riesgo, actividades peligrosas donde ponga en peligro la vida e integridad física.**

24. **Cuando el padecimiento que originó el gasto médico no sea consecuencia directa de un accidente.**

25. **Condiciones médicas preexistentes.**

26. **Tratamientos de calvicie, obesidad o esterilidad, así como intervenciones quirúrgicas o tratamientos o métodos para el control de la natalidad y sus complicaciones.**

27. **Gastos por tratamiento profiláctico, preventivo, multivitamínicos, suplementos alimenticios, gastro protectores, y gastos personales no relacionados con el tratamiento dentro del hospital.**

28. **Padecimiento congénito.**

29. **Cualquier tipo de pruebas y tratamientos no reconocidos por la ciencia médica en el momento en que tome efecto la póliza, así como las cirugías o las terapias consideradas como experimentales en el mismo momento, salvo que sean expresamente aprobada por la Aseguradora. Tampoco están cubiertas la acupuntura, la homeopatía y la organometría.**

30. **Enfermedades, padecimientos, intervenciones quirúrgicas o cualquier complicación derivada que pueda surgir del**

tratamiento médico o quirúrgico de las lesiones expresamente excluidas en este contrato.

31. **El costo por reposición o reparación de aparatos ortopédicos y de prótesis.**

32. **Está expresamente excluido todo gasto médico u hospitalario que no derive de forma directa de un Accidente.**

33. **Aborto o parto prematuro, cualquiera que sea la causa.**

34. **Cualquier gasto que no corresponda a las coberturas contratadas.**

V. Cláusulas Generales.

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.

Suma asegurada.

La Suma asegurada indicada en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, aplica para cada Accidente cubierto.

Ocupación.

Si el Asegurado cambia a una ocupación diferente a la que tenía al momento de la contratación de la Póliza y que conlleve a un riesgo mayor de sufrir algún accidente, el Contratante deberá avisar por escrito a QSalud esta agravación de riesgo.QSalud se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al que se expone por dicha ocupación. Si QSalud acepta el riesgo, cobrará la extraprima correspondiente a la nueva ocupación, o

bien excluirá los siniestros derivados del nuevo riesgo, según sea el caso.

Contrato.

Las declaraciones del contratante proporcionadas por escrito a QSalud en la solicitud del seguro, esta Póliza, los consentimientos, los certificados, el registro de asegurados, las cláusulas adicionales y sus endosos, constituyen testimonio del presente contrato de seguro.

Mediante esta Póliza, QSalud se obliga en términos y condiciones del mismo, a resarcir al Asegurado los gastos en que incurra con motivo de la atención médica requerida como consecuencia de un accidente cubierto.

Cúmulo.

Para un mismo suceso colectivo donde haya múltiples reclamaciones procedentes afectando la misma póliza emitida bajo este producto, la obligación de QSalud se hace sólo responsable de pagar hasta el monto de $10,000,000.00 (Diez millones de pesos 00/100 MN).

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 pactado entre QSalud y el contratante y/o Asegurado 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.

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.

Vigencia de la Póliza.

Esta Póliza estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la Carátula de la Póliza.

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 de edad cumplidos.

Para renovaciones de este producto la Edad máxima es de 70 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.

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.

Moneda.

Todos los pagos derivados del contrato de seguro deberán efectuarse en moneda nacional de conformidad con el artículo 8° de la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos 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.

Zona de cobertura.

Para la procedencia del reembolso de gastos médicos amparados, 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.

QSalud podrá solicitar la documentación que considere necesaria para corroborar la residencia o el tiempo de estancia en el extranjero al momento de la solicitud de servicios para atención fuera del territorio nacional.

Identificación del Cliente.

Conforme a las disposiciones de carácter general a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el Contratante deberá proporcionar a la Aseguradora todos los datos y documentos a que dichas disposiciones se refieren, en los momentos en ella establecidos; así mismo el Contratante del Seguro, asume en este acto la obligación de conservar, actualizar y custodiar cada uno de los expedientes de identificación de los Clientes y/o Asegurados que formen parte de la colectividad de que se trate, a disposición de la Aseguradora y de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, cuando se les requiera.

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 el apartado IV de este documento).

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.

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.

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 dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se conozca la omisión o inexacta declaración, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 48 de la Ley sobre el Contrato de seguro.

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.

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, sus complicaciones detectadas y/o diagnosticadas durante este periodo.

Terminación del contrato.

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.

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 terminación.

El contrato de seguro podría darse por terminado con el fallecimiento del Asegurado, o bien cuando la prima no sea pagada en el plazo correspondiente.

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.

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.

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.

Selección de Riesgo.

El cuestionario y las cláusulas relacionadas con la selección de riesgo incluidas en este seguro, en su caso, solamente aplicarán para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los treinta (30) días de haber adquirido el derecho de formar parte del Grupo.

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.

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.

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 Usuarios de QSalud, conforme a lo dispuesto por el artículo 50 bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

Siniestros o Pago de reclamaciones.

Es obligación del Asegurado dar aviso de forma inmediata por escrito a QSalud de cualquier accidente que pueda ser motivo de indemnización.

En toda reclamación deberá comprobarse la realización del siniestro. El Asegurado deberá presentar a QSalud las formas de reclamación correspondientes requisitadas en su totalidad que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados y cualquier otra información que QSalud juzgue necesario para la mejor apreciación del siniestro.

Las radiografías, así como todos los resultados de los estudios de laboratorio o gabinete realizados deberán tener datos de identificación del Asegurado.

El pago de reclamaciones sólo procederá si son presentados los requisitos mencionados para cada caso. QSalud quedará liberada de cualquier obligación derivada de la reclamación en tanto no sean satisfechos la totalidad de dichos requisitos.

QSalud se reserva el derecho de solicitar que las reclamaciones por eventos relacionados con accidentes sean acompañadas en copia certificada de las actuaciones del ministerio público, en caso de que éste haya tenido conocimiento.

En caso de que se requiera elementos adicionales para el análisis de la procedencia de la reclamación QSalud se reserva el derecho de solicitar cualquier tipo de información adicional a las que se mencionan en estas condiciones.

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(o), 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, o a la persona con derecho a la sucesión, así como los soportes requeridos por QSalud.

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 podrá variar previo acuerdo con el Contratante, mismo que se indicará en la Carátula de la Póliza en el rubro denominado "Periodo de gracia" y en la Solicitud de seguro correspondiente.

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/Periodo de gracia".

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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, está 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, adicionalmente el asegurado podrá descargarlas en internet en el portal **www.qualitassalud.com.mx**.

Certificados.

Los certificados de cada uno de los Asegurados titulares integrantes de esta Póliza serán parte de la documentación contractual de la misma. El Contratante será la persona que entregue en forma física dicho documento al Asegurado Titular correspondiente.

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.

AVISO DE PRIVACIDAD
CLIENTES Y VISITANTES
(Vigente a partir del 02 de mayo de 2023)

Quálitas Salud, S.A. de C.V. (en adelante "QSalud") en cumplimiento a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDP), su Reglamento y los LINEAMIENTOS del Aviso de privacidad, hace de su conocimiento que el presente Aviso de Privacidad aplica a los Datos Personales proporcionados por Usted mediante solicitudes de seguro, cuestionarios, formatos, contacto telefónico, directamente o a través de terceros autorizados por QSalud, por vía impresa, electrónica, óptica sonora, o cualquier otro medio o tecnología, en

virtud de la relación jurídica que tengamos celebrada o que en su caso celebremos. Para efectos del presente Aviso:

- Se entenderá por "Clientes": proponentes, solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, terceros tutores, proveedores de recursos y visitantes de la página pública de QSalud (en delante de forma indistinta "el/los titular(es)).

- Por el término "familiar responsable" se entenderá a los relacionados con la persona que queda en las instituciones de atención de la salud como el responsable del paciente mientras nuestro asegurado se encuentre indispuesto a realizar sus trámites.

- Por el término "tercero relacionado", se entenderá que es aquella persona que esté vinculada, involucrada, sea parte y/o pueda ser considerada como acreedora de derechos u obligaciones derivadas o relacionadas con el contrato de seguro, producto o servicio con QSalud.

Acorde con la regla general, el consentimiento por parte del titular para el tratamiento de sus datos personales será "tácito", por lo cual el titular manifiesta que el presente Aviso de Privacidad le ha sido dado a conocer por QSalud, teniéndose por aceptado el presente con la puesta a disposición de este a través de cualquier medio autorizado por la ley y la entrega de los datos por parte del Titular.

En caso de solicitarle datos financieros y/o sensibles, QSalud ya sea a través de formato impreso, o valiéndose de medios electrónicos obtendrá el "Consentimiento expreso" del Titular para el tratamiento de dichos datos.

1. **IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE:** QUÁLITAS SALUD, S.A. DE C.V., con domicilio en Avenida San Jerónimo número 478, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México.

2. **INFORMACIÓN QUE RECABA DE LOS TITULARES (DATOS PERSONALES SOMETIDOS A TRATAMIENTO):**

   QSalud hace de su conocimiento que tratará sus Datos Personales (datos de identificación, datos de contacto, datos laborales, datos académicos, datos de tránsito y migratorios, así como datos sobre procedimientos administrativos, seguidos en forma de juicio, judiciales y/o jurisdiccionales), y/o en caso de ser necesarios, datos biométricos. Datos Patrimoniales y Datos Financieros, que en su caso se recaben, así como las imágenes captadas por cámaras de video vigilancia para los fines indicados en el presente Aviso de Privacidad.

   Asimismo, recabaremos datos de terceros relacionados, cuando usted nos proporcione esta información a través de los medios que QSalud establezca para cumplir con nuestras obligaciones derivadas del contrato del seguro, producto o servicio. Le informamos que al proporcionar esta información, usted reconoce haber informado a dichos terceros relacionados sobre el uso que QSalud dará a sus datos personales, haber obtenido de forma previa el consentimiento de éstos o de quienes ostenten la patria potestad y/o debida representación legal o tutela para que QSalud pueda tratar los datos personales de acuerdo con los fines señalados en el presente Aviso de Privacidad; además de informarles que podrán conocer el Aviso de

Privacidad Integral y sus actualizaciones en **www.qualitassalud.com.mx**.

QSalud también recabará datos personales de menores de edad cuando éstos sean proporcionados por quien ostente la patria potestad y/o debida representación legal o tutela; por lo que se entenderá otorgado el consentimiento para su tratamiento.

3. **SEÑALAMIENTO EXPRESO DE LOS DATOS SENSIBLES QUE TRATARÁ:** QSalud tratará también **datos sensibles** (datos de salud, historial clínico, características personales y físicas y género), que en su caso se requieran.

4. **CON QUÉ FINES DARÁ TRATAMIENTO A LOS DATOS PERSONALES RECABADOS:**

4.1. FINALIDADES PRIMARIAS DEL TRATAMIENTO. -Los datos personales antes enunciados, incluso aquellos de carácter sensible, se tratarán para todos los fines vinculados con la relación jurídica y/o comercial que tengamos con Usted con motivo de los servicios proporcionados por QSalud y podrán ser:

•**Finalidades del tratamiento de datos personales de Clientes:** La evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos, en su caso, validar la veracidad de sus datos, emisión del contrato de seguro, atención y trámite de las reclamaciones de siniestros, administración, mantenimiento o renovación de la póliza de seguro, realizar pagos, prevención de fraudes y operaciones ilícitas, estudios y estadística, fomento a la educación en salud, administrar

los fondos aportados por el cliente con el fin de cubrir el costo de los servicios contratados, dar seguimiento a los derechos de los titulares así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

•Finalidades del tratamiento de datos personales de Visitantes:

VIDEOVIGILANCIA Y FOTOGRAFIA.-Toda persona que ingrese a cualquiera de las instalaciones de QSalud, podrá ser videograbada y/o fotografiada por nuestras cámaras de seguridad respecto de los cuales se guardaran registros que podrán ser utilizados tanto para salvaguardar la seguridad del visitante, como la del personal, teniendo como propósito el monitoreo remoto en tiempo real de los inmuebles y así atenuar cualquier condición de riesgo emergente, así como llevar un control de acceso a nuestras instalaciones.

4.2 FINALIDADES SECUNDARIAS DEL TRATAMIENTO. - Cuando Usted sea un asegurado en una póliza corporativa (contratada por su empleador) o cliente, sus datos personales podrían ser tratados para las siguientes finalidades secundarias:

 Cuando nuestros asegurados, directamente o a través de nuestros intermediarios de seguros, nos soliciten información para el seguimiento de programación de cirugía y/o trámites de rembolsos, copara programas de prevención de riesgos y beneficios adicionales a su póliza.

 Con fines de mercadotecnia, publicidad o prospección comercial por medios físicos o electrónicos, ya sea personalmente o por conducto de intermediarios de seguros.

 Invitarlo a participar en concursos, participación en eventos recreativos, altruistas sin fines de lucro, campañas y ferias de salud.

 Evaluar la calidad del servicio y realizar estudios estadísticos, así como contactar a sus familiares y/o terceros, nombrados para contacto en caso de emergencia, con la misma finalidad.

En caso de que no desee que sus datos personales se utilicen para alguno (o todos) estos fines secundarios, indíquelo marcando con una X a la izquierda de cada inciso. Si no se marcan, usted manifiesta su consentimiento para que tratemos sus datos para dichas finalidades secundarias.

La negativa para el uso de sus datos personales para estas finalidades no podrá ser un motivo para que le neguemos los servicios y productos que solicita o contrata con nosotros.

5. **TRANSFERENCIAS DE DATOS:**

QSalud podrá realizar transferencias de datos personales sin requerir el consentimiento del Titular, ya sean nacionales o internacionales, en los casos previstos en el Artículo 37 de la LFPDP o en cualquier otro caso de excepción previsto por la misma u otra legislación aplicable, así como a:

- Sociedades relacionadas o subsidiarias, con la finalidad de ofrecerle otros productos y servicios;

- Empresas afiliadas, subsidiarias y/o terceras empresas que formen parte del "Grupo", y/o con las que mantengamos una relación jurídica y/o sean

nuestros socios comerciales, que operan bajo las mismas políticas internas en materia de protección de datos personales; para los fines previstos en el presente Aviso de Privacidad.

- Autoridades mexicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes, tratados o acuerdos internacionales como institución de seguros, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de notificaciones o requerimientos oficiales o de carácter judicial.

- Instituciones, organizaciones o entidades del sector asegurador (integrantes y auxiliares o de apoyo), para selección, seguimiento y control de riesgos, prevención de fraudes y la realización de negocios en coaseguro y reaseguro; pago y compensación de siniestros entre compañías de seguros.

- Su Agente de Seguros y/o Administrador de Riesgos, para dar cumplimiento a la relación jurídica con QSalud.

- Contratantes del seguro, producto o servicio, para dar cumplimiento a las obligaciones derivadas del contrato.

- Cualquier entidad con la que hayamos celebrado un acuerdo jurídico vinculante con la finalidad de dar cumplimiento a obligaciones contractuales en beneficio del titular de los datos personales.

☐ En caso de que no desee que sus datos personales sean transferidos a intermediarios de seguros, indíquelo marcando con una "X" a la izquierda de este párrafo. Si no se marca, usted manifiesta su consentimiento para que transfiramos sus datos a intermediarios de seguros.

En caso de que realicemos alguna transferencia adicional que requiera su consentimiento expreso, se recabará el mismo previamente.

6. **MECANISMOS PARA SOLICITAR EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS ARCO Y REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO, ASÍ COMO OPCIONES Y MEDIOS QUE OFRECE QSALUD PARA LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES:**

   Usted podrá solicitar al Departamento de Datos Personales de QSalud, el Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición al tratamiento de sus Datos Personales, así como la limitación de su uso y revocación del consentimiento, de forma escrita en el domicilio señalado en el numeral I del presente Aviso o al correo electrónico **datospersonales@qualitassalud.com.mx**, de conformidad con lo establecido en los Procedimientos que se encuentran disponibles en la página de internet **www.qualitassalud.com.mx** en la sección "Aviso de Privacidad". En los Procedimientos que aparecen al final de dicho aviso, usted encontrará las vías de respuesta a las diferentes solicitudes, dependiendo del contenido de estas.

   Además del ejercicio de sus derechos de Revocación o ARCO, usted podrá limitar el uso o divulgación de sus datos personales, mediante su inscripción en el Registro Público de Usuarios Personas Físicas (REUS).

7. **COOKIES:**

"Cookies" son archivos de datos que se almacenan en el disco duro del equipo de cómputo o del dispositivo de comunicaciones electrónicas de un usuario al navegar en un sitio de internet específico, el cual permite intercambiar información de estado entre dicho sitio y el navegador del usuario. La información de estado puede revelar medios de identificación de sesión, autenticación o preferencias del usuario, así como cualquier dato almacenado por el navegador respecto al sitio de internet.

Por lo anterior, QSalud le informa, que, en todo momento, puede deshabilitar el uso de estos mecanismos, de acuerdo con las instrucciones que cada empresa propietaria de los browsers (navegador o visor de internet) tiene implementado para activar y desactivar las citadas "Cookies".

8. **INFORMACIÓN DEL ÁREA DE DATOS PERSONALES:**

Usted podrá contactar al Departamento de Datos Personales, para resolver dudas o comentarios respecto de su(s) procedimiento(s), a través de los siguientes medios:

- Correo electrónico: **datospersonales@qualitassalud.com.mx**

- Escrito libre dirigido al Departamento de Datos Personales, con domicilio en Avenida San Jerónimo número 478, Planta Baja, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, en la Ciudad de México.

- Horario de atención: 09:00 a 14:00 horas

9. **MEDIOS A TRAVÉS DE LOS CUALES SE ENCUENTRA A SU DISPOSICIÓN EL AVISO DE PRIVACIDAD Y SUS ACTUALIZACIONES:**

   QSalud podrá modificar en cualquier tiempo este Aviso de Privacidad, con motivo de sus cambios en prácticas de operación y mejoras de servicio; es responsabilidad del titular revisar el contenido del Aviso en el sitio de internet www.qualitassalud.com.mx, por lo que le recomendamos lo visite periódicamente, o bien solicitándolo al correo electrónico **datospersonasles@quallitassalud.com.mx**.

VI. Preceptos Legales.

De conformidad con el artículo octavo de las disposiciones de carácter general en materia de sanas prácticas, transparencia y publicidad aplicables a las instituciones de seguros, publicadas por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), a continuación, se transcriben los preceptos legales utilizados en el presente contrato.

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 276

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.

Artículo 277

En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores,

transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

En los contratos que celebren las Instituciones de Seguros para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, deberá establecerse la obligación del intermediario del mercado de valores o de la institución depositaria de dar cumplimiento a lo previsto en el párrafo anterior.

Tratándose de los contratos que celebren las Instituciones de Seguros con instituciones depositarias de valores, deberá preverse el intermediario del mercado de valores al que la institución depositaria deberá transferir los valores para dar cumplimiento a lo señalado en el párrafo anterior y con el que la Institución de Seguros deberá tener celebrado un contrato en el que se establezca la obligación de rematar valores para dar cumplimiento a lo previsto en este artículo.

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

Artículo 492
Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:

I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y

II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:
   a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y
   b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos,

operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:

a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;

b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;

c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y

d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este

artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.

Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.

La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito. Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.

La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Ley que puede ser consultada con el siguiente enlace:

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 48

La empresa Aseguradora comunicará en forma auténtica al Asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.

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.

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 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.

Artículo 176

El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, la comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.

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:

- 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;

- Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;

- Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;

- 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

- 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 60

La Comisión Nacional está facultada para actuar como conciliador entre las Instituciones Financieras y los Usuarios, con el objeto de proteger los intereses de estos últimos.

Tratándose de diferencias que surjan respecto al cumplimiento de fideicomisos, la Comisión Nacional sólo conocerá de las reclamaciones que presenten los fideicomitentes o fideicomisarios en contra de los fiduciarios.

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 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

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 formulará propuestas de solución y procurará que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a una conciliación, la Comisión Nacional las invitará a que, de común acuerdo, designen como árbitro para resolver su controversia a la propia Comisión Nacional o a alguno o algunos de los árbitros que

ésta les proponga, quedando a elección de las mismas que el juicio arbitral sea en amigable composición o de estricto derecho. El compromiso correspondiente se hará constar en el acta que al efecto se firme ante la Comisión Nacional. En caso de no someterse al arbitraje 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, la Comisión Nacional levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constancia de 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.
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 podrá abstenerse de ordenar la reserva técnica.

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.

Artículo 70

En caso de que la Institución Financiera incumpla con cualesquiera de las obligaciones derivadas del convenio de conciliación, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente que derive de

la reclamación, o en su caso, como reserva en términos de lo establecido en el artículo 68 fracción X.

Artículo 71

Las Delegaciones Regionales, Estatales o Locales de la Comisión Nacional en las que se presente una reclamación, estarán facultadas para substanciar el procedimiento conciliatorio y, en su caso, arbitral acogido por las partes, hasta la formulación del proyecto de laudo.

Artículo 72

Las Instituciones Financieras podrán cancelar el pasivo o reserva, cuando haya sido decretada la caducidad de la instancia, la preclusión haya sido procedente, la excepción superveniente de prescripción proceda o exista sentencia que haya causado ejecutoria en la que se absuelva a la Institución. También podrá cancelarla cuando haya efectuado pago con la conformidad del Usuario.

CÓDIGO PENAL FEDERAL

Artículo 139

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

I. A quien utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares, material radioactivo, material nuclear, combustible nuclear, mineral radiactivo, fuente de radiación o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos, o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, intencionalmente realice actos en contra de bienes o servicios, ya sea públicos o privados, o bien, en contra de la integridad física, emocional, o la vida de personas, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de

ella, para atentar contra la seguridad nacional o presionar a la autoridad o a un particular, u obligar a éste para que tome una determinación.

II. Al que acuerde o prepare un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en territorio nacional.

Las sanciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo se aumentarán en una mitad, cuando además:

I. El delito sea cometido en contra de un bien inmueble de acceso público;

II. Se genere un daño o perjuicio a la economía nacional, o

III. En la comisión del delito se detenga en calidad de rehén a una persona.

Artículo 193

Se consideran narcóticos a los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la Ley General de Salud, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia.

Para los efectos de este capítulo, son punibles las conductas que se relacionan con los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias previstas en los artículos 237, 245, fracciones I, II, y III y 248 de la Ley General de Salud, que constituyen un problema grave para la salud pública.

El juzgador, al individualizar la pena o la medida de seguridad a imponer por la comisión de algún delito previsto en este capítulo, tomará en cuenta, además de lo establecido en los artículos 51 y 52, la cantidad y la especie de narcótico de que se trate, así como

la menor o mayor lesión o puesta en peligro de la salud pública y las condiciones personales del autor o participe del hecho o la reincidencia en su caso.

Los narcóticos empleados en la comisión de los delitos a que se refiere este capítulo, se pondrán a disposición de la autoridad sanitaria federal, la que procederá de acuerdo con las disposiciones o leyes de la materia a su aprovechamiento lícito o a su destrucción.

Tratándose de instrumentos y vehículos utilizados para cometer los delitos considerados en este capítulo, así como de objetos y productos de esos delitos, cualquiera que sea la naturaleza de dichos bienes, se estará a lo dispuesto en los artículos 40 y 41. Para ese fin, el Ministerio Público dispondrá durante la averiguación previa el aseguramiento que corresponda y el destino procedente en apoyo a la procuración de justicia, o lo solicitará en el proceso, y promoverá el decomiso para que los bienes de que se trate o su producto se destinen a la impartición de justicia, o bien, promoverá en su caso, la suspensión y la privación de derechos agrarios o de otra índole, ante las autoridades que resulten competentes conforme a las normas aplicables.

Artículo 194

Se impondrá prisión de diez a veinticinco años y de cien hasta quinientos días multa al que:

I. Produzca, transporte, trafique, comercie, suministre aun gratuitamente o prescriba alguno de los narcóticos señalados en el artículo anterior, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud;

   Para los efectos de esta fracción, por producir se entiende: manufacturar, fabricar, elaborar, preparar o acondicionar algún narcótico, y por comerciar: vender, comprar, adquirir o enajenar algún narcótico.

Por suministro se entiende la transmisión material de forma directa o indirecta, por cualquier concepto, de la tenencia de narcóticos.

El comercio y suministro de narcóticos podrán ser investigados, perseguidos y, en su caso sancionados por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

II. Introduzca o extraiga del país alguno de los narcóticos comprendidos en el artículo anterior, aunque fuere en forma momentánea o en tránsito.

Si la introducción o extracción a que se refiere esta fracción no llegare a consumarse, pero de los actos realizados se desprenda claramente que esa era la finalidad del agente, la pena aplicable será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el presente artículo.

III. Aporte recursos económicos o de cualquier especie, o colabore de cualquier manera al financiamiento, supervisión o fomento para posibilitar la ejecución de alguno de los delitos a que se refiere este capítulo; y

IV. Realice actos de publicidad o propaganda, para que se consuma cualesquiera de las sustancias comprendidas en el artículo anterior.

Las mismas penas previstas en este artículo y, además, privación del cargo o comisión e inhabilitación para ocupar otro hasta por cinco años, se impondrán al servidor público que, en ejercicio de

sus funciones o aprovechando su cargo, permita, autorice o tolere cualesquiera de las conductas señaladas en este artículo

Artículo 195

Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos cincuenta días multa, al que posea alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud, siempre y cuando esa posesión sea con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en el artículo 194, ambos de este código.

La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

Cuando el inculpado posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla prevista en el artículo 479 de la Ley General de Salud, en cantidad igual o superior a la que resulte de multiplicar por mil las ahí referidas, se presume que la posesión tiene como objeto cometer alguna de las conductas previstas en el artículo 194 de este código.

Artículo 196

Las penas que en su caso resulten aplicables por los delitos previstos en el artículo 194 serán aumentadas en una mitad, cuando:

I. Se cometa por servidores públicos encargados de prevenir, denunciar, investigar o juzgar la comisión de los delitos contra la salud o por un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo. En este caso, se impondrá, a dichos servidores públicos además, suspensión para desempeñar cargo o comisión en el servicio público, hasta por cinco años, o destitución, e inhabilitación hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta. Si se trata de un miembro de las Fuerzas

Armadas Mexicanas en cualquiera de las situaciones mencionadas se le impondrá, además la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca, y se le inhabilitará hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta, para desempeñar cargo o comisión públicos en su caso;

II. La víctima fuere menor de edad o incapacitada para comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente;

III. Se utilice a menores de edad o incapaces para cometer cualesquiera de esos delitos

IV. Se cometa en centros educativos, asistenciales, policiales o de reclusión, o en sus inmediaciones con quienes a ellos acudan;

V. La conducta sea realizada por profesionistas, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud en cualesquiera de sus ramas y se valgan de esa situación para cometerlos. En este caso se impondrá, además, suspensión de derechos o funciones para el ejercicio profesional u oficio hasta por cinco años e inhabilitación hasta por un tiempo equivalente al de la prisión impuesta;

VI. El agente determine a otra persona a cometer algún delito de los previstos en el artículo 194, aprovechando el ascendiente familiar o moral o la autoridad o jerarquía que tenga sobre ella; y

VII. Se trate del propietario poseedor, arrendatario o usufructuario de un establecimiento de cualquier naturaleza y lo empleare o para realizar algunos de los delitos previstos en este capítulo o permitiere su realización por terceros. En este caso además, se clausurará en definitiva el establecimiento.

Artículo 197

Al que, sin mediar prescripción de médico legalmente autorizado, administre a otra persona, sea por inyección, inhalación, ingestión o por cualquier otro medio, algún narcotico a que se refiere el artículo 193, se le impondrá de tres a nueve años de prisión y de sesenta a ciento ochenta días multa, cualquiera que fuera la cantidad administrada. Las penas se aumentarán hasta una mitad más si la víctima fuere menor de edad o incapaz comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente.

Al que indebidamente suministre gratis o prescriba a un tercero, mayor de edad, algún narcótico mencionado en el artículo 193, para su uso personal e inmediato, se le impondrá de dos a seis años de prisión y de cuarenta a ciento veinte días multa. Si quien lo adquiere es menor de edad o incapaz, las penas se aumentarán hasta una mitad.

Las mismas penas del párrafo anterior se impondrán al que induzca o auxilie a otro para que consuma cualesquiera de los narcóticos señalados en el artículo 193.

Artículo 198

Al que dedicándose como actividad principal a las labores propias del campo, siembre, cultivo o coseche plantas de marihuana, amapola, hongos alucinógenos, peyote o cualquier otro vegetal que produzca efectos similares, por cuenta propia, o con financiamiento de terceros, cuando en él concurran escasa

instrucción y extrema necesidad económica, se le impondrá prisión de uno a seis años.

Igual pena se impondrá al que en un predio de su propiedad, tenencia o posesión, consienta la siembra, el cultivo o la cosecha de dichas plantas en circunstancias similares a la hipótesis anterior.

Si en las conductas descritas en los dos párrafos anteriores no concurren las circunstancias que en ellos se precisan, la pena será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el artículo 194, siempre y cuando la siembra, cultivo o cosecha se hagan con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en las fracciones I y II de dicho artículo. Si falta esa finalidad, la pena será de dos a ocho años de prisión.

Si el delito fuere cometido por servidor público de alguna corporación policial, se le impondrá, además la destitución del empleo, cargo o comisión públicos y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar otro, y si el delito lo cometiere un miembro de las Fuerzas Armadas Mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo, se le impondrá, además de la pena de prisión señalada, la baja definitiva de la Fuerza Armada a que pertenezca y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar cargo o comisión públicos.

La siembra, cultivo o cosecha de plantas de marihuana no será punible cuando estas actividades se lleven a cabo con fines médicos y científicos en los términos y condiciones de la autorización que para tal efecto emita el Ejecutivo Federal.

Artículo 199

El Ministerio Público o la autoridad judicial del conocimiento, tan pronto conozca que una persona relacionada con algún procedimiento por los delitos previstos en los artículos 195 o 195 bis, es farmacodependiente, deberá informar de inmediato y, en su caso, dar intervención a las autoridades sanitarias competentes, para los efectos del tratamiento que corresponda.

En todo centro de reclusión se prestarán servicios de rehabilitación al farmacodependiente.

Para el otorgamiento de la condena condicional o del beneficio de la libertad preparatoria, cuando procedan, no se considerará como antecedente de mala conducta el relativo a la farmacodependencia, pero sí se exigirá en todo caso que el sentenciado se someta al tratamiento médico correspondiente para su rehabilitación, bajo vigilancia de la autoridad ejecutora.

Artículo 400

Se aplicará prisión de tres meses a tres años y de quince a sesenta días multa, al que:

I. Con ánimo de lucro, después de la ejecución del delito y sin haber participado en éste, adquiera, reciba u oculte el producto de aquél a sabiendas de esta circunstancia.

   Si el que recibió la cosa en venta, prenda o bajo cualquier concepto, no tuvo conocimiento de la procedencia ilícita de aquélla, por no haber tomado las precauciones indispensables para asegurarse de que la persona de quien la recibió tenía derecho para disponer de ella, la pena se disminuirá hasta en una mitad;

II. Preste auxilio o cooperación de cualquier especie al autor de un delito, con conocimiento de esta circunstancia, por acuerdo posterior a la ejecución del citado delito;

III. Oculte o favorezca el ocultamiento del responsable de un delito, los efectos, objetos o instrumentos del mismo o impida que se averigüe;

IV. Requerido por las autoridades, no dé auxilio para la investigación de los delitos o para la persecución de los delincuentes;

V. No procure, por los medios lícitos que tenga a su alcance y sin riesgo para su persona, impedir la consumación de los delitos que sabe van a cometerse o se están cometiendo, salvo que tenga obligación de afrontar el riesgo, en cuyo caso se estará a lo previsto en este artículo o en otras normas aplicables;

VI. Altere, modifique o perturbe ilícitamente el lugar, huellas o vestigios del hecho delictivo, y

VII. Desvíe u obstaculice la investigación del hecho delictivo de que se trate o favorezca que el inculpado se sustraiga a la acción de la justicia.

No se aplicará la pena prevista en este artículo en los casos de las fracciones III, en lo referente al ocultamiento del infractor, y IV, cuando se trate de:

a) Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines

b) El cónyuge, la concubina, el concubinario y parientes colaterales por consanguinidad hasta el cuarto grado, y por afinidad hasta el segundo; y

c) Los que estén ligados con el delincuente por amor, respeto, gratitud o estrecha amistad derivados de motivos nobles.

Las disposiciones contenidas en el párrafo anterior y las excusas absolutorias previstas en los incisos a) a c) no serán aplicables cuando el infractor que se oculte sea responsable del delito de feminicidio u homicidio

El juez, teniendo en cuenta la naturaleza de la acción, las circunstancias personales del acusado y las demás que señala el artículo 52, podrá imponer en los casos de encubrimiento a que se refieren las fracciones I, párrafo primero y II a IV de este artículo, en lugar de las sanciones señaladas, hasta las dos terceras partes de las que correspondería al autor del delito; debiendo hacer constar en la sentencia las razones en que se funda para aplicar la sanción que autoriza este párrafo.

Artículo 400 Bis

Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de mil a cinco mil días multa al que, por sí o por interpósita persona realice cualquiera de las siguientes conductas:

I. Adquiera, enajene, administre, custodie, posea, cambie, convierta, deposite, retire, dé o reciba por cualquier motivo, invierta, traspase, transporte o transfiera, dentro del territorio nacional, de éste hacia el extranjero o a la inversa, recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita, o

II. Oculte, encubra o pretenda ocultar o encubrir la naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento, propiedad o titularidad de recursos, derechos o bienes, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita.

Para efectos de este Capítulo, se entenderá que son producto de una actividad ilícita, los recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando existan indicios fundados o certeza de que provienen directa o indirectamente, o representan las ganancias

derivadas de la comisión de algún delito y no pueda acreditarse su legítima procedencia.

En caso de conductas previstas en este Capítulo, en las que se utilicen servicios de instituciones que integran el sistema financiero, para proceder penalmente se requerirá la denuncia previa de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Cuando la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en ejercicio de sus facultades de fiscalización, encuentre elementos que permitan presumir la comisión de alguno de los delitos referidos en este Capítulo, deberá ejercer respecto de los mismos las facultades de comprobación que le confieren las leyes y denunciar los hechos que probablemente puedan constituir dichos ilícitos.

LEY MONETARIA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Artículo 8

La moneda extranjera no tendrá curso legal en la República, salvo en los casos en que la Ley expresamente determine otra cosa. Las obligaciones de pago en moneda extranjera contraídas dentro o fuera de la República para ser cumplidas en ésta, se solventarán entregando el equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio que rija en el lugar y fecha en que se haga el pago.

Este tipo de cambio se determinará conforme a las disposiciones que para esos efectos expida el Banco de México en los términos de su Ley Orgánica.

Los pagos en moneda extranjera originados en situaciones o transferencias de fondos desde el exterior, que se lleven a cabo a través del Banco de México o de Instituciones de Crédito, deberán ser cumplidos entregando la moneda, objeto de dicha trasferencia o situación. Ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de Control de Cambios en vigor.

Las obligaciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo, originadas en depósitos bancarios irregulares constituidos en moneda extranjera, se solventarán conforme a lo previsto en dicho párrafo, a menos que el deudor se haya obligado en forma expresa a efectuar el pago precisamente en moneda extranjera, en cuyo caso deberá entregar esta moneda. Esta última forma de pago sólo podrá establecerse en los casos en que las autoridades bancarias competentes lo autoricen, mediante reglas de carácter general que deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación; ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de control de cambios en vigor.

VII. Definiciones.

Accidente.

Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que ocasione lesiones corporales que requieran de atención médica o causen la muerte en la persona del Asegurado.

Los accidentes que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, de su tratamiento médico o quirúrgico, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como un mismo accidente. Todas las lesiones corporales sufridas por un Integrante en un accidente se consideran como un solo evento.

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.

Asegurado.

Es toda persona que viene indicada en la carátula de la Póliza y/o certificado individual expuesta a cualquier accidente amparado por esta Póliza y que forma parte de la colectividad asegurada.

Asegurado titular.
Es la persona al servicio del contratante que pertenece a la colectividad asegurada y que en adición puede solicitar modificaciones y/o ajustes a la presente Póliza.

Aparatos ortopédicos.
Son aquellos aparatos, artefactos, auxiliares mecánicos o equipos que facilitan el desplazamiento o movimiento de las personas que sufren de un Accidente cubierto o se encuentran en el periodo de recuperación de la salud (muletas, bastones, andaderas, camas ortopédicas, trapecio, barras, barandales, grúa ortopédica, silla de ruedas, entre otros).

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.

Coaseguro.
Porcentaje establecido en la carátula de la Póliza y/o certificado individual como participación del Asegurado el cuál aplicará a los gastos procedentes del evento en exceso del deducible.

Colectividad asegurada.
Está formada por los integrantes en servicio de una persona física o moral legalmente constituida o alumnos de una institución de educación pública o privada legalmente constituida, 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.

Complementos anteriores.

Son los gastos erogados por el Asegurado en la vigencia de esta Póliza, derivados de una reclamación inicial pagada por la compañía aseguradora inmediata(s) anterior(es) a la Póliza actual del contratante y/o grupo de negocio y/o colectividad descrita en esta Póliza.

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.

Deducible.

Cantidad inicial fija establecida en la Carátula de la Póliza y/o Certificado individual con la cual participa el Asegurado en los gastos ocasionados por cada evento procedente.

La responsabilidad de QSalud comienza una vez que los costos de atención médica cubiertos superan el deducible y continúa hasta alcanzar el límite de la Suma Asegurada contratada.

Endoso.

Documento que forma parte de la Póliza, que modifica y/o adiciona sus condiciones generales, coberturas o algún elemento contractual, y que se encuentra registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Lo estipulado en este documento siempre prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

Evento o Reclamación.

Respecto al accidente cubierto, el evento se refiere a todas las atenciones médicas dirigidas a restaurar la salud que deriven de un mismo accidente englobando todas las lesiones, complicaciones, recaídas, secuelas o afecciones, derivadas del mismo Accidente, independientemente del número de reclamaciones o veces que se utilice algún servicio y/o se efectúe algún pago derivado del mismo Accidente.

Grupo médico asociado.

Conjunto de médicos que cumplen con el aval de las autoridades de educación superior, salubridad, educación pública y consejos de especialidad, para el debido ejercicio de su profesión y que celebran convenio con QSalud con fines de otorgar el pago de sus honorarios correspondientes por la atención de los Asegurados.

Hospital clínica o sanatorio.

Aquella institución legalmente constituida y registrada y que cumple con los siguientes requisitos:

a) Dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar accidentes, incluida cirugía. Los tratamientos han de ser efectuados dentro los confines del establecimiento o en infraestructuras controladas por el establecimiento.

b) Tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos originados a consecuencia de un Accidente por médicos legalmente autorizados durante las 24 horas del día y durante todos los días del año.

No se considerará como hospital, clínica o sanatorio:

- **Cualquier institución para el tratamiento de enfermedades mentales o cuyo principal objetivo sea el tratamiento de enfermedades psiquiátricas. De igual forma, se hace**

constar que se excluyen tratamientos en los departamentos psiquiátricos de los hospitales

- **Casas para ancianos, casas de descanso, centro para el tratamiento de drogadictos y/o alcohólicos y/o neuróticos.**

- **Clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.**

Hospitalización.

Es la estancia continua del Asegurado en un hospital, clínica o sanatorio mayor a 24 horas, siempre y cuando ésta sea médicamente justificada y comprobable para el Accidente cubierto.

La estancia anteriormente mencionada inicia a partir de que el Asegurado ingresa como paciente interno y da fin con el alta que otorgue el médico tratante, o en su caso la carta responsiva que firme el Asegurado o los familiares que, en su caso serán los responsables del Asegurado una vez egresado del hospital, concluyendo la responsabilidad de QSalud para ese evento hospitalario.

Inicio de cobertura.

Es la fecha a partir de la cual el Asegurado tiene derecho a la cobertura y beneficios contratados en la Póliza.

Si la presente Póliza se cancela o no se renueva, los Asegurados perderán su antigüedad. Si el contratante solicita con posterioridad una nueva Póliza, la nueva fecha de antigüedad será considerada como inicio de cobertura.

Médico.

Profesionista independiente y legalmente autorizado mediante cédula profesional vigente para ejercer la medicina.

El médico tratante no puede ser el mismo Asegurado o familiar directo del Asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado.

Médico en convenio con QSalud.

Son los médicos de primer contacto y médicos especialistas con los cuales QSalud tiene celebrado un convenio para otorgar consultas ilimitadas de forma presencial o digital (video consulta) aplicando el copago correspondiente de acuerdo con la especialidad.

Odontología.

Rama de la Medicina que estudia las estructuras bucales sanas y sus alteraciones para su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Odontólogo.

Persona que ha recibido el título de Cirujano Dentista y que está legalmente autorizado para practicar la odontología. Y que está autorizado para llevar a cabo los procedimientos al asegurado.

Pago directo.

Mecanismo mediante el cual QSalud puede autorizar y liquidar directamente al prestador de servicios médicos y/u hospitalarios los gastos procedentes, derivados de la atención médica del Asegurado por un Accidente cubierta por la Póliza.

Periodo al descubierto.

Periodo de tiempo en el cual la Póliza no está vigente ni pagada. Inicia al día siguiente de finalizado el periodo de gracia y termina cuando QSalud recibe y acepta expresamente el pago completo de la prima o fracción pactada. No procederá el pago de reclamaciones por Accidentes se hayan manifestado durante el periodo al descubierto.

Al momento de originarse un periodo al descubierto, él o los Asegurados que estén incluidos en el registro de la Póliza pierden el reconocimiento de la antigüedad para los efectos de la presente Póliza.

Póliza.

Es el contrato de seguro, condiciones generales, carátula de la Póliza, endosos y demás documentos contractuales, celebrados entre el contratante y QSalud, en donde se establecen los derechos y obligaciones de las partes.

Prima.

Es la contraprestación económica prevista en la Póliza a cargo del contratante correspondiente a cada uno de los Asegurados, de acuerdo con su ocupación, sexo y edad en la fecha de inicio de vigencia de la Póliza y/o certificado individual, a favor de QSalud, la cual podrá ser anual o en parcialidades no menores a un mes, según lo establezca la Póliza.

Primer gasto.

Es el gasto más antiguo en que el Asegurado incurre para la atención de un Accidente cubierto.

QSalud.

Quálitas Salud S.A. de C.V.

Reclamación.

Es el trámite que efectúa el Asegurado ante QSalud, para obtener los beneficios de esta Póliza a consecuencia de un Accidente cubierto.

QSalud definirá si es o no procedente de acuerdo con las condiciones de la presente Póliza.

Reembolso.

Sistema mediante el cual QSalud reintegra al Asegurado los gastos procedentes efectuados por él mismo a consecuencia de un Accidente cubierta. Todos los reembolsos son ajustados de acuerdo con las condiciones de la Póliza. El reembolso no aplica para atenciones fuera de la República Mexicana.

Renovación.

Emisión consecutiva de la Póliza por un periodo establecido de tiempo, con el objeto de mantenerla en vigor.

Suma asegurada.

Obligación máxima de QSalud por cada Accidente amparada por la Póliza con base en las coberturas contratadas, siempre y cuando dicho Accidente ocurra durante la vigencia de la misma.

La Suma asegurada para cada Accidente quedará fija a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto cubierto. En caso de que el contratante solicite un cambio en la Suma asegurada por un monto menor, la Suma asegurada se fijara de acuerdo con el nuevo monto solicitado.

Urgencia médica.

Alteración órgano-funcional que se presenta de manera imprevista, súbita y fortuita en la salud del Asegurado y que ponen en peligro su vida, la funcionalidad de alguno de sus órganos o su integridad corporal y por lo cual requiera de atención inmediata, siempre y cuando sea a consecuencia de un Accidente cubierto por la Póliza.

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

Vigencia.
Periodo de validez de la Póliza que se indica en la carátula de la Póliza y/o certificado individual.

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 agosto de 2024, con el número CNSF-H0718-0036-2024/CONDUSEF-006452-03.