

CONDICIONES GENERALES



QBienestar Colectivo



Quálitás
SALUD.

CONDICIONES GENERALES

QBienestar Colectivo

QS-QBEC-0924/1

ÍNDICE

I. Objeto del Seguro.....	3
II. Coberturas.....	3
III. Exclusiones.....	40
IV. Gastos a cargo del Asegurado.....	49
V. Cláusulas Generales.....	51
VI. Definiciones.....	98

I. Objeto del Seguro.

A través del presente contrato de seguro que adquiere el Contratante, QSalud se compromete a otorgar al Asegurado la atención médica tendiente a prevenir y/o restaurar su salud, así como a cubrir los gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del asegurado.

Siempre y cuando estas atenciones y gastos sean derivadas de tratamientos relacionados con un accidente o enfermedad cubiertos y con los diagnósticos proporcionados por instituciones y personas autorizadas legalmente para el ejercicio de su actividad.

El alcance de la obligación de QSalud será exclusivamente dentro de los términos y condiciones de la Póliza y hasta el monto de la Suma asegurada, como contraprestación de las obligaciones que para el Contratante y de la Colectividad asegurada se desprenden también de ésta para cada cobertura.

QSalud podrá otorgar los beneficios de programación de servicios y pago directo previa valoración y autorización de su parte.

II. Coberturas.

Servicios médicos tendientes a prevenir enfermedades o restaurar la salud del Asegurado, de acuerdo con lo estipulado en el presente contrato, así como a cubrir los gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del asegurado.

En la medida en que el tratamiento médico o quirúrgico requerido para la atención de un accidente o enfermedad será

cubierta por la Póliza, siempre y cuando ocurra dentro del periodo de vigencia de esta y que el Asegurado pertenezca a la Colectividad asegurada. El tratamiento antes citado debe ser prescrito por un médico de la especialidad correspondiente y su cobertura está sujeta a los límites establecidos en la Póliza, y en todo lo concerniente a estas condiciones generales, endosos y cláusulas que se agreguen.

Para los accidentes o enfermedades cubiertas, quedarán amparados, y a cargo de QSalud, los siguientes gastos:

A. Consultas médicas con médicos en convenio con QSalud en consultorio.

Corresponden a cualquier consulta médica presencial en consultorio de primer y segundo contacto.

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

Se cubren consultas médicas digitales (video consultas) con médico general que requiera el Asegurado durante los horarios de atención de acuerdo con la disponibilidad del médico, aplicando el coaseguro señalado en la Carátula de 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.

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

Se cubren consultas médicas de primer contacto que requiera el Asegurado en consultorio durante los horarios de atención de acuerdo con la disponibilidad del médico, aplicando el coaseguro señalado en la Carátula de Póliza y/o en el Certificado Individual, este coaseguro será a cargo del Asegurado y será pagado directamente al médico el día de la consulta.

Primer Contacto incluye:

- Medicina General
- Medicina Interna

- Ginecología y Obstetricia
- Pediatría

- **Consultas médicas presenciales con médicos especialistas.**

Se cubren las Consultas médicas con médicos especialistas que requiera el Asegurado en consultorio durante los horarios de atención de acuerdo con la disponibilidad del médico, aplicando el coaseguro 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.

- **Consultas médicas presenciales de psiquiatría.**

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

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

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

B. Gastos hospitalarios

1. El costo de un cuarto privado estándar, alimentos del paciente y paquete de admisión.
2. Sala de operaciones, de recuperación o de curaciones, así como unidad de terapia intensiva, intermedia o cuidados coronarios.
3. Insumos hospitalarios y auxiliares de diagnóstico, así como tratamientos médicos indispensables para el manejo del padecimiento cubierto, siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante.
4. Sueros y soluciones intravenosas prescritas por el médico tratante e indispensables para el tratamiento de un padecimiento cubierto. Se ampara el costo de los análisis y pruebas de compatibilidad de la sangre y/o sus derivados del donador de acuerdo con el número de paquetes (unidades de substancia) utilizados por el Asegurado.
5. Costo de la cama extra para el acompañante.

C. Honorarios médicos.

1. Honorarios por consultas médicas y/o tratamientos médicos de acuerdo con lo siguiente:
 - Los honorarios de los médicos en convenio con QSalud por consultas médicas aplicando el Coaseguro correspondiente de acuerdo con la especialidad, dicho Coaseguro se realizará directamente al médico posterior a la consulta.
 - Los honorarios de los médicos que pertenezcan al grupo médico asociado serán cubiertos con base

en los montos convenidos. En este caso el Asegurado no pagará diferencia alguna por este concepto.

- Los honorarios de los médicos que no pertenezcan a los médicos en convenio con QSalud o al grupo médico asociado serán cubiertos con un máximo del monto establecido en el tabulador de honorarios médicos del plan contratado.
- En caso de que el Asegurado decida atenderse con algún médico distinto a los pertenecientes a la Red de Prestadores en Convenio con QSalud, la diferencia entre el costo del honorario del médico de red y el médico tratante que brindará el servicio al Asegurado, quedará a cargo del propio Asegurado.

2. Honorarios por procedimientos quirúrgicos de acuerdo con lo siguiente:

- Los honorarios de los médicos que pertenezcan a los médicos en convenio con QSalud o al grupo médico asociado, serán cubiertos con base en los montos convenidos. En este caso el Asegurado no pagará diferencia alguna por este concepto.
- Los honorarios de los médicos que no pertenezcan a los médicos en convenio con QSalud o grupo médico asociado serán cubiertos con un máximo del monto establecido en el tabulador de honorarios médicos del plan contratado.
- En procedimientos quirúrgicos, el monto amparado para el anestésista se limitará hasta un 30% del monto cubierto al cirujano principal.

- En procedimientos quirúrgicos, el monto amparado para el primer ayudante se limitará hasta un 20% y para el segundo ayudante y/o instrumentista, se limitará hasta un 10% a cada uno, del monto total cubierto al cirujano principal.
- Los conceptos del primer ayudante, segundo ayudante y/o instrumentista se cubrirían siempre y cuando el procedimiento que se practique lo justifique conforme a lo definido en el tabulador de honorarios médicos de QSalud para dicho procedimiento y no vengán incluidos en la factura hospitalaria.
- El costo de las consultas médicas post-operatorias en los siguientes 15 días naturales siguientes a la intervención, queda incluido dentro de los honorarios médicos por intervención quirúrgica.

D. Medicamentos.

Medicamentos consumidos por el Asegurado en el hospital, clínica o sanatorio y los adquiridos fuera de él, siempre y cuando cumpla con la definición de medicamentos de las presentes Condiciones Generales, indicados y justificados por el médico tratante y que estén relacionados con el accidente o enfermedad cubierta que genera la atención médica. Los medicamentos cubiertos deberán contar con registro sanitario ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y el proveedor deberá contar con licencia de comercialización en México.

Para cualquier tipo de cáncer quedan cubiertos los gastos por tratamientos de radioterapia y/o quimioterapia que tengan indicación médica y sean indicados y justificados por el médico tratante, que han comprobado su seguridad y efectividad y por ello han sido autorizados por la Secretaría

de Salud u organismos sanitarios correspondientes mediante un registro sanitario y se encuentran especificados para tratar el tipo y estadío del cáncer del Asegurado en las guías terapéuticas de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).

E. Auxiliares de diagnóstico.

Análisis de laboratorio, de gabinete, imagenología o cualquier otro indispensable para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un padecimiento cubierto, siempre que sea prescrito por el médico tratante y que se refiera o tenga relación directa con el padecimiento que se está tratando. Estos gastos serán cubiertos siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo y que no sean de tipo experimental o en fase de investigación.

F. Otros servicios médicos.

Ambulancia terrestre.

Queda cubierta la ambulancia terrestre dentro de la República Mexicana, siempre y cuando sea médicamente necesaria.

No se cubre el traslado de pacientes que se encuentren en condiciones psiquiátrico-agresivas, ebrios, drogados o bajo el efecto de alguna sustancia psicoactivas que altere o enajene el estado mental del Asegurado.

Ambulancia aérea.

Si a consecuencia de una urgencia médica el Asegurado requiere de atención hospitalaria y en la localidad no se cuenta con los recursos médicos hospitalarios para su atención, QSalud cubrirá los gastos erogados por concepto de transportación aérea dentro de la República Mexicana.

Para esta cobertura se aplicará una participación del 20% del costo del servicio derivado de este beneficio.

- El pago de estos servicios correrá a cargo del Asegurado, quien someterá su solicitud de reembolso proporcionando un informe médico sobre las condiciones del Asegurado. QSalud dictaminará la procedencia de la reclamación y cubrirá dichos gastos incurridos al Asegurado.
- En aquellos casos en que sea posible el dictamen previo de la procedencia del servicio de ambulancia aérea, QSalud cubrirá directamente al proveedor de los servicios el monto de los gastos erogados.
- Para efectos de que QSalud pueda efectuar el reembolso, el Asegurado deberá entregar la factura original y la documentación médica que QSalud le requiera para dictaminar la procedencia del reclamo.

No se cubre el traslado de pacientes que se encuentren en condiciones psiquiátrico-agresivas, ebrios, drogados o bajo el efecto de alguna sustancia psicoactivas que altere o enajene el estado mental del Asegurado.

Servicios de Enfermería.

Se cubren los honorarios de un(a) enfermero(a) titulado(a) y legalmente autorizado(a) para el ejercicio de su profesión, que bajo prescripción del médico tratante sea necesaria para la convalecencia domiciliaria, con un límite máximo de 1 UMAM por día y hasta un máximo de 30 días naturales por evento.

No se otorgará el servicio a pacientes que se encuentran en condiciones psiquiátricas – agresivas, bajo el influjo de alcohol y/o drogas.

Consultas homeopáticas y quiroprácticas.

Se cubren los honorarios de médicos homeópatas o quiroprácticos que cuenten con cédula profesional, que serán cubiertos hasta un monto máximo establecido en el tabulador del plan contratado.

No están cubiertos gastos adicionales a las consultas con los médicos homeópatas o quiroprácticos, tales como medicamentos y/o estudios prescritos por los mismos.

Prótesis y endoprótesis.

Se cubren prótesis y endoprótesis en caso de que se requieran a consecuencia de un accidente y/o enfermedad cubierta por la presente Póliza y con previa valoración del médico tratante.

No se cubren los gastos por pérdida, destrucción o mal uso de estos, en este caso, estos corren a cargo del Asegurado.

No se cubren prótesis o endoprótesis no funcionales.

No se cubren aparatos de endoprótesis, prótesis para enfermedades y/o accidentes preexistentes, únicamente se cubrirán para aquellos accidentes y/o enfermedades cubiertas que hayan iniciado después de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

Aparatos Ortopédicos.

Queda cubierta la renta o adquisición de aparatos ortopédicos que se requieran a consecuencia de un accidente y/o enfermedad cubierta por la presente Póliza, estando sujeto al tabulador del plan contratado.

No se cubren los gastos por pérdida, destrucción o mal uso de estos, en este caso, estos corren a cargo del Asegurado.

No se cubren aparatos ortopédicos para enfermedades y/o accidentes preexistentes, únicamente se cubrirán para

aqueños accidentes y/o enfermedades cubiertas que hayan iniciado después de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

Equipo de hospital, suministros y atención especializada.

Renta de equipo de hospital, suministros y atención especializada que sea necesario para el cuidado médico domiciliario, siempre y cuando sea prescrito por el médico tratante, estando sujeto al tabulador del plan contratado.

Servicios de Terapia.

Quedan cubiertos los tratamientos de inhaloterapia, terapia radioactiva o quimioterapia, cuando se reciban en una institución o con persona especializada y bajo prescripción del médico tratante.

Tratamientos de medicina de rehabilitación física y neuro rehabilitación cuando el Asegurado lo requiera a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta, y éste sea prescrito por el médico tratante y se realice en centros especializados o domicilio de acuerdo con lo siguiente:

- Únicamente se pagará una sesión por día, independientemente del tipo de terapia y número de especialistas que la proporcionen. Teniendo un máximo de 40 sesiones.
- Cuando QSalud lo considere conveniente, podrá solicitar una segunda opinión médica y pedirá al Asegurado se presente para su evaluación.

No se cubren terapias de delfinoterapia, equinoterapia y/o natación.

G. Eventos cubiertos sujetos a condiciones específicas.

a) Enfermedades congénitas y genéticas.

De acuerdo con lo siguiente:

- Las enfermedades genéticas de los Asegurados nacidos dentro de la vigencia de esta Póliza estarán cubiertas siempre y cuando la madre Asegurada tenga por lo menos diez meses de cobertura continua e ininterrumpida con QSalud al momento del parto o cesárea, el diagnóstico se origine dentro de la vigencia de la Póliza y el Asegurado afectado se encuentre vigente en la Póliza.

En caso de enfermedades congénitas se cubren, siempre y cuando el diagnóstico se origine dentro de la vigencia de la Póliza y el Asegurado afectado se encuentre vigente en la Póliza.

Los gastos se cubrirán a partir del nacimiento del nuevo Asegurado.

- Se otorga cobertura de enfermedades congénitas y genéticas para los asegurados nacidos en vigencias anteriores en QSalud u otra compañía de seguros, del mismo Contratante y/o grupo de negocio y/o colectividad descrita en esta Póliza, cuando se compruebe ante QSalud la antigüedad ininterrumpida de protección desde el nacimiento.
- Las enfermedades congénitas, de los Asegurados nacidos fuera de la(s) vigencia(s) de la colectividad contratante de esta Póliza, estarán cubiertos siempre y cuando cumplan con las siguientes características:

- No se haya presentado diagnóstico médico a la fecha de inicio de la cobertura de este beneficio.
- No se hayan erogado gastos por dichas enfermedades a la fecha de inicio de la cobertura de este beneficio.
- La enfermedad haya sido desapercibida por el Asegurado a la fecha de inicio de la cobertura de este beneficio.
- No haya sido conocido por la evolución natural de la enfermedad.

Si se cumple con lo anterior, el padecimiento será cubierto bajo las condiciones contratadas.

No quedarán cubiertos los gastos por enfermedades congénitas y genéticas o nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción y tratamientos de infertilidad y/o esterilidad.

No están cubiertos las enfermedades o complicaciones que presente el recién nacido originados por otra enfermedad excluida de la madre.

El conjunto de alteraciones que se presenten durante el periodo gestacional o al nacimiento y den origen a diversas alteraciones en la salud serán consideradas como un solo evento.

- b)** Gastos por las alteraciones clínicas de los recién nacidos prematuros Asegurados, siempre y cuando la Asegurada titular o cónyuge o concubina tenga por lo menos diez meses de cobertura continua e ininterrumpida.

No quedarán cubiertos los gastos por nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad y/o esterilidad.

- c) Se brindará a través de los médicos de red la atención médica que requiera la Asegurada Titular, cónyuge o concubina del Asegurado Titular siempre y cuando sea Asegurada dentro de la Póliza, en ambos casos debe de tener por lo menos diez meses de cobertura continua e ininterrumpida con QSalud a consecuencia de parto normal o cesárea, incluyendo óbito fetal, hasta por \$25,000.00 pesos para este caso no aplica deducible ni coaseguro.

En ningún caso este beneficio aplica para cubrir gastos del recién nacido.

La suma asegurada por parto normal o cesárea es independiente a la suma asegurada de cualquier complicación del embarazo.

- d) Se brindará a través de los médicos de red, la atención médica que requiera la Asegurada Titular, cónyuge o concubina del Asegurado Titular siempre y cuando sea Asegurada dentro de la Póliza, en ambos casos debe de tener por lo menos diez meses de cobertura continua e ininterrumpida con QSalud a consecuencia de complicaciones del embarazo, parto y puerperio conforme a lo siguiente:
- Tratamiento médico y/o intervención quirúrgica realizada con motivo de embarazo extrauterino. Para ser procedente debe presentarse ultrasonografía y/o estudio histopatológico.
 - La toxicosis gravídica (preeclampsia y eclampsia, enfermedades hipertensivas). Para ser

procedente debe presentarse los estudios que respalden el diagnóstico y el informe médico.

- La mola hidatiforme (embarazo molar), será procedente sólo si se presenta estudio histopatológico.
- El puerperio patológico, fiebre puerperal, sepsis puerperal, infecciones.
- Placenta previa (indispensable presentar ultrasonografía).
- Placenta acreta, será procedente sólo si se presenta estudio histopatológico.
- Diabetes gestacional.
- Púrpura trombocitopénica.
- Huevo muerto retenido (indispensable presentar ultrasonografía).
- Cerclaje.

En todos los casos la Asegurada deberá entregar los estudios correspondientes donde se sustente el diagnóstico, considerando los estudios ultrasonográficos e histopatológicos.

- e) Se cubren los gastos derivados de las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica amateur u ocasional (práctica no profesional) de cualquier deporte, **con excepción de Vuelo en ala delta, Tauromaquia, Alpinismo, charrería, equitación, lucha libre, box, judo, los cuales no estarán cubiertos.**
- f) Los tratamientos de hernias, eventraciones y diástasis; serán cubiertos únicamente si se cuenta con una previa valoración al acto quirúrgico por parte del médico designado por QSalud.
- g) Los tratamientos de nariz y/o senos paranasales estarán cubiertos siempre y cuando no se trate de cirugía estética. La reclamación será procedente sólo si se

presenta la tomografía y/o radiografía(s) realizada(s), con anterioridad a la intervención quirúrgica, así como fotografías anteriores y posteriores al procedimiento. En caso de Enfermedad y/o Accidente el Asegurado deberá participar en todos los casos con el deducible contratado y con un coaseguro del 50% y aplicando un tope de Coaseguro de \$100,000.00 pesos. Para este padecimiento se aplica un periodo de espera de 2 años.

- h)** Los gastos por tratamientos dentales, maxilofaciales, o prótesis dentales que resulten indispensables a consecuencia de un accidente cubierto, serán procedentes siempre que se hayan dañado piezas naturales y se presenten radiografías postraumáticas. El periodo máximo de beneficio es de 1 año a partir de la fecha de primer gasto.
- i)** Los tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter reconstructivo (no estético), sólo si son indispensables a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta, siempre que éstos ocurran dentro de la vigencia de la Póliza.
- j)** Las enfermedades de las glándulas mamarias, de útero y ovarios, en este caso será necesario presentar ultrasonido, mastografía (en su caso) y cualquier otro estudio que QSalud requiera para su valoración.

Los procedimientos quirúrgicos de las glándulas mamarias sólo se cubrirán previa valoración al acto quirúrgico por parte del médico tratante designado por QSalud.

- k)** En cirugía de trasplantes los gastos amparados del donante serán exclusivamente los relacionados con las pruebas de compatibilidad, los inherentes al acto quirúrgico para la extracción del órgano y los gastos de

recuperación intrahospitalaria inmediatos a dicho acto quirúrgico con un límite de \$100,000.00 (Cien mil pesos 00/100 M.N.) Para este beneficio no aplica deducible ni coaseguro.

- l) Las adherencias pélvicas y endometriosis sólo se cubrirán previa valoración al acto quirúrgico por parte del médico designado por QSalud.
- m) Los tratamientos que requiera el Asegurado afectado por el SIDA o seropositivo, se cubrirán una vez transcurridos cuatro años de estar cubierto en forma continua e ininterrumpida en QSalud por el beneficio de atención hospitalaria para Asegurados, **quedando excluido todo tipo de gasto cuando el diagnóstico de SIDA se hace dentro de este período de cuatro años o con anterioridad a él.**

Para la determinación de la enfermedad se requerirá la prueba serológica de Elisa, así como la de Western Blot.

- n) Las circuncisiones, siempre y cuando no sean de carácter profiláctico.

En caso de que la circuncisión sea de carácter profiláctico y estético, sólo se cubrirá si el Asegurado nació dentro de la vigencia de la Póliza y lo dieron de alta dentro de los siguientes 45 días naturales siguientes al nacimiento. La Suma asegurada para este beneficio de carácter profiláctico es de 3 UMAM y no aplica deducible ni coaseguro.

- o) El Asegurado quedará cubierto por daño psiquiátrico o psicológico de acuerdo con lo establecido a continuación:

Si a juicio de su médico tratante y derivado del diagnóstico por parte de un médico psiquiatra o psicólogo, requiera tratamiento psiquiátrico o psicológico a consecuencia de alguno de los siguientes eventos siempre y cuando ocurran dentro del período de cobertura del Asegurado:

- I. Derivado de algún accidente cubierto por las condiciones de la Póliza.

- II. Derivado de alguna de las siguientes enfermedades terminales, siempre y cuando se encuentren amparadas por la Póliza y debiendo presentar los informes médicos, diagnósticos y estudios que lo confirmen:
 - Cáncer
 - Accidente vascular cerebral
 - Infarto del miocardio
 - Insuficiencia renal
 - Intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias
 - SIDA

- III. Derivado de un acto delictivo ocurrido sobre la persona asegurada, conforme a los siguientes delitos:
 - Robo con violencia,
 - Secuestro, o
 - Violación

Esta cobertura procederá siempre y cuando se presente copia certificada del acta levantada ante el ministerio público y el diagnóstico del médico tratante comprobando que sufrió alguno de los eventos antes mencionados.

Las coberturas amparadas tienen el siguiente alcance:

- Honorarios del médico psiquiatra y/o psicólogo por un máximo de 20 consultas durante un año a partir de la fecha de la primera consulta, a razón de 0.25 UMAM máximo por Consulta.
- Todos los medicamentos que sean necesarios para su tratamiento durante un año a partir de la fecha de la primera consulta psiquiátrica, hasta un máximo total de 25 UMAM.

Este beneficio sólo se brindará en la República Mexicana. Los trastornos amparados en esta cobertura no serán válidos para diagnosticar otras enfermedades.

Quedan excluidos de los beneficios de este punto:

- **La ansiedad y/o depresión, a menos que se derive de los eventos descritos en los apartados I, II y III de la presente cobertura.**
 - **Las enfermedades o trastornos preexistentes.**
- p)** Los gastos que requiera el Asegurado por enfermedades preexistentes quedaran amparados una vez transcurridos dos años de estar Asegurado en forma continua e ininterrumpida en esta Póliza, quedando excluido todo tipo de gasto presentado antes de cumplirse el periodo mencionado.

El periodo para tener derecho a este beneficio se contará a partir de la fecha de antigüedad del Asegurado en esta Póliza.

Serán considerados como preexistentes aquellas enfermedades cuyo diagnóstico se realizó anterior la fecha de antigüedad del Asegurado.

Los gastos definidos como complementos anteriores quedan excluidos de esta cobertura.

q) Urgencias de conceptos no cubiertos.

Se cubren en territorio nacional los siguientes conceptos originados a partir de cualquier urgencia médica por las complicaciones de los siguientes tratamientos excluidos:

-
-
- Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir calvicie, anorexia y bulimia, aumento de peso o tratamientos dietéticos, para reducción de peso o para obesidad.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir el acné.
- Tratamientos médicos o quirúrgicos por esterilidad, infertilidad, control de la natalidad, impotencia sexual. **En este caso no se cubren las complicaciones del recién nacido derivadas de estos tratamientos.**
- Tratamientos con fines preventivos.
- Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.
- Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales.

Los gastos de las complicaciones procederán siempre y cuando éstas se consideren como urgencia médica.

Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del Asegurado afectado, cesará la urgencia médica y, por lo tanto, los efectos del beneficio de esta cobertura.

El límite de protección para este beneficio será de \$550,000.00 (Quinientos cincuenta mil pesos 00/100 M.N.)

- r) Tratamiento sujeto a segunda valoración médica.

Los procedimientos que quedan sujetos a una segunda valoración médica, siempre y cuando no se traten de una urgencia médica y ésta sea requerida por QSalud son:

Traumatología y ortopedia tales como:

- Cirugía de rodilla
- Cirugía de columna
- Hernias de disco intervertebral
- Clínica del dolor
- Sesiones de fisioterapia en general

Otorrinolaringología, tales como:

- Cirugía funcional vs estética por desviación de septum nasal
- Cirugía funcional vs estética por hipertrofia de cornetes

Oftalmología, tales como:

- Eventos realizados en dos tiempos (cataratas, retinopatía)

Cirugía general (en caso de no haber estudios confirmatorios), tales como:

- Hernias abdominales
- Hernias inguinales

- s) Quedan amparados los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de columna vertebral por cualquier enfermedad y/o accidente amparado.

En caso de requerir cirugía será necesario programar el evento quirúrgico.

En caso de urgencia médica que impida la programación de la cirugía, el pago directo será tramitado con previa autorización por escrito por parte de QSalud.

t) Pago de complementos anteriores.

Los gastos erogados por alguna Enfermedad o Accidente cubierto que sean complementarios de una reclamación inicial pagada por alguna compañía aseguradora con la que se hubiere contratado la(s) vigencia(s) anterior(es) de la Póliza actual del contratante, y cuya fecha de diagnóstico de la enfermedad o accidente cubierto sea posterior a la fecha de antigüedad del Asegurado, se cubrirán hasta el agotamiento del remanente de la suma asegurada menor entre la contratada en la fecha del primer gasto y la actual, siempre que al momento de la erogación del gasto, estos se encuentren amparados por la Póliza de seguro, para el personal que se encuentre en servicio activo al inicio de la vigencia de la Póliza actual de la cual forma parte el presente endoso.

El gasto complementario se pagará de acuerdo con las condiciones contratadas y endosos de la Póliza colectiva en la cual se origina el primer gasto, debiendo presentar carta finiquito indicando el remanente de suma asegurada de la Compañía de seguros anterior.

QSalud se obliga a pagar los gastos mencionados en el párrafo anterior siempre y cuando resulten procedentes y hayan sido efectuados dentro del periodo de vigencia de esta Póliza.

En caso de cancelación de esta Póliza o baja del Asegurado se aplicará el periodo máximo de beneficio indicado en la Cláusula *Periodo Máximo de Beneficio* en la sección Cláusulas Generales de las presentes Condiciones Generales.

u) Atención especializada

Se cubren los siguientes beneficios de salud:

- **Orientación médica telefónica.**

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

En esta orientación medica telefónica no emiten diagnósticos, ni tratamientos médicos, ni se recetan medicamentos.

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

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

- **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 Coaseguro señalado en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente por cada consulta, el cual será a cargo del Asegurado y será pagado directamente al médico el día de la consulta.

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

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

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

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

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

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

- **Ambulancia terrestre.**

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

Esta cobertura no tendrá límite de eventos, debiendo el Asegurado cubrir el Coaseguro indicado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual correspondiente directamente al proveedor al momento de llevarse a cabo el traslado correspondiente. La cobertura de servicio solo aplicará para traslados sencillos de origen a un destino determinado, en caso de no descender en el primer destino y trasladarse a otro destino, se considerará como evento independiente debiendo cubrir el Coaseguro correspondiente una vez más. El recorrido máximo será de hasta 20 kilómetros.

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

v) Atención Dental.

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

Beneficios dentales cubiertos	Participación del Asegurado Copago
Urgencias dentales	0%
Diagnóstico y prevención (Evaluación oral, rayos x, limpiezas, aplicación de flúor y selladores)	0%
Restaurativo básico (Restauraciones con amalgamas y resinas)	0%
Procedimientos quirúrgicos menores	20%

(Extracciones simples y otros procedimientos menores)	
---	--

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

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

Tratamientos o Procedimientos de urgencias dentales.

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

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

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

Tratamientos o Procedimientos dentales de diagnóstico y/o prevención.

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

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

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

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

Tratamientos o Procedimientos dentales restaurativos básicos.

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

Descripción del tratamiento o Procedimiento dental	Alcance del beneficio
Amalgama de una a cuatro superficies, en dientes primarios o permanentes	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie
Composite con base de resina – de 1 (una) o más superficies en diente anterior	
Composite con base de resina – de 1 (una) a 2 (dos) superficies – en diente posterior	

Restauración con resina fluida en dientes permanentes- hasta 16 (dieciséis) años	Hasta edad de 16 (dieciséis) años y en diente sin restauración previa.
	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie.

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

Procedimientos quirúrgicos menores.

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

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

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

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

Exclusiones particulares de la cobertura de Atención Dental:

- 1. Tratamientos o materiales por malformaciones óseas y Dentales congénitas y Tratamientos o Procedimientos por afecciones durante el desarrollo de los dientes, por ejemplo: hipocalcificación o hipoplasia del esmalte.**
- 2. Tratamientos o Procedimientos dentales que incrementan la dimensión vertical de una oclusión, reemplacen la pérdida de la estructura de los dientes por desgaste, tales como, atrición, bruxismo, rechinar, apretamiento de los dientes, abrasión, erosión, abfracción y por hábitos orales que dañen la integridad de los dientes, excepto que sea parte del Tratamiento Dental necesario y debido a un Accidente Dental o lesión bucal y directamente atribuible a éste. Tampoco se cubren los protectores o guardas oclusales y los ajustes oclusales.**
- 3. Tratamientos, Procedimientos, intervenciones quirúrgicas o materiales realizados primariamente por motivos estéticos para mejorar la apariencia del Asegurado, mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos; Tratamiento de fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes); Tratamiento por pigmentación dental a**

consecuencia de medicamentos; carillas de porcelana u otras carillas que no tienen el propósito de restauración; así como cualquier otro Tratamiento o material que sea considerado como tal, de acuerdo a los estándares generalmente aceptados de la Práctica Dental, excepto que sea parte de algún Tratamiento dental necesario y debido a un Accidente Dental o lesión bucal directamente atribuible a éste. Si los Tratamientos o Procedimientos realizados en un diente en particular no están excluidos, el Tratamiento cosmético de los dientes adyacentes o que están cerca del afectado se considerarán como Excluidos.

4. Gastos Dentales a consecuencia de Tratamientos o Procedimientos dentales incorrectos que hubieran sido proporcionados antes de la vigencia de la Póliza de Seguro o por Dentistas fuera de la Red del proveedor de servicios durante la Vigencia de la Póliza de Seguro.
5. Tratamientos o Procedimientos prestados o materiales suministrados por un Dentista antes de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza de Seguro o antes de la fecha de inicio de la Cobertura de los Asegurados.
6. Utilización de medicamentos por autoprescripción que causen una lesión bucal que amerite una Urgencia Dental.
7. Gastos por radiografías que se necesiten tomar para realizar los diferentes Tratamientos y aquellas posteriores al Tratamiento para comprobar la calidad del mismo, no serán pagados ya que su costo está incluido en el Honorario Máximo Autorizado de cada Tratamiento.
8. Ferulización para Tratamiento de enfermedad periodontal, e injertos extra-orales (injertos de tejido en la parte de afuera de la boca).

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

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

que el de restaurar lesiones por caries activas (con cavidad) o por desajuste demostrable de la restauración.

21. Tratamientos o Procedimientos de ortodoncia (Tratamientos para la corrección de dientes o mandíbulas mal posicionadas). No se cubren extracciones por Indicación ortodóntica.
22. Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del Tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en la Póliza de Seguro.
23. Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del Tratamiento odontológico o quirúrgico causada por negligencia del Asegurado a las indicaciones del Dentista tratante.
24. Ningún Tratamiento que no esté especificado dentro de los beneficios del Plan.
25. En Incisiones y Drenajes de Abscesos se excluye la “Angina de Ludwig”.
26. Gastos en que se incurra a consecuencia de hechos de guerra, alborotos populares, motines y epidemias declaradas oficialmente.
27. Gastos en que se incurra por Accidentes o Enfermedades Dentales que se originen a consecuencia de:
 - (i) Delitos dolosos o intencionales en los cuales el Asegurado sea considerado como sujeto activo o partícipe del delito.
 - (ii) Lesiones auto infligidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.

Suma Asegurada.

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

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

w) Atención Visual.

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

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

Exclusiones particulares de la cobertura:

1. **Cualquier tipo de consulta médica o procedimiento médico preventivo efectuado por un oftalmólogo y/o cualquier otra persona autorizada para llevarlo a cabo.**
2. **Cualquier tipo de Tratamiento médico o quirúrgico para los ojos.**
3. **Ejercicios ortópticos o entrenamiento visual para tratar la visión baja.**
4. **Visión baja.**
5. **Apoyos para visión baja o subnormal.**
6. **Aniseiconía (trastorno ocular que genera imágenes de diferente tamaño entre las retinas).**

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

Suma Asegurada.

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

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

H. Beneficios adicionales opcionales.

Cobertura de emergencia en el extranjero.

En caso de contratación de esta cobertura adicional, el Asegurado que encontrándose fuera de la República Mexicana tenga una urgencia médica y a consecuencia de ello se vea obligado a someterse a un tratamiento médico y/o quirúrgico, éste quedará cubierto por los gastos realizados mientras dure el estado de urgencia.

El efecto de esta cláusula cesará cuando se haya estabilizado la salud del Asegurado o bien la atención médica ya no sea requerida en el extranjero.

- **Suma Asegurada:** El equivalente en moneda nacional a \$50,000 dólares.
- **Deducible:** El equivalente en moneda nacional a \$300 dólares.
- **Coaseguro:** No aplica.

La tabla de honorarios médicos y quirúrgicos será el doble de lo establecido para la cobertura básica contratada.

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

Los gastos de habitación que quedan cubiertos son los correspondientes a la tarifa de cuarto semi-privado.

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo con las condiciones de esta Póliza, serán reembolsados con base a lo estipulado en la cláusula Moneda en la sección Cláusulas Generales de las presentes condiciones generales.

Exclusiones adicionales a la cobertura básica:

Esta cobertura no aplicará en caso de:

- a. Parto o cesárea, cualquiera que sea su causa.
- b. Cualquier atención al recién nacido prematuro y/o enfermedades congénitas.
- c. Servicios de enfermería fuera del hospital.
- d. Tratamientos de rehabilitación.
- e. Ningún estudio o cirugías previamente programadas, ni estudios e intervenciones quirúrgicas programadas a partir de dos días después de la urgencia médica, exceptuando las que sean consecuencia directa de la misma y cuya omisión ponga en peligro la vida del Asegurado.

Cobertura de corrección de la vista por medio de cirugía refractiva.

En caso de contratación de esta cobertura adicional el Asegurado quedará cubierta, únicamente por pago directo, la cirugía refractiva para corregir problemas de miopía, presbiopía o hipermetropía y astigmatismo, siempre que el Asegurado tenga más de cinco dioptrías en al menos un ojo, se cuente con el diagnóstico y aprobación de un médico del grupo médico asociado apoyado en un estudio de paquimetría, topometría y autorefractómetro, y la cirugía se realice con los proveedores designados por QSalud.

En caso de que el Asegurado no cuente con los requisitos anteriores, los gastos erogados no serán cubiertos por QSalud.

La Suma Asegurada será la que se señale en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual correspondiente y aplicará como límite de responsabilidad máximo por el evento, es decir ya sea para uno o ambos ojos.

Este beneficio se otorga por Asegurado una vez durante la vida de la Póliza independientemente si el gasto fue en uno

o ambos ojos. Será cubierta únicamente en territorio nacional.

En esta cobertura no aplicará deducible ni coaseguro.

Deducible y coaseguro cero por accidente de trabajo

En caso de contratación de esta cobertura, el Asegurado quedará cubierto aplicando un deducible cero y coaseguro cero en caso de sufrir un accidente de trabajo.

Este beneficio aplicará, siempre y cuando, el accidente se tipifique como un accidente de trabajo, bajo la definición del IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social):

Accidente de trabajo: *toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior, la muerte o la desaparición derivada de un acto delincencial, producida repentinamente en ejercicio o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se preste. Quedan incluidos los accidentes que se produzcan al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar del trabajo y de este a aquel. Y el área de Recursos Humanos del Contratante lo acredite y autorice como tal.*

En caso de que el Asegurado no cuente con los requisitos anteriores, este beneficio no será cubiertos por QSalud.

Adicionalmente, en los casos donde la Suma Asegurada sea menor a 1,100 UMAM, la obligación máxima a pagar por QSalud será del doble de la suma asegurada especificada en la carátula de póliza, debiendo cumplir con lo especificado anteriormente en accidente de trabajo.

III. Exclusiones.

Este beneficio NO CUBRE gastos que se originen por la atención médica que el Asegurado reciba por enfermedades, accidentes, estudios, tratamientos médicos o quirúrgicos ni de

sus complicaciones y secuelas, por los conceptos señalados a continuación:

A) Enfermedades o Tratamientos NO cubiertos.

- 1. Enfermedades preexistentes cuyo origen haya sido previo al ingreso a QSalud y que no haya transcurrido el tiempo de espera de 2 años.**
- 2. Complicaciones derivadas de enfermedades, accidentes, tratamientos o intervenciones quirúrgicas no cubiertas por este beneficio salvo lo estipulado en inciso q) de la sección G. *Eventos cubiertos sujetos a condiciones específicas* de las presentes Condiciones Generales.**
- 3. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales, salvo lo estipulado en inciso h), q) y v) de la sección G. *Eventos cubiertos sujetos a condiciones específicas* de las presentes Condiciones Generales**
- 4. Afecciones propias del embarazo y del parto, abortos y toda complicación del embarazo o del parto que no se encuentren entre las cubiertas por esta Póliza, así como complicaciones del embarazo cuando sea a consecuencia de un tratamiento de infertilidad y/o esterilidad. En estos casos no se pagará ningún gasto relacionado al recién nacido ni tampoco los que presente la madre.**

Tratamientos médicos o quirúrgicos por esterilidad, infertilidad, control de la natalidad, impotencia sexual y sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes salvo lo estipulado en el inciso q) de la sección G. *Eventos cubiertos sujetos a condiciones específicas* de las presentes Condiciones Generales.

5. **Enfermedades mentales o trastornos mentales así como tratamientos psiquiátricos, psicológicos o psíquicos, trastornos de enajenación mental, demencia, parkinson, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria nerviosa, así como sus complicaciones, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas así como los tratamientos para corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje o alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías, aun las que resulten de enfermedades o accidentes cubiertos, salvo lo dispuesto en el inciso o) de la sección G. *Eventos cubiertos sujetos a condiciones* específicas de las presentes Condiciones Generales.**
6. **Todo tipo de enfermedades, accidentes, intervenciones, complicaciones o tratamientos, incluyendo los tratamientos de rehabilitación, que resulten a consecuencia de alcoholismo, drogadicción o cualquier tipo de toxicomanías o fármaco- dependencias.**
7. **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, así como tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir la calvicie, tratamientos dietéticos, la reducción o aumento de peso, la obesidad, anorexia y bulimia, y acné salvo lo estipulado en el inciso q) de la sección G. *Eventos cubiertos sujetos a condiciones específicas* de las presentes Condiciones Generales.**
8. **Tratamiento médico o quirúrgico por prematuridad, malformaciones y enfermedades congénitas, de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza o no reportados durante los 30 días naturales posteriores a su nacimiento, o cuando la madre asegurada cuente con menos de diez meses de cobertura continua en esta Póliza al momento del nacimiento o que el recién nacido no sea elegible para la obtención del seguro, excepto lo**

- específicamente mencionado en la cobertura de Enfermedades Congénitas para nacidos fuera de la vigencia de la Póliza.
9. Tratamientos médicos o quirúrgicos por prematuridad, malformaciones y/o enfermedades congénitas derivados de alcoholismo, drogadicción y tratamientos de infertilidad y/o esterilidad.
 10. Tratamientos que requiera el Asegurado afectado por el SIDA, antes de cumplir cuatro años de estar cubierto en forma continua e ininterrumpida por el Beneficio de atención hospitalaria para Asegurados, así como los gastos requeridos para su detección. Una vez transcurridos los cuatro años del período de espera sólo se cubrirán cirugías, tratamientos o exámenes reconocidos por la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH publicado por la Secretaría de Salud.
 11. Tratamientos médicos a consecuencia de la menopausia.
 12. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de naturaleza experimental y/o de investigación.
 13. Tratamientos con fines preventivos salvo lo estipulado en el inciso el inciso q) de la sección G. *Eventos cubiertos sujetos a condiciones específicas* de las presentes Condiciones Generales.

B) Lesiones NO Cubiertas

1. Lesiones originadas por participar en actividades militares, o en actos de guerra, rebelión o insurrección o de manera voluntaria en huelgas o alborotos populares.

- 2. No se cubren lesiones causadas por el uso, conducción y/o operación de armas de fuego o municiones de cualquier tipo, explosivos de cualquier clase, pólvora, mechas, fulminantes, detonadores, fuegos artificiales y artefactos pirotécnicos.**
- 3. Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en que participe el Asegurado como sujeto activo del delito, ni aquellas derivadas de riñas que el Asegurado haya provocado.**
- 4. Lesiones originadas por cualquier intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- 5. Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en cualquier vehículo; en competencias, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad tales como automovilismo, motociclismo, motonáutica, vuelo sin motor y similares.**
- 6. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.**
- 7. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur de los siguientes deportes: Judo, de vuelo en ala delta, tauromaquia, alpinismo, charrería, equitación, lucha libre, box.**
- 8. Lesiones a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar en el caso de que sean resultado de una catástrofe que afecte a una comunidad.**
- 9. Lesiones por accidentes que sufra el Asegurado ocasionados por culpa grave del mismo al encontrarse**

bajo los influjos de drogas, narcóticos o alucinógenos o a consecuencia de la ingesta de bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización del accidente.

10. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de encontrarse bajo los efectos de estimulantes, medicamentos o drogas que no le hayan sido prescritas por un médico.
11. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como mecánico o miembro de una tripulación en cualquier aeronave.

C) Honorarios Médicos NO cubiertos.

1. Honorarios de acupunturistas o naturistas, así como los medicamentos o tratamientos prescritos por éstos salvo lo estipulado en el inciso q) de la sección G. *Eventos cubiertos sujetos a condiciones específicas* de las presentes Condiciones Generales.

D) Gastos hospitalarios NO cubiertos.

1. Cualquier gasto no relacionado directamente con el tratamiento.
2. Cualquier gasto realizado fuera de la República Mexicana con excepción de la cobertura de Emergencia Médica en el Extranjero.
3. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante el internamiento de éste en un hospital, clínica o sanatorio, salvo la cama extra.
4. Gastos personales del Asegurado o los acompañantes.

5. Cualquier atención médica de recién nacidos sanos (cunero, incubadora, pediatra, prueba de COVID-19, termómetro, pañales, entre otros).

E) Otros servicios médicos NO Cubiertos.

1. Aparatos y prótesis auditivas.
2. Anteojos, lentes de contacto y lente intraocular.
3. Reposición de aparatos ortopédicos o prótesis existentes a la fecha de antigüedad del Asegurado.

F) Otras exclusiones.

1. Curas de reposo.
2. Cualquier gasto realizado fuera de la República Mexicana, excepto que sea por urgencia médica y de acuerdo con lo estipulado en la *Cobertura de emergencia en el extranjero* de la sección *H) Beneficios adicionales opcionales*, de las presentes Condiciones Generales en caso de tenerla amparada.
3. Exámenes médicos generales para la comprobación o revisión periódica del estado de salud conocidos comúnmente con el nombre de check-up, excepto si se tiene contratada esta cobertura y está especificada en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.
4. Gastos de donantes para el trasplante de órganos, salvo lo dispuesto en el inciso k) de la sección G. *Eventos cubiertos sujetos a condiciones específicas* de las presentes Condiciones Generales.

- 5. No se cubre la responsabilidad civil, penal o de cualquier otro carácter jurídico que pudiera reclamarse derivada del servicio recibido.**
- 6. Cualquier padecimiento cuyos signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier periodo al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.**
- 7. Las siguientes fórmulas o preparaciones y productos aún por prescripción médica:**
 - a. Fórmulas lácteas.**
 - b. Suplementos y complementos alimenticios.**
 - c. Medicamentos vitamínicos y productos multivitamínicos.**
 - d. Cosméticos y dermatológicos.**
 - e. Medicamentos cubiertos que no estén amparados por una receta médica vigente.**
 - f. Medicamentos biológicos e insumos utilizados en terapia celular.**
 - g. Medicamentos que no tengan relación con el accidente o enfermedad cubierto.**
 - h. Fórmulas naturistas.**
 - i. Protectores gástricos.**
- 8. No se cubrirán los gastos generados por la compra de medicamentos, dispositivos y/o insumos que no cuenten con registro sanitario ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y no tengan licencia de comercialización en México, aun y cuando sean indicados o justificados por el médico tratante o el Asegurado cuente con permiso de importación. Para el caso de cáncer no se cubrirá ningún medicamento que no se encuentren indicados en las Guías Terapéuticas de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).**

9. Medicamentos, dispositivos médicos y/o insumos aplicados durante la estancia hospitalaria que no cuentan con registro sanitario en territorio nacional, ni tampoco con un permiso de importación específico y válido emitido por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).
10. Medicamentos provenientes del extranjero sin registro sanitario en México.
11. Zapatos ortopédicos y plantillas, aunque sean médicamente necesarios.
12. Gastos derivados por tratamientos de miopía, presbicia, hipermetropía y astigmatismo.
13. Honorarios médicos cuando el médico sea el mismo Asegurado o familiar directo del Asegurado (padres, hijos, cónyuge, hermanos, suegros, cuñados, o primos (hijos de los hermanos(as) de los padres del Asegurado).
14. Cirugías asistidas por Robot, excepto en cirugías cerebrales.
15. Tratamientos médicos o quirúrgicos basados o relacionados con el uso de las conocidas "Célula Madre".

La presente exclusión no es aplicable y consecuentemente sí quedan amparados los tratamientos médicos y/o quirúrgicos derivados de las siguientes enfermedades:

- a) Leucemias agudas mieloides y linfoides.
- b) Leucemias crónicas mieloides.
- c) Mielodisplasias.
- d) Linfomas.

e) Tumores sólidos de riñón, mama, ovario y neuroblastoma

16. Se excluye cualquier tratamiento psiquiátrico que se realice en los hospitales.

IV. Gastos a cargo del Asegurado.

Deducible.

El monto correspondiente al deducible se especifica en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

El Deducible aplicará en todos los casos para cada Enfermedad o Accidente cubierto por las condiciones vigentes en la Póliza, el monto se fijará en el momento que el total de gastos procedentes sean mayores al deducible vigente y se aplicará una sola vez cuando se trate de la misma Enfermedad o Accidente.

En toda reclamación es necesario que el total de los gastos procedentes sea superior al deducible contratado, exceptuando complementos de enfermedades y/o accidentes cubiertos anteriormente.

En caso de que el Contratante solicite un cambio en el deducible por uno mayor al contratado originalmente, el Asegurado deberá cubrir el monto correspondiente a la diferencia entre el deducible efectivamente pagado y el nuevo solicitado por el contratante.

Este concepto se podrá eliminar en caso de accidente de trabajo previa autorización de Recursos Humanos.

Coaseguro.

Aplicará para todos los gastos cubiertos por la Póliza relacionados con la atención médica recibida por el Asegurado y después de haber descontado el deducible. Se aplicará para

cada accidente o enfermedad cubierta por la Póliza incluyendo las reclamaciones complementarias que se presenten. Dicho porcentaje que se aplicará se especifica en la Carátula de la Póliza o el Certificado correspondiente.

Coaseguro por atención con médicos en convenio con QSalud o con médicos del grupo médico asociado.

En caso de no hospitalización, se aplicará el porcentaje especificado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, siempre y cuando, la atención se reciba con médicos en convenio con QSalud o con médicos del grupo médico asociado. En cualquier otro caso, se aplicará el doble de puntos porcentuales del coaseguro especificado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, este porcentaje aplicará sobre todos los gastos erogados y procedentes.

En caso de hospitalización, si el Asegurado recibe la atención médica que requiera con los médicos del grupo médico asociado y con el grupo de hospitales en convenio, el coaseguro que se aplicará será el especificado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual. En cualquier otro caso, el coaseguro que se aplicará será del doble de puntos porcentuales del porcentaje especificado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, este porcentaje aplicará sobre todos los gastos erogados y procedentes.

Tope de Coaseguro.

En todos los casos hay un monto máximo que el Asegurado pagará por concepto de coaseguro, el monto máximo a pagar por concepto de coaseguro estará especificado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Tope de coaseguro por atención con médicos en convenio con QSalud o con médicos del grupo médico asociado.

En caso de no hospitalización, se aplicará el tope de coaseguro especificado en la Carátula de Póliza, siempre y cuando, la atención se reciba con médicos en convenio con QSalud o con

médicos del grupo médico asociado. En cualquier otro caso, se aplicará el doble del monto del tope de coaseguro especificado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.

En caso de hospitalización, si el Asegurado recibe la atención médica que requiera con los médicos del grupo médico asociado y con el grupo de hospitales en convenio, el tope de coaseguro que se aplicará será el especificado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual. En cualquier otro caso, el tope de coaseguro que se aplicará será el doble del monto especificado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual.

Una vez que el Asegurado no cumpla con atención con médicos en convenio con QSalud o con médicos del grupo médico asociado o con el grupo de hospitales en convenio, el tope de coaseguro será el doble del monto especificado en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual para toda la vida de la reclamación.

Si la participación del Asegurado por concepto de coaseguro ya llegó al tope, y posteriormente recibe una atención con médicos fuera de convenio con QSalud o con médicos fuera del grupo médico asociado o con el grupo de hospitales que no están en convenio, se modificará el coaseguro y el tope, de acuerdo con lo especificado en los puntos anteriores.

V. Cláusulas Generales.

Contrato.

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 o enfermedad cubierta.

Vigencia de la Póliza.

Esta Póliza estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual correspondiente.

Periodo máximo de beneficio.

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

- a. El agotamiento de la Suma asegurada.
- b. Al concluir el término de setecientos treinta días naturales, contados a partir de la fecha en que termina la vigencia del Contrato.
- c. La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al Asegurado.
- d. En caso de cancelación del contrato, los gastos incurridos hasta 5 días naturales posteriores a la fecha de cancelación del contrato. **En el caso de rehabilitación de la Póliza, QSalud no brindará atenciones por enfermedades y/o accidentes iniciados dentro del periodo al descubierto en que haya quedado esta Póliza.**

En el supuesto de que por cualquier causa se suspenda la operación del plan de seguro contratado o bien sea suspendida la operación del ramo de salud, derivado de cualquiera de

estas circunstancias no se renueve la Póliza, los siniestros procedentes que ocurran durante la vigencia de la Póliza, serán cubiertos.

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. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas 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.

El contrato se renovará por periodos de un año, si dentro de los últimos 20 días hábiles de vigencia de cada periodo, alguna de las partes no comunica a la otra parte por escrito su voluntad de no renovarlo.

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.

Beneficio por continuidad.

Al término de la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar a QSalud el beneficio por continuidad del seguro, el cual se otorgará en los términos y condiciones de los productos de seguros que la misma tenga registrados y autorizados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, por lo que al tratarse de un nuevo seguro, dicha continuidad no implica que el seguro que de inicio se haya contratado se prorrogue en cuanto a su vigencia, ya que no dará la opción de conservar en los mismos términos y condiciones el contrato de seguro.

Sin perjuicio de lo señalado en el párrafo que antecede, se respetará la fecha de Alta del Asegurado de la Póliza anterior con la finalidad de identificar a partir de qué fecha el asegurado y/o contratante ha estado cubierto de forma continua en una Póliza de QSalud.

En este beneficio se respetará la antigüedad del Asegurado con la Compañía, por lo que no se modificarán los periodos de espera, y la continuidad se realizará sin requisitos de asegurabilidad, siempre y cuando el contratante solicite el beneficio de continuidad dentro de los 30 días naturales anteriores a la fecha de fin de vigencia de la Póliza.

Para este beneficio de continuidad la prima deberá pagarse en términos de la cláusula de prima respectiva de acuerdo con la edad y sexo del Asegurado prevista en el nuevo producto de seguro, y 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.

Será a elección del contratante solicitar a QSalud el beneficio por continuidad. El Contratante deberá solicitarlo a la Compañía mediante el llenado y entrega de la solicitud de Seguro vigente.

Modificaciones y Notificaciones.

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

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 a su domicilio social, que aparece en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

"Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones". Este mismo derecho se hace extensivo al contratante.

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 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro).

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos mencionados, facultará a QSalud para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro descrito en el glosario).

La cláusula que nos ocupa solo aplicará para aquellos supuestos en que los Asegurados se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte de la colectividad.

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.

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.

Moneda.

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

La moneda en que se emitió este contrato de seguro no podrá ser modificada, es decir, no habrá conversión de la moneda en suma asegurada ni prima.

Intereses moratorios.

Si la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, no cumple con sus obligaciones de este Contrato en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente: "Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

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

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la

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

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

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

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto

legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

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

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

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

- a. Los intereses moratorios;
- b. La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
- c. La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones

asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario. En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo." (Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas).

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.

Prescripción.

Todas las acciones que se deriven del presente contrato de seguro prescribirán en 2 (dos) años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro relativos a que en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, la prescripción comienza a contarse desde el día en que QSalud hubiese tenido conocimiento de tales circunstancias y si se trata de siniestros, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados.

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

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

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

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

interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor".

Prima.

La Prima de esta Póliza será la suma de las correspondientes al Asegurado titular y a cada uno de los dependientes económicos, de acuerdo con la tarifa aplicable a la colectividad en cuestión en la fecha de iniciación de la Póliza y en su caso al inicio de cada periodo en el supuesto de renovación. La Prima se calcula para un periodo de 12 meses.

Rehabilitación.

No obstante, lo dispuesto por la Cláusula de forma de pago, el contratante podrá, dentro de los treinta días naturales siguientes al último día de plazo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la prima del seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso, por el solo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago.

En este caso QSalud ajustará a prorrata y devolverá de inmediato la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo, conforme al artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro (descrito en el glosario).

En ningún caso QSalud responderá por enfermedades y/o accidentes ocurridos durante el periodo comprendido entre el vencimiento del aludido plazo de gracia y la hora y día de pago a que se refiere esta cláusula.

Edad.

No podrán ser Asegurados bajo esta Póliza, salvo pacto en contrario, las siguientes personas:

- a. Aquellas cuya edad sea mayor o igual a 64 años al formular su propuesta de seguro.
- b. Aquellas cuya edad sea mayor a 79 años para vigencias posteriores a la inicial.
- c. Los hijos del Asegurado Titular que, de acuerdo con las condiciones de esta Póliza, no sean dependientes económicos.

QSalud se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de edad de cada Asegurado y una vez comprobada, QSalud deberá anotarlo en la propia Póliza o extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre su edad.

Si se comprueba que la edad declarada fue incorrecta se procederá de la siguiente forma:

- a. Si la edad real se encuentra fuera de los límites establecidos, el seguro será rescindido y se reintegrará al contratante el 70% de la Prima que hubiere pagado con el periodo del seguro en curso.
- b. Si la edad real es menor que la declarada estando dentro de los límites de admisión, QSalud reembolsará el 70% de la Prima que en exceso hubiere pagado el Contratante dentro del periodo de seguro en curso, las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real.
- c. Si la edad real es mayor a la declarada y se encuentra dentro de los límites de admisión, en caso de alguna reclamación la obligación de QSalud para con el Asegurado será igual a la que con la prima pagada hubiere podido comprar de acuerdo con la edad real.

Forma de pago.

El Contratante podrá optar por el pago fraccionado de la prima en forma semestral, trimestral o mensual. A estos pagos parciales se les aplicará una tasa de financiamiento previamente pactada entre QSalud y el contratante 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.

Cancelación, Terminación y/o Rescisión.

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

En caso de que el contratante decida dar por terminado el presente contrato, QSalud devolverá al Contratante la prima neta y en su caso a la proporción correspondiente, la prima neta no devengada calculada en días exactos menos los gastos de adquisición sin incluir derechos de Póliza, siempre y cuando no se haya reclamado algún evento. En caso de que existiera algún evento reclamado no se devolverá prima alguna.

La devolución de la prima, en caso de proceder, se realizará en un plazo de a lo más, 30 días naturales siguientes al aviso de cancelación, el asegurado deberá indicar el método a través del cual se realizará la devolución de la prima y la información necesaria para ello.

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el presente contrato dentro de los primeros treinta días de la vigencia de la Póliza, QSalud retendrá los derechos de Póliza.

Por rescisión del contrato, en caso de que el Contratante y/o alguno de los Asegurados que forma parte de la póliza incurra en omisiones, falsas o inexactas declaraciones, en términos de lo previsto por el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

Responsabilidad de QSalud.

En los términos de esta Póliza, 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, se asume que el vínculo contractual derivado de esa elección voluntaria se establece únicamente entre tales Prestadores de servicios y el Asegurado, por lo que QSalud no responderá de manera alguna por cualquier práctica o atención médica, así como por cualquier responsabilidad profesional, legal, moral o de cualquier otro tipo que pueda surgir entre ellos, independientemente de los convenios que estos prestadores de servicios tengan o no celebrados con QSalud, 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.

El contenido de esta Cláusula tiene aplicación a todos y cada uno de los conceptos y servicios derivados de esta póliza, incluyendo cualquier beneficio adicional contratado.

MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS

Altas.

Mientras esté en vigor la presente Póliza, QSalud incluirá bajo la protección de la misma 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.

Cuando la regla incluya al cónyuge del Asegurado y éste contraiga matrimonio durante la vigencia de esta Póliza, el cónyuge quedará cubierto a partir de la fecha de matrimonio civil, siempre y cuando QSalud reciba aviso por escrito del contratante dentro de los primeros 45 días naturales siguientes a la fecha de dicho matrimonio; si se trata del concubinario o concubina, éstos podrán darse de alta desde la fecha en que se adquiera tal carácter conforme a las disposiciones relativas del Código Civil Federal, lo que deberá acreditar a QSalud presentando copia certificada de la sentencia judicial correspondiente. De no haberse hecho así su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de QSalud.

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

Los hijos del Asegurado Titular nacidos durante la vigencia de la Póliza quedarán cubiertos a partir de su nacimiento, sin más requisito que el aviso por escrito a QSalud dentro de los 45 días siguientes a la fecha de nacimiento debiendo adjuntar copia certificada del acta de nacimiento correspondiente. De no hacerse así, la inclusión de los hijos estará condicionada a la aceptación de QSalud.

Baja

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 gastos generados antes de dicha separación. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de QSalud a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a QSalud. En caso de baja de un Asegurado durante la vigencia de la presente Póliza, QSalud devolverá 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.

MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS AUTOADMINISTRADA (INICIO vs FINAL o Prima promedio)

En este caso el contratante deberá reportar a QSalud los movimientos de altas, bajas y/o cualquier cambio relacionado con la corrección de información del Asegurado, que ocurran durante la vigencia de la Póliza, en la fecha en que vayan sucediendo, con un periodo máximo de 30 días naturales posteriores o anteriores a la fecha de solicitud o aviso del movimiento.

Si la fecha de afectación del movimiento es igual a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, el endoso del movimiento se facturará de forma inmediata de acuerdo con la forma de pago que tenga la Póliza.

Bajo esta forma de administración no se generarán recibos al cobro ni notas de crédito, por cada endoso realizado en la Póliza.

El cálculo del monto de ajuste anual por dichos movimientos se realizará al final de la vigencia a cifras globales, aplicando la prima promedio al resultado de la siguiente fórmula:

$$MMA = \left(\frac{Ai - Af}{2} \right) * Prima Promedio$$

donde:

MMA = Monto de ajuste anual.

Ai = Asegurados al Inicio de la vigencia.

Af = Asegurados al Final de la vigencia.

Prima Promedio = Prima Neta Emitida inicial /Aseg emitidos al inicio

Comunicaciones.

Todas las comunicaciones deberán dirigirse por escrito al domicilio social de QSalud estipulado en la carátula de la Póliza.

Las comunicaciones que QSalud haga al contratante se dirigirán al último domicilio que este último haya proporcionado para los efectos de la presente Póliza.

Siniestros.

Es obligación del Asegurado dar aviso a QSalud de forma inmediata por escrito y en un plazo máximo de cinco a días siguientes de cualquier accidente o enfermedad 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.

QSalud sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado y se pueda corroborar en el expediente clínico con la nota y firma respectiva, y que no sean parientes directos del Asegurado de acuerdo a lo establecido en el numeral 47 del capítulo de exclusiones, y cuando los gastos de internación sean efectuados en hospitales, clínicas o sanatorios legalmente autorizados. No se hará por parte de QSalud ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencias, asistencia social o cualquier otro semejante en donde no se exija remuneración, ni a establecimientos que no expidan recibos con todos los requisitos fiscales.

QSalud se reserva el derecho de solicitar cualquier tipo de información adicional a las que se mencionan en estas condiciones, que considere necesaria para la valoración de cada caso.

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más operaciones en una misma región

anatómica, QSalud únicamente pagará el importe de la mayor, o una de ellas cuando las cantidades estipuladas sean iguales.

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

Si en una misma sesión quirúrgica se requiere de un cirujano de diferente especialidad, se sumará un 25% adicional a lo tabulado para la cirugía principal. El monto resultante se repartirá equitativamente entre ambos equipos quirúrgicos.

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

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

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

- a. Honorarios médicos: de acuerdo con lo estipulado en la tabla de honorarios médicos para el padecimiento cubierto.
Anestesiólogo y ayudante: de acuerdo con las políticas y porcentajes establecidos en la tabla de honorarios médicos para el padecimiento cubierto.
- b. Hospital: se pagará el 50% de la factura total.

En aquellos procedimientos en que sea necesario practicar la misma cirugía en ambos lados del cuerpo, siempre y cuando no esté especificado en la tabla de honorarios médicos que se trata de un procedimiento bilateral, se cubrirán los honorarios médicos calculando un 50% más sobre lo tabulado.

En caso de siniestro:

Deberás de integrar los siguientes documentos, es importante que se verifiquen los siguientes puntos:

1. Llena y firma el Aviso de Accidente o Enfermedad.
 - ✓ Recuerda no enmendar ni tachar.
 - ✓ No olvides especificar los síntomas y la fecha en que iniciaron.
 - ✓ Es necesario que venga firmado por el asegurado.
 - ✓ Accidente: es muy importante narrar de forma detallada cómo y cuándo ocurrió.
2. Tu médico debe llenar y firmar el Informe Médico.
Recuérdale lo importante que es incluir antecedentes, fecha en la que iniciaron los síntomas, diagnóstico definitivo y tratamiento solicitado.
 - ✓ Tiene que venir firmado por el médico.
 - ✓ El Informe Médico deberá ser no mayor a 6 meses.
3. Presentar interpretación y resultados de los estudios.
 - ✓ Deben corroborar el diagnóstico definitivo del médico.
 - ✓ Cuando son estudios de gabinete (radiografías, ultrasonidos, tomografías y resonancias), pide la interpretación ya que las placas no se reciben.
 - ✓ Cuando se trata de estudios de laboratorio se debe presentar los resultados.
4. Entregar recetas médicas.
 - ✓ Éstas tienen que ser a nombre del asegurado.

- ✓ Deben incluir a detalle el tratamiento y estudios que se solicitaran.
5. Entregar facturas y recibos de honorarios con XML, los cuales deberán estar a nombre del asegurado.
 6. Las facturas deberán ser entregadas con los siguientes soportes:
 - ✓ Farmacia: Incluir la receta médica.
 - ✓ Recibos de honorarios: Desglosar fechas, concepto de atención e importe de cada uno.
 - ✓ Terapias: Incluir desglose, resumen médico de la terapia y bitácora de asistencia firmada por afectado y rehabilitador.
 - ✓ Hospital: Presentar el desglose de los insumos (Detalle de cargos).
 7. Anexa los siguientes documentos:
 - Estado de cuenta de la CLABE interbancaria registrada en el Aviso de Accidente o Enfermedad (no mayor a tres meses).
 - Identificación oficial
 - Comprobante de domicilio (no mayor a tres de meses)
 - Formato Conoce a tu cliente

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 los documentos e información que le permitan conocer los fundamentos de la reclamación.

Todas las reclamaciones cubiertas por QSalud serán liquidadas al Asegurado en caso de que éste fallezca o pierda el estado de conciencia para ejercer su derecho de cobro, el pago se realizará al cónyuge o concubina(rio), a los hijos mayores de edad o en su defecto, a quién acredite haber hecho el gasto o

ser responsable del mismo presentando la factura y/o recibo correspondiente, así como los soportes requeridos por QSalud.

Otros seguros.

Si los gastos cubiertos por esta Póliza estuvieran amparados en todo o en parte por otros seguros, en esta o en otras compañías, en caso de reclamación el reembolso pagadero en total por todas las Pólizas no excederá a los gastos reales incurridos. Es obligación del Asegurado presentar a QSalud fotocopia de pagos, comprobantes y finiquito que le haya(n) expedido otra(s) aseguradora(s) con relación al evento del cual solicite la indemnización.

Cobertura del Contrato.

Para este beneficio, QSalud reconocerá el tiempo que el Asegurado tenga de laborar para QSalud, desde la fecha de contratación y de forma ininterrumpida.

Ajustes.

En caso de alta de dependientes económicos o de aumento de beneficios, QSalud cobrará al contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo del seguro. En el caso de bajas de dependientes económicos o disminución de beneficios, se procederá en forma similar, devolviéndose al contratante la prima no devengada.

Residencia.

Para efecto de esta Póliza podrán quedar protegidas por este seguro, las personas que radiquen permanentemente en la República Mexicana y aquellas que vivan fuera de ésta siempre y cuando sea dentro de la zona comprendida entre la línea fronteriza y 20 millas en territorio extranjero. En caso de que el Asegurado permanezca en el extranjero por más de tres meses fuera del límite establecido en el párrafo anterior y por un máximo de doce meses, deberá avisar anticipadamente a QSalud y pagar un cargo adicional por concepto de prima. De

no dar aviso de este hecho, cualquier siniestro que ocurra durante dicho periodo, no quedará cubierto y cesarán automáticamente los efectos de esta Póliza. Se deberá notificar el lugar de residencia de los dependientes económicos incluidos en la Póliza, cuando estos no vivan con el Asegurado titular.

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.

Indemnización por mora.

En caso de mora, la institución de seguros deberá pagar al Asegurado o beneficiario una indemnización de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Eliminación o Reducción de Periodos de Espera

Para este beneficio, QSalud reconocerá el tiempo que el Asegurado haya estado cubierto en esta u otra(s) compañía(s) de seguros en Pólizas del mismo contratante y/o colectividad y/o grupo de negocio en forma continua e ininterrumpida, únicamente para efectos de la reducción de los periodos de espera de enfermedades congénitas y genéticas, recién nacidos prematuros y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Así mismo se reconocerá la antigüedad para efectos de dictaminación sobre la procedencia de un siniestro que hubiera tenido origen en la compañía de seguros inmediata anterior del Contratante, y/o grupo de negocio y/o colectividad de esta Póliza, el cual no fue presentado, reclamado ni pagado por dicha compañía y por tanto, su reclamación inicial se presenta dentro de la vigencia de la presente Póliza, es decir, se evaluará el siniestro como si el Asegurado hubiera estado cubierto en forma continua e ininterrumpida en QSalud, desde su fecha de

reconocimiento de antigüedad evaluando la procedencia de los gastos a partir del inicio de vigencia de la presente Póliza.

Suma asegurada.

La Suma asegurada indicada en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, aplica para cada Accidente o Enfermedad cubierta con sus secuelas y complicaciones.

Tipo de cambio.

El tipo de cambio que se aplicará será de acuerdo con el tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera, pagaderas en la República Mexicana de acuerdo con el diario oficial de la federación publicado por el Banco de México vigente al día de erogación de estas.

Derecho del Contratante para conocimiento del porcentaje de intermediación.

Durante la vigencia de la Póliza el Contratante podrá solicitar por escrito a QSalud le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

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.

Terminación de Contrato por Agravación del Riesgo.

Las obligaciones de QSalud cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso

del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

“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 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

II. Que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (Artículo 53 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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

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

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Institución, 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 a 139 Quinquies, 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 legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) 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 de fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta y Disposición Septuagésima Séptima, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

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

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

Prevención de Lavado de Dinero y Financiamiento al Terrorismo.

El Contratante y los Asegurados de la póliza reconocen que están sujetos al cumplimiento de las obligaciones en materia de Materia de Prevención de Operaciones con Recursos de Procedencia Ilícita y Financiamiento al Terrorismo que le son aplicables, con base en lo que se establece en las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y en el Manual de Cumplimiento de QSalud.

Reembolso.

Se pagarán por reembolso los servicios de urgencia médica otorgados al Asegurado en los que la propia Red de Prestadores de Servicios no le haya brindado la atención necesaria sobre los derechos previstos en el contrato por acreditarse: saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico. **En este caso, previa evaluación y autorización del caso**, QSalud reintegrará al Asegurado el monto que corresponda.

Para efectos del párrafo anterior, se entenderá por error de diagnóstico el caso en el que el Asegurado haya asistido previamente a la Red de Prestadores de Servicios y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido la atención de los servicios médicos de que se trate, en una institución fuera de la Red, por la misma urgencia médica.

Por falta de disponibilidad del servicio se podrá entender que el Asegurado ha solicitado el servicio a la Red de Prestadores de

Servicios a través de los procesos establecidos por QSalud y que no se le han brindado los servicios conforme los estándares determinados por la Compañía.

En todo caso, se aplicarán los coaseguros descritos en la cobertura Atención fuera de red.

El reembolso se realizará siempre y cuando la Póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir el evento que da origen a la reclamación de los gastos. En caso de que la Póliza se encuentre en el periodo de gracia, se deducirá del reembolso la cantidad de prima que se encuentre pendiente por pagar.

Red de Prestadores de Servicios.

Es el conjunto de proveedores de servicios médicos especializados, hospitales, laboratorios, farmacias y casas de ortopedia, entre otros, que QSalud pone a su disposición para que el Asegurado pueda elegir el que mejor le convenga, a fin de obtener los servicios, con el objetivo de atender las necesidades de salud de los Asegurados, de acuerdo las coberturas indicadas en la carátula de la póliza.

QSalud se reserva el derecho de actualizar a los proveedores que integran la Red de Prestadores de Servicios.

QSalud informará a sus Asegurados por escrito, dentro de los quince días hábiles siguientes en que sucedan, los cambios de hospitales de la Red de Prestadores de Servicios.

Estas modificaciones también podrán ser consultadas por el asegurado dentro de la página de internet www.qualitassalud.com.mx, ya que los datos de los proveedores que integran los Prestadores de Servicios en convenio con QSalud serán actualizados continuamente.

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

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.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Artículo 8

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

Artículo 9

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

Artículo 10

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

Artículo 17

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

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

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

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 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 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 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 68

La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

- B.** 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.

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 adelante 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 indispuerto 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 reembolsos, 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 datospersonales@quallitassalud.com.mx

VI. 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 o enfermedad 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.

Fecha de antigüedad.

Es la fecha desde que el integrante ha estado cubierto de forma continua en una Póliza de Gastos Médicos Mayores o Salud

emitida en esta u otra compañía y es a partir de la cual tiene derecho a los beneficios de esta Póliza.

Cualquier accidente o enfermedad que haya iniciado antes de esta fecha, se considera como enfermedad preexistente.

Aparatos ortopédicos.

Son aquellos aparatos, artefactos, auxiliares mecánicos o equipos que facilitan el desplazamiento o movimiento de las personas que sufren de una enfermedad cubierta 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).

Beneficio por continuidad

Beneficio solicitado por el Contratante y otorgado por QSalud respetando la antigüedad del Asegurado con la Compañía, por lo que no se modificarán los periodos de espera, y la continuidad se realizará sin requisitos de asegurabilidad, siempre y cuando se solicite dentro de los 30 días naturales anteriores a la fecha de fin de vigencia de la Póliza.

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.

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.

Certificado Individual.

Es el documento en que se establece, nombre, teléfono y domicilio de QSalud, firma del funcionario autorizado de QSalud, operación del seguro, número de Póliza y Certificado Individual,

nombre del contratante, nombre y fecha de nacimiento de(los) Asegurado(s), fecha de inicio y fin de vigencia de la Póliza y del Certificado Individual, así como suma asegurada y participación del Asegurado.

Colectividad asegurada.

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

Se requiere un mínimo de 10 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 precedente.

Dependientes económicos.

Se consideran dependientes económicos del Asegurado Titular, para efectos de esta Póliza, a las siguientes personas:

- a) El cónyuge, concubinario o concubina que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en el Código Civil Federal.
- b) Los hijos del Asegurado Titular solteros menores de 30 años que dependan económicamente del Asegurado Titular.

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.

Enfermedad cubierta.

Es toda alteración de la salud resulte de la acción de agentes patógenos de origen interno o externo con relación al organismo, que dé inicio durante la Vigencia de la Póliza, que cuente con un diagnóstico definitivo declarado por un médico legalmente autorizado y que amerite tratamiento médico.

Las alteraciones o enfermedades que se produzcan como consecuencia inmediata o directa de las señaladas en el párrafo anterior, así como su tratamiento médico, es decir sus consecuencias, recurrencias, recaídas, complicaciones y/o secuelas se considerarán como una misma enfermedad.

No se considerarán como enfermedades cubiertas, las afectaciones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Evento o Reclamación.

En el caso de enfermedad, el evento se refiere a cada enfermedad cubierta por esta Póliza, independientemente del

número de reclamaciones o veces que se utilice algún servicio y/o se efectúe algún pago derivado de la misma enfermedad.

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, enfermedades, recaídas, secuelas o afecciones, derivadas del mismo accidente.

Grupo de Hospitales.

Conjunto de hospitales a los cuales puede acceder el Asegurado determinados por QSalud. Cualquier atención fuera de estos hospitales deberá tramitarse vía reembolso y se aplicará la participación en deducible y coaseguro correspondiente de acuerdo con el hospital donde haya recibido la atención médica.

Pueden existir varios grupos de hospitales dentro de la misma póliza.

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.

Honorarios médicos.

Pago que obtiene el médico por los servicios que presta al Asegurado y que QSalud pagará de acuerdo con el tabulador del plan contratado.

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 y enfermedades, 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 o enfermedad 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 o enfermedad cubierta.

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.

Medicamento.

Se considera como medicamento a toda sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico o de rehabilitación, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas. Además, se presente en alguna forma farmacéutica definida y la indicación de uso contemple efectos terapéuticos o de rehabilitación.

Para que sea considerado medicamento, este debe tener registro sanitario vigente emitido por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).

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 coaseguro correspondiente de acuerdo con la especialidad.

Enfermedad congénita y genética.

Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico de un órgano o sistema que tuvo su origen durante el período de gestación, o al nacimiento, independientemente de que ésta sea evidente al momento del nacimiento o se manifieste con posterioridad.

El conjunto de alteraciones que den origen a distintas malformaciones y/o enfermedades congénitas serán consideradas como un solo evento.

Enfermedad preexistente.

Se entenderá como preexistencia aquella alteración de la salud:

- a) Que previamente al contar con este beneficio, se haya declarado la existencia de dicha enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

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

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

- b)** Que previamente a la celebración del contrato de seguro haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad de que se trate.

El reclamante podrá optar, en caso de que le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de QSalud, en acudir ante un arbitraje médico privado previo acuerdo entre ambas partes.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro y las partes que en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral bajo el esquema de amigable composición.

En el convenio que fundamente el juicio arbitral en amigable composición, las partes seleccionarán de común acuerdo al médico facultándolo como árbitro propuesto para resolver en conciencia, a verdad sabida y buena fe guardada la controversia planteada, siendo el árbitro independiente a las partes en conflicto y fijarán de común acuerdo y de manera específica las cuestiones que deberán ser objeto del arbitraje, estableciendo las etapas, formalidades, términos y plazos a que deberá sujetarse el arbitraje.

El lado que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la institución de seguros.

Para todo lo no previsto en el procedimiento arbitral, se aplicará supletoriamente el código de comercio.

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 o enfermedad cubierta por la Póliza. El pago directo aplicará únicamente en hospitales del *Grupo de Hospitales* definidos en las presentes condiciones generales.

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 enfermedades 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.

Periodo de espera.

Es el lapso mínimo necesario que debe transcurrir ininterrumpidamente, para cada Asegurado, desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la primera Póliza de salud contratada con QSalud, salvo lo estipulado por el reconocimiento de antigüedad, para que determinadas enfermedades puedan ser cubiertas, tal como se describen en los apartados correspondientes. Si la enfermedad objeto de valoración es preexistente a la fecha de antigüedad reconocida, se deberá aplicar para éste la cláusula de preexistencia establecida en esta Póliza y/o endoso correspondiente, en caso de contar con este beneficio.

Periodo de gracia.

En caso de que la forma de pago sea en una sola exhibición el Contratante dispondrá de sesenta (60) 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 sesenta (60) 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.

Plan.

Es el conjunto de coberturas y condiciones de la Póliza tales como grupo de hospitales, suma asegurada, deducible, coaseguro, tabulador de honorarios médicos, beneficios adicionales, entre otras, incluyendo sus endosos, que indican al contratante los beneficios a que tiene derecho la colectividad asegurada.

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 o enfermedad cubierta.

Programación de cirugías.

Servicio mediante el cual QSalud confirma el pago directo al *Grupo de Hospitales y/o Grupo Médico Asociado* definidos en las presentes condiciones generales, previo a la intervención quirúrgica y/o tratamiento con hospitalización o cirugía ambulatoria, en los términos de esta Póliza.

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 o enfermedad cubierta.

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

Reconocimiento de antigüedad.

Es el periodo de tiempo durante el cual el Asegurado inscrito en el registro de la colectividad asegurada, ha estado cubierto en forma continua e ininterrumpida en QSalud u otra compañía de seguros en Pólizas de salud del mismo contratante y/o colectividad y/o grupo de negocio y/o Pólizas individuales.

Para reconocer un periodo de antigüedad el Asegurado y/o el contratante deberán comprobar a QSalud que durante ese periodo la prima de la(s) Póliza(s) en dónde haya estado protegido el Asegurado fue pagada. Esta fecha es a partir de la cual tiene derecho a los beneficios de esta Póliza.

Cualquier accidente o enfermedad que haya iniciado antes de esta fecha, se considera como enfermedad preexistente.

La antigüedad reconocida será tomada en cuenta para el cómputo de los periodos de espera señalados dentro de los gastos y tratamientos cubiertos en estas condiciones generales.

Reembolso.

Sistema mediante el cual QSalud reintegra al Asegurado los gastos procedentes efectuados por él mismo a consecuencia de un Accidente o enfermedad 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.

Saturación.

Falta de disponibilidad de servicios médicos debido a una alta demanda para su uso o atención por parte de los asegurados.

Segunda valoración médica.

A solicitud de QSalud, el Asegurado deberá corroborar el diagnóstico y/o procedimiento del accidente o enfermedad a tratar por medio de un médico especialista que no participe de ninguna manera en la atención médica y que es designado por QSalud.

Este servicio se otorga sin costo alguno.

SIDA.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Es la forma más avanzada de la infección causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana. Esta infección afecta progresivamente al sistema inmunitario de una persona lo que la predispone a ciertos tipos de cáncer e infecciones.

Suma Asegurada.

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

La suma asegurada para cada accidente o enfermedad 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.

Tabulador de honorarios médicos.

Relación en donde se especifica el monto máximo que QSalud pagará por cada procedimiento médico y/o quirúrgico y/o renta de equipo y/o tratamientos especiales y/o tratamientos dentales.

Mismo que se encuentra disponible para su consulta en la página web www.qualitassalud.com.mx.

Tratamiento médico experimental.

Tratamiento o procedimiento médico o quirúrgico que a través de su aplicación pretende valorar su eficacia y seguridad y no es aceptado ya sea por las autoridades sanitarias nacionales o por el colegio de medicina de la especialidad en que se aplica, como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de accidentes o enfermedades o, como procedimiento quirúrgico.

Unidad de Medida y Actualización Mensual (UMAM).

La Unidad de Medida y Actualización (UMA) es la referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas y de la Ciudad de México, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores.

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 o Enfermedad cubierta 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 30 de septiembre del 2024 con el número PPAQ-H0718-0002-2024 / CONDUSEF-006604-01.