CONDICIONES GENERALES



QContigo + Modular

Quálitas SALUD®

CONDICIONES GENERALES

QCONTIGO + Modular

QS-QCMM-1026/1

ÍNDICE

I. Objeto del Seguro……...3

II. Cobertura Básica……...3

1. Indemnización por Procedimientos médicos o quirúrgicos derivados de una enfermedad...……..……..……..3

2. Indemnización por muerte accidental..……..……5

III. Coberturas Opcionales con Costo……..……..……...6

1. Asistencia Dental……..……..……6

2. Asistencia funeraria..……..……10

3. Indemnización por Enfermedades graves. ……..……..……...12

4. Indemnización por Procedimientos médicos o quirúrgicos derivados de una enfermedad-opcional……..……..……..134

5. Indemnización por Enfermedades que requieren hospitalización...15

6. Reembolso de Gastos médicos por Accidentes...……..……..17

7. Indemnización diaria por hospitalización por Accidente……..20

IV. Beneficios Opcionales con Costo……...21

V. Periodos de Espera……..……..……..24

VI. Pago de Indemnizaciones para todas las coberturas……..……...25

VII. Exclusiones Generales……..……..……...29

VIII. Cláusulas generales……..……..……..37

IX. Definiciones…..……..……..……77

X. Preceptos Legales……..……..……...87

XI.Significado de Abreviaturas……..……..……130

I. Objeto del Seguro.

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

II. Cobertura Básica.

El asegurado cuenta con el beneficio de escoger entre su cobertura básica las que se mencionan a continuación:

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

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

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

Para efecto de esta cobertura, el Asegurado deberá elegir al menos uno de los Procedimientos médicos o quirúrgicos de los que se mencionan a continuación:

a) **Apendicectomía:** Cirugía para la extracción del apéndice.

No cuenta con periodo de espera. QSalud pagará, siempre que el diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza y considerando la fecha de diagnóstico. Se entenderá que el Asegurado ha sido diagnosticado por primera vez en su vida y cuando no haya recibido diagnóstico o tratamiento previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

b) **Colecistectomía:** Cirugía para extirpar la vesícula biliar.

Cuenta con un periodo de espera de 12 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera. QSalud pagará, siempre que el diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza y una vez transcurrido el Periodo de Espera señalado considerando la fecha de antigüedad del asegurado y la fecha de diagnóstico. Se entenderá que el Asegurado ha sido diagnosticado por primera vez en su vida y cuando no haya recibido diagnóstico o tratamiento previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza ni durante el Periodo de Espera.

c) **Amigdalectomía:** Cirugía para la extirpación de las anginas (amígdalas).

Cuenta con un periodo de espera de 12 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera. QSalud pagará, siempre que el diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza y una vez transcurrido el Periodo de Espera señalado considerando la fecha de antigüedad del asegurado y la fecha de diagnóstico. Se entenderá que el Asegurado ha sido diagnosticado por primera vez en su vida y cuando no haya recibido diagnóstico o tratamiento previo a la

fecha de inicio de vigencia de la Póliza ni durante el Periodo de Espera.

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

2. Indemnización por muerte accidental.

Se pagará a los Beneficiarios, la Suma asegurada señalada en la Carátula de la Póliza correspondiente, si a consecuencia de un Accidente cubierto por la Póliza el Asegurado fallece dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del Accidente cubierto**.**

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

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

En caso del fallecimiento del Asegurado titular, se indemnizará a los Beneficiarios designados por éste o en su defecto, a quien corresponda legalmente, hasta por la Suma asegurada señalada en la Carátula de Póliza correspondiente y de acuerdo con los porcentajes establecidos.

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

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

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

III. Coberturas Opcionales con Costo.

De manera opcional, el Asegurado puede escoger entre contratar una o varias de las coberturas que se mencionan a continuación:

1. 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:

Descripción del Procedimiento	Alcance del Beneficio	Copago
Evaluación completa	Una en doce meses. Sólo en la primera consulta con el odontólogo	0%
Limpieza dental en adulto y niño	Una en doce meses	0%
Evaluación Periodontal Completa	Una en doce meses	30%
Restauraciones con Amalgamas y Resinas	Una por pieza dental cada tres años. No se cubre el cambio de restauraciones por motivos estéticos	30%

Exclusiones particulares de la cobertura de Atención Dental:

En ningún caso cubrirá los gastos originados por cualesquiera de los supuestos que a continuación se mencionan:

1. **Tratamientos o materiales por malformaciones óseas congénitas y Tratamientos de hipoplasia del esmalte (falta de desarrollo).**

2. **Tratamientos que incrementen la dimensión vertical de una oclusión, reemplacen la pérdida de la estructura de los dientes por desgaste, abrasión, erosión, o de cualquier otra manera, excepto que sea parte del Tratamiento Dental necesario y debido a un accidente o lesión directamente atribuible a éste. También quedan excluidos el protector oclusal y el ajuste oclusal completo.**

3. **Tratamientos, 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), 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 con los estándares generalmente aceptados en la práctica dental, excepto que sea parte del Tratamiento Dental necesario y debido a un accidente o lesión directamente atribuible a éste. Si los servicios realizados en un diente en particular no están excluidos, el Tratamiento cosmético de los dientes adyacentes o que están cerca del afectado se considerarán Beneficios Excluidos.**

4. **Servicios prestados o materiales suministrados antes de la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza de Seguro o antes de la fecha de inicio de la cobertura de los Asegurados.**

5. **Ferulización periodontal, equilibrio de la oclusión, gnatología (estudio de las fuerzas masticatorias y las partes anatómicas involucradas) y Tratamientos asociados e injertos extraorales (injertos de tejido en la parte de afuera de la boca).**

6. **Programas de control preventivo de la placa dentobacteriana, incluyendo programas de instrucción de higiene oral, selladores de fisuras y aplicación tópica de flúor.**

7. **Terapia miofuncional (de la función de los músculos).**

8. **Diagnóstico o Tratamiento por la disfunción de la articulación temporomandibular o musculatura, nervios u otros tejidos asociados.**

9. **Medicamentos, incluyendo medicamentos de aplicación tópica para Tratamientos de Enfermedad periodontal, premedicación, analgesia, sedación intravenosa, anestesia general y cargos separados por anestesia local.**

10. **Implantes y servicios relacionados (materiales implantados dentro y sobre el hueso o tejido suave).**

11. **Tratamientos o Procedimientos 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.**

12. **Servicios 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.**

13. **Tratamientos o materiales suministrados en un hospital o en cualquier instalación para Tratamientos quirúrgicos y cualquier honorario adicional cobrado por el Dentista por Tratamiento en hospital.**

14. **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.**

15. **Cualquier servicio que no sea parte del 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 durante el Tratamiento o Procedimiento, cuando su costo deba estar incluido en el total del Tratamiento o Procedimiento (Honorario Máximo del Dentista), de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la práctica dental, como pueden ser: los algodones, las mascarillas y las técnicas de relajación como la música.**

16. **Reemplazo de restauraciones existentes para cualquier propósito diferente que el de restaurar lesiones por caries activas o por desajuste demostrable de la restauración.**

17. **Servicios de ortodoncia (Tratamientos para la corrección de dientes o mandíbulas mal posicionadas).**

18. **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.**

19. **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.**

20. **Ningún Tratamiento que no esté especificado dentro de los beneficios del plan.**

21. **Gastos en que se incurra a consecuencia de hechos de guerra, alborotos populares, motines y epidemias declaradas oficialmente.**

22. **Gastos en que se incurra por accidentes o enfermedades que se originen a consecuencia de:**

a. **Delitos dolosos o intencionales en los cuales el Asegurado sea considerado como sujeto activo o partícipe del delito.**
b. **Lesiones autoinfligidas, 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 correspondiente para cada Asegurado por cada Vigencia de la Póliza.

Esta cobertura es contratada por QSalud con un prestador de servicios que brinda esta atención. No obstante, QSalud será responsable en todo momento frente al Asegurado por la prestación de los servicios antes descritos.

2. Asistencia funeraria.

Por medio de esta asistencia y en caso de que el Asegurado titular y/o dependientes llegaran a fallecer derivado de un accidente cubierto; tendrán derecho a los siguientes servicios funerarios:

- **Recolección de cuerpo.**
- **Arreglo estético del cuerpo.**
- **Ataúd metálico.**
- **Sala de velación.** El servicio puede otorgarse al domicilio sin costo adicional.
- **Gestión de trámites y permisos para traslados.**
- **Asesoría jurídica testamentario vía telefónica.**
- **Servicio de tanatología.** En el área metropolitana es de manera presencial y para el interior de la República Mexicana la consulta estará sujeta a disponibilidad o por video consulta. Este servicio se otorga a un familiar del Asegurado fallecido con un alcance de dos sesiones de 55 minutos.
- **Opciones de servicio:**

- **Cremación:**
  - Servicio de cremación.
  - Urna básica.
  - Ataúd para la velación.
- **Inhumación:**
  - Embalsamado.
  - Traslado en carroza.
  - Pago de derechos para la inhumación en cementerios y panteones civiles o municipales.

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

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

No se considera el traslado de las cenizas del fallecido.

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

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

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

Esta cobertura es contratada por QSalud con un prestador de servicios que brinda esta atención. No obstante, QSalud será responsable en todo momento frente al Asegurado por la prestación de los servicios antes descritos.

3. Indemnización por Enfermedades graves.

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

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

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

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

   No cuenta con periodo de espera. QSalud pagará, siempre que el diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza y considerando la fecha de diagnóstico. Se entenderá que el

Asegurado ha sido diagnosticado por primera vez en su vida y cuando no haya recibido diagnóstico o tratamiento previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

b) **Cáncer:** Enfermedad por la que algunas células malignas de un órgano y/o tejido se multiplican sin control y se diseminan a otro(s) órganos y/o tejidos. El diagnóstico de cáncer deberá respaldarse con el resultado histopatológico correspondiente a la historia clínica.

Queda excluido el Cáncer de piel y cualquier otro tipo de cáncer que sólo este presente en las células donde comenzó (in situ).

Cuenta con un periodo de espera de 18 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera. QSalud pagará, siempre que el diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza y una vez transcurrido el Periodo de Espera señalado considerando la fecha de antigüedad del asegurado y la fecha de diagnóstico. Se entenderá que el Asegurado ha sido diagnosticado por primera vez en su vida y cuando no haya recibido diagnóstico o tratamiento previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza ni durante el Periodo de Espera.

En caso de Enfermedades graves, será necesario para poder realizar el pago de la Suma asegurada que exista un diagnóstico definitivo del Médico de la especialidad correspondiente soportado con estudios de diagnóstico y/o tratamiento.

4. Indemnización por Procedimientos médicos o quirúrgicos derivados de una enfermedad - opcional.

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

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

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

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

a) **Histerectomía:** Cirugía para extirpar el útero.

   Cuenta con un periodo de espera de 12 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera. QSalud pagará, siempre que el diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza y una vez transcurrido el Periodo de Espera señalado considerando la fecha de antigüedad del asegurado y la fecha de diagnóstico. Se entenderá que el Asegurado ha sido diagnosticado por primera vez en su vida y cuando no haya recibido diagnóstico o tratamiento previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza ni durante el Periodo de Espera.

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

Cuenta con un periodo de espera de 6 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera. QSalud pagará, siempre que el diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza y una vez transcurrido el Periodo de Espera señalado considerando la fecha de antigüedad del asegurado y la fecha de diagnóstico. Se entenderá que el Asegurado ha sido diagnosticado por primera vez en su vida y cuando no haya recibido diagnóstico o tratamiento previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza ni durante el Periodo de Espera.

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

5. Indemnización por Enfermedades que requieren hospitalización.

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

Si durante la Vigencia de esta Póliza el Asegurado se hospitaliza por alguna de las Enfermedades que haya contratado en su Póliza y que se señalen en la Carátula de la misma por un periodo de más de 72 horas continuas, QSalud pagará por una vez en la vida de la Póliza al Asegurado afectado, la Suma asegurada indicada en la Carátula de la Póliza correspondiente para cada una de las Enfermedades o grupo de Enfermedades contratadas.

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

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

a) **Neumonía:** Infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones.

   No cuenta con periodo de espera. QSalud pagará, siempre que el diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza y considerando la fecha de diagnóstico. Se entenderá que el Asegurado ha sido diagnosticado por primera vez en su vida y cuando no haya recibido diagnóstico o tratamiento previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

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

   Cuenta con un periodo de espera de 10 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera. QSalud pagará, siempre que el diagnóstico ocurra dentro de la vigencia de la Póliza y una vez transcurrido el Periodo de Espera señalado considerando la fecha de antigüedad del asegurado y la fecha de diagnóstico. Se entenderá que el Asegurado ha sido diagnosticado por primera vez en su vida y cuando no haya recibido diagnóstico o tratamiento previo a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza ni durante el Periodo de Espera.

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

6. Reembolso de Gastos médicos por Accidentes.

En caso de que se contrate esta cobertura y se señale en la Carátula de Póliza correspondiente, QSalud reembolsará al Asegurado afectado los gastos médicos cubiertos con base en el tabulador de la Compañía (el cual está disponible en la página de internet **www.qualitassalud.com.mx**), que haya erogado con motivo de la atención médica derivada de los Accidentes cubiertos, así como los gastos que resulten de aparatos de prótesis dental o de cualquier otra clase y tratamientos de ortodoncia necesarios y que sean a causa del accidente ocurrido durante la Vigencia de la Póliza y dentro de los 90 días naturales posteriores a la ocurrencia del Accidente siempre y cuando haya realizado un gasto para la atención de los Accidentes cubiertos dentro de ese periodo.

Los gastos cubiertos por esta cobertura son los siguientes:

- **Hospitalización.**
- **Honorarios médicos.**
  - Los honorarios de los médicos cirujanos que pertenezcan a los médicos en convenio con QSalud, serán cubiertos al 100% del monto indicado al tabulador.

    En este caso el Asegurado no pagará diferencia alguna por este concepto.

- Los honorarios de los médicos cirujanos que no pertenezcan a los médicos en convenio con QSalud o grupo médico asociado serán cubiertos al 100% con un máximo del monto establecido en el tabulador de honorarios médicos del plan contratado.
- En procedimientos quirúrgicos, el monto amparado para el anestesista 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 gastos 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 vengan incluidos en la factura hospitalaria.
- Las consultas médicas post-operatorias en los siguientes 15 días naturales siguientes a la intervención, quedan incluidas dentro de los honorarios médicos por intervención quirúrgica.

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.

- **Estudios de laboratorio, gabinete e imagenología.**
- **Servicios de enfermería.**
- **Tratamientos médicos.**
  Para rehabilitación física se cubrirán bloques de 10 sesiones, por cada 10 sesiones se solicitará informe médico con la actualización del estado clínico del asegurado, con tope de autorización de 30 sesiones máximo.

- **Intervención quirúrgica.**
- **Medicamentos.**
- **Órtesis y Aparatos ortopédicos.**

Una vez que el total de gastos procedentes, considerando todos los conceptos mencionados anteriormente, excedan el deducible señalado en la Carátula de Póliza para esta cobertura correspondiente, QSalud reembolsará al Asegurado afectado el monto erogado por los gastos médicos cubiertos con motivo del Accidente, teniendo como límite la Suma asegurada señalada en la Carátula de la Póliza para esta cobertura.

La Suma asegurada de esta cobertura es única para todos los Accidentes ocurridos durante la Vigencia de la Póliza.

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

QSalud otorgará al Asegurado esta cobertura, siempre y cuando éste haya realizado un gasto para la atención del Accidente

dentro de los 90 días siguientes a la ocurrencia del Accidente, de lo contrario no se considera como Accidente y no estará cubierto.

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

7. Indemnización diaria por hospitalización por Accidente.

En caso de que se contrate esta cobertura en la Póliza y esta se señale en la Carátula de la misma, si durante la Vigencia y como consecuencia directa de un Accidente cubierto el Asegurado tuviera que ser hospitalizado, QSalud pagará al Asegurado afectado, por cada una de las hospitalizaciones, la cantidad diaria señalada en la Carátula de la Póliza correspondiente, iniciando el cómputo de los días para la indemnización después de las primeras 48 horas continuas de Hospitalización, y hasta por un máximo de 15 días continuos.

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

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

Para poder realizar el pago de la Suma asegurada debe existir un diagnóstico médico definitivo del médico de la especialidad

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

IV. Beneficios Opcionales con Costo.

De manera opcional el Asegurado puede escoger entre contratar uno, o varios de los beneficios que se mencionan a continuación:

I. Telemedicina.

1. Telemedicina.

En caso de urgencia médica, el Asegurado podrá solicitar video conferencias con médico general, nutriólogo o bien psicólogo según lo que requiera, quienes lo ayudarán con su malestar y a tomar las medidas necesarias para estabilizarlo según requiera.

II. Consultas médicas.

1. Consultas médicas presenciales.

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

Las consultas médicas presenciales con médicos incluyen:

- Medicina General
- Medicina Interna
- Ginecología
- Pediatría
- Nutrición

- Psicología

No se cubren servicios prestados por médicos con subespecialidades, es decir, aquellos profesionales que cuentan con una formación adicional específica dentro de una especialidad médica.

No se cubren ninguna otra especialidad más que las mencionadas en las presentes Condiciones Generales.

III. Atención especializada.

1. Asistencia médica telefónica.

En caso de urgencia, el Asegurado podrá solicitar asesoría y orientación vía telefónica relacionada con primeros auxilios, padecimientos o patologías, planificación familiar, prevención de automedicación, efectos secundarios, interpretación de análisis de laboratorio.

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

2. Asistencia nutricional telefónica.

Se proporciona información, asesoría y orientación telefónica nutrimental a través de especialistas, enfocada a mejorar los hábitos alimenticios y promover una dieta balanceada de acuerdo con el perfil del Asegurado.

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

3. Asistencia psicológica telefónica.

Se proporciona información, asesoría y orientación telefónica profesional en situaciones críticas de conducta y estados anímicos de orden emocional como pueden ser crisis emocionales, ansiedad, depresión, situaciones de violencia familiar, pérdidas de seres queridos.

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

4. Envío de médico a domicilio.

Se cubren las Consultas médicas a domicilio que requiera el Asegurado con médico general durante los horarios de atención. En caso de ser necesario, también se extenderá la receta médica.

El número de consultas médicas para esta cobertura estará indicado en la Carátula de la Póliza. La cobertura de este servicio solo aplicará en las zonas definidas por QSalud, las cuales podrás consultar marcando al número telefónico 800-772-5831.

5. Ambulancia terrestre por emergencia de servicio básico.

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

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

Estos servicios son contratados por QSalud con un prestador de servicios que brinda esta atención. No obstante, QSalud será responsable en todo momento frente al Asegurado por la prestación de los servicios antes descritos.

V. Periodos de Espera.

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

1. **Enfermedades y/o Procedimientos quirúrgicos que quedan amparadas a partir de 6 meses de Vigencia de la Póliza.**
   - Enfermedades prostáticas.

Para estas enfermedades y/o Procedimientos quirúrgicos si aplica el beneficio de eliminación o reducción de periodos de espera.

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

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

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

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

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

3. **Enfermedades y/o Procedimientos quirúrgicos que quedan amparadas a partir de 12 meses de Vigencia de la Póliza.**

   - Enfermedades ginecológicas, incluyendo glándulas mamarias.
   - Amígdalas y adenoides.
   - Enfermedades del piso pélvico.

- Enfermedades de la columna vertebral.
- Rodilla.
- Circuncisión.
- Nariz y senos paranasales.
- Vesícula y vías biliares.

Para estas enfermedades y/o Procedimientos quirúrgicos si aplica el beneficio de eliminación o reducción de periodos de espera.

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

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

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

Para esta enfermedad si aplica el beneficio de eliminación o reducción de periodos de espera.

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

VI. Pago de Indemnizaciones para todas las coberturas.

a) Comprobación de la reclamación.

El Asegurado o Beneficiario, debe presentar los documentos completos correspondientes requeridos por QSalud que se mencionan a continuación:

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

- Identificación oficial del Asegurado; en caso de la **Cobertura de Indemnización por muerte accidental**, se deberá presentar identificación oficial de(los) beneficiario(s).

  En caso de que el Asegurado titular sea un menor de edad, se solicitará el Acta de nacimiento del mismo.

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

  Adicionalmente se deberá presentar para este concepto:

  - Formatos de declaración de fallecimiento.
  - Acta de defunción del Asegurado titular.
  - Carpeta de investigación del Ministerio Público (debe incluir resultado necropsia).

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

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

- Comprobante oficial del hospital donde se compruebe la hospitalización donde se encuentre el nombre del Asegurado, la fecha de entrada y salida del hospital, en caso de la cobertura **Indemnización diaria por hospitalización por Accidente.**

- Para la cobertura de **Reembolso de Gastos Médicos por Accidentes**, debes presentar las facturas correspondientes que amparen los gastos realizados en la atención del accidente en formatos PDF y XML.

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

- En el caso de Indemnizaciones deberás proporcionar Número de cuenta CLABE y encabezado de estado de cuenta bancaria del asegurado o beneficiario con una vigencia no mayor a tres (3) meses.

- En todos los casos mencionados anteriormente se deberá presentar comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres (3) meses.

Solo para el caso de que la documentación anterior no le permita a QSalud comprobar las circunstancias del siniestro y la procedencia de la reclamación, podrá solicitar información adicional al reclamante, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

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

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

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

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

c) Aplicación del Deducible.
En las coberturas que así se señale, al momento de que el monto reclamado exceda el Deducible mencionado en la Carátula de Póliza correspondiente comienza la obligación de pago de QSalud y continúa hasta alcanzar el límite de la Suma Asegurada contratada.

d) Aplicación de Copago.
El Copago se aplicará por cada servicio requerido por el Asegurado en las coberturas que así correspondan, de acuerdo con lo señalado en la Carátula de la Póliza. Este deberá ser pagado directamente al Prestador de servicio en convenio.

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

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

VII. Exclusiones Generales.

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

1. **Enfermedades preexistentes, así como sus consecuencias y/o complicaciones.**

2. **Procedimientos quirúrgicos realizados fuera de la vigencia de la Póliza, así como sus consecuencias y/o complicaciones.**

3. **Enfermedades que en un expediente médico se determine su existencia, o donde el Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o Tratamiento médico de la Enfermedad, o que hayan sido diagnosticadas, en el transcurso de los primeros 30 (treinta) días de Vigencia de la Póliza.**

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

4. **Cáncer de piel.**

5. **Cualquier tipo de Cáncer que sólo este presente en las células donde comenzó (in situ) y que no se haya diseminado a ningún tejido cercano; es decir, cánceres en su etapa más temprana y que no sean invasivos, así como tumores benignos o premalignos.**

6. **Indemnizaciones, procedimientos médicos o quirúrgicos, gastos u hospitalizaciones derivadas de una Enfermedad o Accidente no cubierto por la Póliza.**

7. **Lesiones, Accidentes o muerte que sufra el Asegurado, originadas por participar en actividades militares, actos delictivos intencionales, en actos de guerra, riña, rebelión o insurrección; en alborotos populares considerándose dentro de estos últimos las marchas, mítines, manifestaciones y procedimientos de huelgas o paro en solidaridad.**

8. **Enfermedades, lesiones y/o tratamientos resultantes del intento de suicidio, y/o mutilación voluntaria o lesiones autoinfligidas por el Asegurado, aunque se hayan cometido en estado de enajenación mental.**

9. **Lesiones y/o Accidentes, donde el primer gasto médico se realice después de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el Accidente.**

10. **Muerte accidental del Asegurado que ocurra después de los 90 (noventa) días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el Accidente.**

11. **Parto, cesárea, puerperio, aborto, interrupción del embarazo sin importar cuál sea su causa.**

12. **Prematurez, inmadurez fetal.**

13. **Cámara hiperbárica.**

14. **Se excluyen los tratamientos y métodos de anticoncepción y cualquier otro relacionado a la planificación familiar.**

15. **No se cubren medicamentos que no hayan sido prescritos por el médico tratante o bien que no tengan relación con la enfermedad que originó la consulta.**

16. **Enfermedades o malformaciones Congénitas de los Asegurados nacidos fuera de la Póliza o cuando la madre no cumpla con al menos 10 meses de cobertura continua en la Póliza o cuando su alta sea solicitada posterior a los 30 (treinta) días siguientes a su fecha de nacimiento.**

17. **Tratamientos de miopía, presbiopía, hipermetropía, astigmatismo, queratocono, independientemente de sus causas y orígenes.**

18. **Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida, concesionada o que sea privada, para el servicio regular de pasajeros sujeta a itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios regulares, así como vuelos en aviones ultraligeros con y sin motor ni aviación privada.**

19. **Lesiones o Accidentes derivados de la participación del Asegurado en carreras, pruebas o contiendas de velocidad y/o resistencia.**

20. **No se cubren Accidentes, Enfermedades o lesiones causadas por el uso, conducción y/o operación de armas de fuego o municiones de cualquier tipo, explosivos de cualquier clase, pólvora, mechas, fulminantes, detonadores, fuegos artificiales y artefactos pirotécnicos.**

21. **No se cubren Accidentes, Enfermedades o lesiones causados por la fabricación o producción o comercialización o distribución o transporte, de combustibles, hidrocarburos y**

gases en general, petroquímicos, así como por operaciones petroleras y/o de gas, incluyendo perforación, exploración, explotación, oleoductos y gasoductos.

22. **Lesiones que el Asegurado sufra cuando practique paracaidismo, buceo, montañismo, alpinismo, charrería, equitación, tauromaquia, artes marciales, esquí de cualquier tipo, cacería, espeleología o cualquier tipo de deporte aéreo.**

23. **Enfermedades o lesiones que el Asegurado sufra y que sean derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte.**

24. **Automovilismo, ya sea piloto o acompañante, en cualquiera de sus formas ya sea en competencia o no, avalado por la Federación que corresponda o no avalado, motociclismo y/o práctica de deportes con cualquier tipo de vehículos con motor en cualquiera de sus modalidades, así como los Accidentes o Enfermedades derivadas de la práctica de estos.**

25. **Gastos médicos de la cobertura de Reembolso de gastos médicos por accidentes, derivados de tratamientos y/o terapias, cualquiera que sea su origen de:**

    a) **Rehabilitación psicomotora**
    b) **Rehabilitación neurológica**
    c) **Terapias de neuro estimulación**
    d) **Estimulación temprana**
    e) **Rehabilitación cognitiva**
    f) **Aprendizaje**
    g) **Recreativas**
    h) **Neurolingüísticas**
    i) **Terapia de Lenguaje**
    j) **Tratamientos o protocolos experimentales**
    k) **Tratamientos estéticos**
    l) **Cualquier terapia o tratamiento no autorizado por la autoridad sanitaria competente.**

QSalud no pagará ningún gasto por concepto de los Tratamientos y/o terapias antes mencionadas ni sus complicaciones o consecuencias, aun cuando éstas se encuentren justificadas medicamente y deriven de un Accidente cubierto en este Contrato de seguro.

26. **No se cubren las órtesis o aparatos ortopédicos por pérdida, reposición, destrucción o mal uso. Estos gastos corren a cargo del Asegurado.**

27. **No se cubren órtesis ni aparatos ortopédicos para enfermedades preexistentes, únicamente se cubrirán para aquellos Accidentes cubiertos por la Póliza.**

28. **No se cubren las prótesis, ya sean dentales, ortopédicas o de cualquier otra índole, que hubieran sido colocadas o recomendadas antes de la fecha de inicio de vigencia de esta póliza, así como aquellas derivadas de condiciones o enfermedades preexistentes del Asegurado.**

29. **No se cubren prótesis colocadas con fines estéticos, cosméticos, preventivos o por enfermedades no relacionadas con un evento cubierto.**

30. **Tratamientos o procedimientos para tratar la impotencia sexual o la disfunción eréctil, aun cuando sean causados o a consecuencia de Enfermedades, Accidentes, tratamientos o cirugías cubiertas, así como secuelas y/o complicaciones.**

31. **Cuando el Asegurado participe en algún protocolo médico experimental y/o en investigación, tanto en territorio nacional como en el extranjero.**

32. **Tratamientos, técnicas o tecnologías médicas que no estén autorizados o referidos en México por la Secretaría de Salud, la COFEPRIS (Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios), por la FDA, (por sus siglas en inglés Food and Drug**

Administration), de los Estados Unidos de América, con base en el nivel de evidencia clínica y científica.

33. **En caso de que el médico quien realice el diagnóstico sea el mismo Asegurado o familiar en línea directa del Asegurado.**

34. **Honorarios por servicios prestados por médicos, fisioterapeutas, quiroprácticos, acupunturistas y/o homeópatas proporcionados por personas sin cédula profesional que los acredite como profesionales legalmente autorizados para realizar dichos tratamientos.**

35. **Gastos erogados fuera de la República Mexicana derivados de cualquier Accidente o Enfermedad.**

36. **Curas de reposo o descanso y exámenes médicos iniciales para la comprobación del estado de salud, conocidos como check up.**

37. **Cualquier gasto que no esté expresamente citado en las coberturas contratadas de estas Condiciones generales.**

38. **Prendas de vestir con propiedades médicas como son: zapatos, calcetines, blusas, ropa interior, medias, camisas, camisetas y botas entre otras similares.**

39. **Cualquier Enfermedad, cuyo diagnóstico se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.**

40. **Donación de órganos y sus complicaciones y/o consecuencias, cuando el Asegurado sea el donante, ni los gastos originados por complicaciones médicas o quirúrgicas de donadores de órganos y los gastos médicos erogados por los candidatos a donación.**

41. **Enfermedades o Accidentes originadas a consecuencia de la ingesta de alcohol y sustancias tóxicas, drogas, fármacos, o bien ingerir somníferos, barbitúricos, estupefacientes o substancias con efectos similares, no prescritos por un médico, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.**

42. **Procedimientos o tratamientos de carácter estético, enlistados más no limitados a: cosmetológicos, plásticos, para la calvicie, gorro frío para quimioterapia, cualquier tipo de implantes en el organismo y/o bombas de disfunción eréctil entre otros que sean considerados meramente estéticos.**

43. **Gastos de peluquería, barbería y pedicurista, así como la compra o renta de aparatos o servicios para comodidad personal.**

44. **Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por anorexia o bulimia, así como sus complicaciones y/o consecuencias.**

45. **Procedimientos quirúrgicos para la corrección y/o manejo de obesidad o reducción de peso, incluyendo Cirugía Bariátrica para Tratamiento de diabetes y para reflujo.**

46. **Cualquier tipo de estudio y/o tratamiento para corregir alteraciones del sueño, apnea del sueño, roncopatías, así como sus complicaciones y/o consecuencias.**

47. **QSalud no pagará ningún gasto por concepto de medicamentos, estudios, tratamientos y/o terapias para trastornos psicológicos o psiquiátricos ni sus complicaciones aun cuando estas deriven de una Enfermedad o Accidente amparado en este Contrato de Seguro.**

    Asimismo, en ningún caso quedan cubiertos los gastos médicos y hospitalarios de las Enfermedades catalogadas en

la última versión del DSM Diagnostical and Stadistical Manual of Mental Disorder (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

48. Las siguientes fórmulas, preparaciones y/o productos aún por prescripción médica del Médico tratante perteneciente a la Red de Prestadores de servicio en convenio con QSalud:

a) Fórmulas lácteas.
b) Suplementos y complementos alimenticios.
c) Medicamentos vitamínicos y productos multivitamínicos.
d) Cosméticos y dermatológicos.
e) Medicamentos cubiertos que no estén amparados por una receta médica vigente.
f) Medicamentos biológicos e insumos utilizados en terapia celular.
g) Medicamentos que no tengan relación con el accidente o enfermedad cubierto.
h) Fórmulas naturistas.
i) Protectores gástricos

49. No se cubrirán los gastos generados por la compra de medicamentos que no cuenten con registro sanitario ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y/o no tengan licencia de comercialización en México, aun y cuando sean indicados o justificados por el médico tratante perteneciente a la Red de Prestadores de servicio en convenio con QSalud o el Asegurado cuente con permiso de importación. Para el caso de cáncer no se cubrirán aquellos medicamentos que no se encuentren indicados en las Guías Terapéuticas de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).

50. No se cubren hospitalizaciones o indemnizaciones derivadas de:

- **Tratamientos psiquiátricos.**
- **Trastornos de enajenación mental.**
- **Trastornos de la conducta.**

- **Tratamientos para estados de depresión psíquica o nerviosa.**
- **Tratamientos para histeria, neurosis, psicosis o cualesquiera que sean sus manifestaciones clínicas.**

VIII. Cláusulas generales.

Agravación del riesgo.

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

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

Cesarán de pleno derecho las obligaciones de QSalud, por agravación esencial del riesgo, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s)

o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos del acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

Altas de Asegurados.

Cualquier persona que cumpla los requisitos de elegibilidad establecidos por QSalud podrá ser incluida en el Contrato de seguro mediante solicitud del Contratante o Asegurado titular y aceptación de QSalud, conforme a las pruebas que podrán solicitar en cualquier momento.

Para que los hijos de los Asegurados nacidos durante la Vigencia de la Póliza queden cubiertos desde su fecha de nacimiento, se deberá cumplir lo siguiente:

- Que la Madre Asegurada tenga al menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza, al momento del nacimiento.

- Se notifique a QSalud dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al nacimiento.

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

En caso de solicitar un aumento de beneficios en el Contrato de seguro, QSalud cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la Póliza y emitirá el recibo correspondiente.

Una vez aceptada la inclusión del Asegurado, deberá efectuarse el pago de la prima correspondiente dentro del plazo indicado en la Carátula de Póliza en el rubro denominado "Fecha Vencimiento de Pago/Plazo de Pago".

Arbitraje médico.

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

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

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

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

Bajas de Asegurados.

En caso de solicitar la baja de algún(os) Asegurado(s) de la Póliza, ésta debe realizarse por escrito con firma del Contratante o Asegurado titular. La Baja aplicará a partir de la fecha de recepción por parte de QSalud y por lo tanto los beneficios del seguro para estos Asegurados cesarán desde ese momento, devolviéndose al Contratante o Asegurado titular el monto

correspondiente a lo especificado en la Cláusula Terminación o Cancelación del contrato de las presentes Condiciones generales, sin incluir derechos de Póliza.

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

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

Cambio de Suma asegurada y/o alta o baja de coberturas opcionales.
Opción que QSalud otorga al Contratante o Asegurado titular para finalizar su Contrato de seguro durante la Vigencia de la Póliza y celebrar un nuevo Contrato de seguro, respecto del mismo producto originalmente contratado, modificando alguno de los siguientes elegibles a los originalmente contratados:

- Sumas Aseguradas.
- Alta o Baja de coberturas opcionales.

Para solicitar dichos cambios, el Contratante o Asegurado titular deberá solicitar a QSalud por escrito dichos cambios y deberá llenar y firmar la Solicitud de Seguro.

QSalud puede o no aceptar dicho cambio de plan de acuerdo con las políticas de cambio de plan vigentes.

En caso de que el Asegurado solicite un cambio de plan, QSalud no garantizará:

- El cambio sin requisitos de asegurabilidad.
- Los Periodos de espera del plan anterior.
- Los Gastos no cubiertos y Exclusiones.

Ya que se establece un nuevo proceso de selección médica resultado de lo cual, QSalud informará al Asegurado los cambios y condiciones aprobadas, respetando en todo tiempo la fecha de alta de la póliza anterior y de las coberturas opcionales que correspondan.

Cambio de producto.
Opción que QSalud otorga al Contratante o Asegurado titular para finalizar su Contrato de seguro durante la Vigencia de la Póliza y celebrar un nuevo Contrato de seguro respecto de un producto distinto que se encuentre vigente y registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) por parte de QSalud, el cual en caso de ser aprobado tendrá términos y Condiciones generales diferentes.

Para solicitar dicho cambio, el Contratante o Asegurado titular deberá solicitar la terminación del Contrato de seguro vigente, requisitar y firmar la Solicitud de seguro y Cuestionario médico con la finalidad que QSalud realice el proceso de selección médica del nuevo producto.

QSalud puede o no aceptar el Cambio de producto de acuerdo con las políticas de Cambio de producto vigente.

En caso de que el Asegurado solicite un Cambio de producto, QSalud no garantiza:

- La Fecha de Alta del Contrato de seguro anterior.
- Los Periodos de espera del Contrato de seguro anterior.
- Los Gastos no cubiertos y Exclusiones.

Ya que dependiendo del producto se puede establecer un proceso de selección médica resultado de lo cual, QSalud informará al Asegurado los cambios y condiciones aprobadas respecto al nuevo producto.

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.

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

- 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.

Podrás contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en caso de dudas, quejas, reclamaciones o consultar información sobre los productos ofrecidos para fines informativos y de comparación al domicilio en Insurgentes Sur No. 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México, correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx o llamar al teléfono 800 999 8080 y 55 5340 0999.

- 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 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 acudir ante las referidas instancias administrativas o directamente ante los citados tribunales.

Consentimiento para el uso de medios de identificación.

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

Continuidad del Seguro.
Cualquier Asegurado Dependiente, en caso de fallecimiento del Asegurado titular o en el caso de los hijos que rebasen la mayoría de edad tendrá derecho a solicitar que se le expida a su nombre una Póliza de seguro con las mismas características contratadas o con reconocimiento de antigüedad llenando la documentación correspondiente, siempre y cuando el trámite se realice dentro de los primeros treinta (30) días naturales posteriores a que el Asegurado Dependiente deje la cobertura de la Póliza correspondiente.

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

Este Contrato de seguro está formado por:

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

Corrección del Contrato de seguro (Modificaciones) y Notificaciones.
Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Contratante o Asegurado titular podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los 30 (treinta) días naturales posteriores a la fecha de inicio de Vigencia de la Póliza.

Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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

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

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

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

Dependientes económicos.
Podrán ser dependientes económicos del Asegurado titular en esta Póliza:

- Su cónyuge, entendiéndose como tal la persona con quien el Asegurado titular haya contraído matrimonio, o su concubina o concubinario, o la persona con quien viva en sociedad de convivencia.

- Los hijos del Asegurado titular y/o de su cónyuge.

- Padre y/o madre del Asegurado titular.

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

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

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

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

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

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

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

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

Edad.

La Edad de aceptación para la contratación del seguro será desde el primer día de nacidos y hasta la edad máxima de 74 años cumplidos. Para este Contrato de seguro no existe un límite de Edad para la Renovación, excepto para la cobertura de Indemnización por Muerte Accidental para la cual la edad mínima será de 12 años.

QSalud tiene en cualquier tiempo el derecho de solicitar, la comprobación de la fecha de nacimiento de los Asegurados y una vez comprobada, se extenderá el comprobante correspondiente, y no podrá exigir nuevas pruebas al momento del siniestro, salvo

que se compruebe que dichas pruebas son falsas o de dudoso origen.

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

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

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

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

Eliminación o reducción de periodos de espera.
Es el beneficio por el cual QSalud reconocerá el tiempo que el Asegurado haya estado cubierto en esta u otra compañía (reconocimiento de antigüedad), únicamente para efectos de la

eliminación o reducción de algunos de los periodos de espera descritos en el apartado correspondiente, este beneficio se verá reflejado en la fecha de antigüedad del Asegurado.

Entrega de la documentación contractual.

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

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

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

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

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

Examen Médico.
QSalud puede exigir a los posibles Asegurados que se sometan a una evaluación médica y/o estudios de laboratorio o gabinete que serán practicados por profesionales señalados por QSalud. Así mismo, deberán suministrar toda la información requerida por QSalud sobre su estado de salud, antes de la celebración del Contrato y autorizarán a los profesionales o instituciones donde hubieran sido o sean tratados, a fin de que suministren por su cuenta toda la información necesaria.

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

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

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

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

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

"Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior."

Al efecto, QSalud notificará por escrito y de manera fehaciente al Asegurado o Beneficiario la extinción de las obligaciones del Contrato de seguro por parte de QSalud dentro de los 15 (quince) días hábiles siguientes a la fecha en que QSalud haya contado con

los elementos, documentos o información, inherente al hecho correspondiente.

Lo mismo se observará en el caso de que, el Asegurado o Beneficiario, o los representantes de éstos, incurriendo en cualquiera de las causales previstas en esta cláusula, hayan obtenido un lucro indebido en perjuicio de QSalud.

Una vez realizada la notificación, QSalud quedará liberada de cualquier obligación de pago o responsabilidad de cualquier otro tipo relacionados con la reclamación que motivó la extinción de sus obligaciones.

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

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

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

Forma de pago.
El Contratante y/o Asegurado titular 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 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

Omisiones o Inexactas Declaraciones.
El Contratante y/o Asegurado titular están obligados a declarar por escrito a QSalud, en el cuestionario relativo o mediante cualquier otro medio que ponga a su disposición QSalud, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del Contrato de seguro, de acuerdo con lo establecido en el artículo 8 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

"Artículo 8°. - El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales

como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato."

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

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

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

En cualquier caso, quedarán extinguidas las obligaciones de QSalud, si se demuestra que, el Asegurado, beneficiario, Contratante o sus representantes, disimulan o declaran de forma inexacta hechos que podrían extinguir o excluir las obligaciones de QSalud o bien, no le remitan en tiempo la documentación completa relativa a los siniestros para que QSalud pueda determinar al respecto, de acuerdo con los artículos 69 y 70 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".

"Artículo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan

determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias de este."

"Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior."

QSalud comunicará en forma auténtica al Contratante, Asegurado titular y/o Asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del Contrato de seguro en términos de lo que dispone para tales efectos la Ley sobre el Contrato de seguro.

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

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

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

I. Las operaciones y/o servicios que se pactarán mediante el uso de medios de identificación y aceptación serán el otorgamiento del consentimiento para la celebración de este contrato y para quedar asegurado bajo el mismo.

II. El Contratante y/o Asegurado titular será responsable de proporcionar los medios de identificación correctamente para estar en posibilidades de ser Asegurado titular.

III. El medio por el que se hará constar la contratación de este seguro y quién es el Asegurado titular será la Carátula de la Póliza, cuyo número se proporcionará en el momento mismo de la contratación.

IV. A través de los medios de aceptación, el Contratante y/o Asegurado titular podrá manifestar su consentimiento para que QSalud le haga entrega, por cualquiera de los medios a que se refiere la cláusula de entrega de información contractual de la Póliza, las condiciones generales y demás documentación contractual que corresponda a este Contrato de seguro.

V. En caso de que el Contratante y/o Asegurado titular haya manifestado su consentimiento para recibir la Póliza, Condiciones generales y demás documentación contractual, a través de la descarga mediante algún medio electrónico que acredite la existencia o validez y efectividad de las operaciones realizadas, a través de los medios a que hace referencia el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, siendo dicho documento y/o número de referencia y/o un folio el comprobante de la operación realizada, en sustitución de la firma autógrafa, lo que producirá los mismos

efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes, teniendo el mismo valor probatorio.

VI. El uso de medios de identificación es de exclusiva responsabilidad del Contratante y/o Asegurado titular, quien reconoce y acepta como suyas todas las operaciones realizadas utilizando los mismos a través de los medios a que hace referencia el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aceptando que reconocen y aceptan el carácter personal intransferible de los usuarios y/o contraseñas que, en su caso, se le llegaren a proporcionar, así como su confidencialidad.

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

Periodo de beneficio.

Mientras el Asegurado renueve su Póliza de Seguro con QSalud para el período inmediato siguiente al del vencimiento de esta Póliza, los gastos por cada Enfermedad o Accidente cubiertos se continuarán pagando hasta certificarse la curación a través del Alta médica o hasta agotar la Suma asegurada contratada en la fecha en la que se diagnosticó la Enfermedad u ocurrió el Accidente, lo que ocurra primero. Si esta Póliza no se renueva o se cancela y existen gastos erogados por conceptos de Enfermedades diagnosticadas o Accidentes ocurridos en la vigencia de esta Póliza, estos se cubrirán vía Reembolso hasta certificarse la curación de la Enfermedad o Accidente que se trate

a través del Alta médica, al agotar la Suma asegurada convenida entre las partes o hasta setecientos treinta (730) días naturales contados a partir de la fecha de término de Vigencia o a partir de la fecha de cancelación de la Póliza correspondiente, lo que ocurra primero.

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

Cuando el pago de la Póliza se realice de manera fraccionada, el Contratante dispondrá de catorce (14) días naturales para efectuar el pago de cada uno de los recibos correspondientes a cada fracción de la prima.

Este periodo puede variar previo acuerdo con el Contratante.

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

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

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

Periodo al descubierto.
Es el periodo que transcurre a partir del día en que se cancela la póliza por falta de pago de primas, y la fecha de rehabilitación de la misma, en su caso. Lapso durante el cual el Asegurado no goza de los beneficios del presente contrato de seguro.

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

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

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

El comprobante de pago de la prima por parte del Contratante servirá como elemento probatorio de la celebración del contrato.

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

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

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

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

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

Prescripción.

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

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

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

“Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán: I.- En cinco años, tratándose de la cobertura

de fallecimiento en los seguros de vida. II.- En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen."

"Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor".

Revelación de Comisiones.
Durante la Vigencia de la Póliza, el Contratante y/o Asegurado titular podrá solicitar por escrito a QSalud que le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este Contrato de seguro. QSalud proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de 10 (diez) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Renovación.
Este Contrato se considerará renovado, por periodos de un año, si dentro de los últimos 30 días de Vigencia de cada periodo, el Contratante no da aviso por escrito, de su voluntad de no renovarlo.

Siempre y cuando el Asegurado no haya solicitado un cambio de plan, la renovación:

- Se realizará sin requisitos de asegurabilidad.
- Los periodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del Asegurado, y

- Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del Asegurado.

La renovación se hará en condiciones congruentes con las originalmente contratadas.

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

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

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

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

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

Rehabilitación del Contrato.
En el caso que este Contrato de seguro, se cancele por falta de pago de primas, el Contratante o Asegurado titular podrá, dentro

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

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

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

Sin perjuicio de sus efectos automáticos, la rehabilitación a que se refiere esta cláusula se hará constar por QSalud para efectos administrativos, en el recibo que emita con motivo del pago correspondiente y en cualquier otro documento que se emita con posterioridad a dicho pago.

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

Residencia.

El Contratante y/o Asegurado titular tienen la obligación de notificar a QSalud el lugar de residencia de sus dependientes

económicos cuando éstos no vivan en el mismo domicilio del Asegurado titular.

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

- **Indemnización por Enfermedades graves.** Suma asegurada máxima 84 (Ochenta y cuatro) veces el valor mensual de la UMA.

- **Indemnización por Procedimientos médicos o quirúrgicos derivados de una enfermedad.** Suma asegurada máxima 17 (Diecisiete) veces el valor mensual de la UMA.

- **Indemnización por Procedimientos médicos o quirúrgicos derivados de una enfermedad - opcional.** Suma asegurada máxima 17 (Diecisiete) veces el valor mensual de la UMA.

- **Indemnización por Enfermedades que requieren hospitalización.** Suma asegurada máxima 23 (Veintitrés) veces el valor mensual de la UMA.

- **Reembolso de Gastos médicos por Accidentes.** Suma asegurada máxima $40,000.00 (Cuarenta mil pesos 00/100 MN).

- **Indemnización diaria por Hospitalización por Accidente.** Suma asegurada máxima $1,500 (Mil quinientos pesos 00/100 MN).

- **Indemnización por Muerte Accidental.** Suma asegurada máxima $200,000 (Doscientos mil pesos 00/1000 MN).

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

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

Terminación o Cancelación del contrato.
La Solicitud de terminación del Contrato de seguro se realizará únicamente por parte del Asegurado, la petición se efectuará principalmente a través de su Agente de seguros o Intermediario con quien contrató este seguro.
En caso de haberse contratado directamente con QSalud, podrá acudir o bien comunicarse a la oficina de servicio en donde efectuó la contratación, cuyo domicilio y número de teléfono se indican en la Carátula de Póliza. Si la contratación del seguro se efectuó vía telefónica y la solicitud de terminación anticipada se desea realizar por el mismo medio, se deberá cumplir con lo establecido a continuación:

En todos los casos, previo a efectuar la terminación del Contrato de seguro, será verificada y/o certificada por parte de QSalud la

autenticidad y veracidad de la identidad de la persona que está efectuando la solicitud de terminación respectiva y posterior a ello, será proporcionado el acuse de recibo.

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

Tarifa corto plazo

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

En todos los casos, la devolución hecha por QSalud comprenderá la prima neta no devengada de las coberturas no afectadas por siniestros ocurridos menos el gasto de administración respectivo, lo cual será devuelto dentro de los 30 días hábiles a la realización de la solicitud de cancelación.

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

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

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.

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

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

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

Quálitas Salud, S.A. de C.V. (en adelante "QSalud"), en cumplimiento a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDP), su Reglamento y los LINEAMIENTOS del Aviso de privacidad, hace de su conocimiento que el presente Aviso de Privacidad aplica a los Datos Personales proporcionados por Usted mediante solicitudes de seguro,

cuestionarios, formatos, contacto telefónico, directamente o a través de terceros autorizados por QSalud, por vía impresa, electrónica, óptica sonora, o cualquier otro medio o tecnología, en virtud de la relación jurídica que tengamos celebrada o que en su caso celebremos. Para efectos del presente Aviso:

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

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

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

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

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

1. **IDENTIDAD Y DOMICILIO DEL RESPONSABLE:** QUÁLITAS SALUD, S.A. DE C.V., con domicilio en Avenida San Jerónimo número 478,

Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01900, Ciudad de México.

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

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

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

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

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

1.1. 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 guardarán 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.

1.2. 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, o para 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.

2. 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 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@qualitassalud.com.mx**.

IX. Definiciones.

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

Accidente.

Se entiende por accidente todo acontecimiento ocurrido durante la vigencia del seguro, proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, ajena a la voluntad y al organismo del Asegurado, que produzca de manera directa e inmediata una lesión corporal objetivamente comprobable, que requiera atención médica inmediata o que cause la muerte del Asegurado.

Se consideran como un solo accidente todas las lesiones corporales que se produzcan como consecuencia directa e inmediata del mismo evento accidental, así como aquellas que deriven de su atención o tratamiento médico o quirúrgico, incluidas recurrencias, recaídas, complicaciones y secuelas, siempre que exista nexo causal directo con el evento original.

Para efectos de este seguro no se consideran accidentes las enfermedades o diagnósticos de origen crónico, degenerativo o progresivo, ni las lesiones cuya causa no sea directa, inmediata y exclusivamente atribuible al evento accidental.

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

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

Asegurada(o) dependiente.
Persona incluida en la Póliza, ya sean cónyuge, concubino(a), hijo(a), padre, madre que cumplan con los requisitos de asegurabilidad señalados en este contrato, que ha sido autorizada por QSalud y que cuenta con derecho a los beneficios del presente Contrato de seguro.

Asegurada(o) titular.
Persona física que cumple con los requisitos de asegurabilidad del presente contrato, residente en territorio nacional, que puede ser también Contratante y que tiene la obligación de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, además de firmar como responsable en la Solicitud de seguro y que en adición al Contratante puede solicitar modificaciones y/o ajustes a la póliza.

Complicaciones del embarazo.
Son aquellos gastos erogados a consecuencia de alguna Enfermedad o descompensación en el estado de salud de la madre asegurada como consecuencia del embarazo.

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

Contratante.
Persona física o moral que ha solicitado la celebración del Contrato de seguro para sí o para terceras personas y a quien corresponde la obligación del pago de la prima y de informar a QSalud junto con el Asegurado titular, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo.

Contrato de seguro o póliza.
Este Contrato de seguro está conformado por:

- Solicitud del seguro firmada por el Contratante y/o Asegurado titular.

- Carátula de la Póliza en la que se identifica al Contratante, Asegurado titular y Dependientes; se detallan las coberturas contratadas, la prima a pagar, la Vigencia de la Póliza y los límites correspondientes

- Condiciones generales.

- Endosos.

- Folleto derechos básicos del Asegurado.

- Cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta Póliza, incluyendo cuestionarios médicos y formatos de QSalud que, éste o un tercero en su nombre, haya requisitado a solicitud de QSalud, incluyendo también historia clínica, estudios y/o exámenes médicos practicados al Asegurado.

- Cualquier otro documento utilizado para la contratación del seguro.

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

Deducible.
Cantidad inicial fija establecida en la Carátula de la Póliza con la cual participa el Asegurado en los gastos ocasionados por cada evento procedente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Medicamento.
Producto farmacéutico empleado para el Tratamiento de un Accidente o Enfermedad cubierto, el cual se encuentra registrado y aprobado por la Comisión federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal de México.

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

- Debe de estar relacionado y autorizado para el tratamiento de una enfermedad cubierta.

- Presentar factura del proveedor nacional autorizado que surte el Medicamento.

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

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

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

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

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

Prescripción médica.
La prescripción que haga el Médico deberá cumplir con lo establecido en la legislación vigente y aplicable. Es requisito indispensable que el (los) médico(s) tratante(s) haya(n) participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado en la atención del Accidente o Enfermedad cubierta y comprobable mediante las notas médicas y avaladas

con la firma respectiva en el expediente clínico, integrado de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana respectiva.

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

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

- Que hayan sido declaradas o diagnosticadas antes de la celebración del Contrato del seguro, y/o;

- Que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de celebración del contrato de seguro, a través del diagnóstico de un médico legalmente autorizado, y/o;

- Mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
- Por el que previamente a la fecha de celebración del contrato de seguro, el Asegurado haya realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico de la enfermedad de que se trate.

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

Pago por reembolso.
Restitución que hace QSalud al Asegurado, de los gastos procedentes erogados previamente por este a consecuencia de un accidente cubierto, de acuerdo con lo estipulado en el Contrato de seguro.

Periodo de espera.

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

Prestadores de servicio en convenio.
Son todas aquellas personas físicas o morales que, bajo convenio expreso con QSalud, ofrecen servicios médicos descritos más no limitados a: Hospitales, clínicas o sanatorios, médicos, laboratorios, gabinetes, farmacias y proveedores de equipo médico independientes.
La Compañía se reserva el derecho de modificar a los prestadores que integran los Prestadores de servicio en convenio, sin embargo, dichas modificaciones se realizan de forma inmediata en la página de internet **www.qualitassalud.com.mx** donde podrá conocer estas actualizaciones en el apartado "Servicios en Línea – Red de Prestadores de servicio en convenio". QSalud informará a sus Asegurados por escrito, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes en que sucedan, los cambios de los Prestadores de servicio en convenio, al correo electrónico señalado por el Contratante en la Solicitud.

QSalud.
Quálitas Salud S.A. de C.V.

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

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

Este documento forma parte del Contrato de seguro.

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

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

UMA.
La Unidad de Medida y Actualización 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, así como en las disposiciones jurídicas que emanen todas las anteriores y que es dada a conocer por el Instituto Nacional de Estadística.

Urgencia o Emergencia médica.
Alteración imprevista, súbita y fortuita en la salud del Asegurado que ponen en peligro su vida, su integridad corporal o la viabilidad de alguno de sus órganos y, por lo tanto, propician que el Asegurado requiera de atención médica inmediata.

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

Vigencia.
Periodo de validez del contrato de seguro previsto en la carátula de póliza, el cual no podrá ser mayor a un año.

X. Preceptos Legales

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

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

Artículo 202
Las Instituciones de Seguros sólo podrán ofrecer al público los servicios relacionados con las operaciones que esta Ley les autoriza, mediante productos de seguros que cumplan con lo señalado en los artículos 200 y 201 de esta Ley.
En el caso de los productos de seguros que se ofrezcan al público en general y que se formalicen mediante contratos de adhesión, entendidos como tales aquellos elaborados unilateralmente en formatos por una Institución de Seguros y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de un seguro, así como los modelos de cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, además de cumplir con lo señalado en el primer párrafo de este artículo, deberán registrarse de manera previa ante la Comisión en los términos del artículo 203 de este ordenamiento.

Lo señalado en este párrafo será también aplicable a los productos de seguros que, sin formalizarse mediante contratos de adhesión, se refieran a los seguros de grupo o seguros colectivos de las operaciones señaladas en las fracciones I y II del artículo 25 de esta Ley, y a los seguros de caución previstos en el inciso g), fracción III, del propio artículo 25 del presente ordenamiento.

Las Instituciones de Seguros deberán consignar en la documentación contractual de los productos de seguros a que se refiere el párrafo anterior, que el producto que ofrece al público se encuentra bajo registro ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones de carácter general. El contrato o cláusula incorporada al mismo, celebrado por una Institución de Seguros sin el registro a que se refiere el presente artículo, es anulable, pero la acción sólo podrá ser ejercida por el contratante, asegurado o beneficiario o por sus causahabientes contra la Institución de Seguros y nunca por esta contra aquéllos.

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

I. Las operaciones y servicios cuya prestación se pacte;
II. Los medios de identificación del usuario, así como las responsabilidades correspondientes a su uso, tanto para las Instituciones como para los usuarios;

III. Los medios por los que se hagan constar la creación, transmisión, modificaciones o extinción de derechos y obligaciones inherentes a las operaciones y servicios de que se trate, incluyendo los métodos de autenticación tales como contraseñas o claves de acceso, y

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

El uso de los medios de identificación que se establezcan conforme a lo previsto por este artículo, en sustitución de la firma autógrafa,

producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

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

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

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.
Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

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

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

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

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

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las

fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.
Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

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

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

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

a) Los intereses moratorios;

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

c) La obligación principal

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

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

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

Artículo 277
En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez ordene al intermediario del mercado de valores o a la institución depositaria de los valores de la Institución de Seguros que, sin responsabilidad para la institución depositaria y sin requerir el consentimiento de la Institución de Seguros, efectúe el remate de valores propiedad de la Institución de Seguros, o, tratándose de instituciones para el depósito de valores a que se refiere la Ley del Mercado de Valores, transfiera los valores a un intermediario del mercado de valores para que éste efectúe dicho remate.

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

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

Los intermediarios del mercado de valores y las instituciones depositarias de los valores con los que las Instituciones de Seguros tengan celebrados contratos para la administración, intermediación, depósito o custodia de títulos o valores que formen parte de su activo, quedarán sujetos, en cuanto a lo señalado en

el presente artículo, a lo dispuesto en esta Ley y a las demás disposiciones aplicables.

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

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

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

II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:

a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y

b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada

aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

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

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

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

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

La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de

fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

Ley que puede ser consultada con el siguiente enlace:

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

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

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

Artículo 19

Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción I del artículo 21.

Artículo 21
El contrato de seguro:

I) Se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviere conocimiento de la aceptación de la oferta. En los seguros mutuos será necesario, además, cumplir con los requisitos que la ley o los estatutos de la empresa establezcan para la admisión de nuevos socios;

II) No puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la Póliza o de cualquier otro documento en que conste la aceptación, ni tampoco a la condición del pago de la prima;

III) Puede celebrarse sujeto a plazo, a cuyo vencimiento se iniciará su eficacia para las partes, pero tratándose de seguro de vida el plazo que se fije no podrá exceder de treinta días a partir del examen médico, si éste fuere necesario, y si no lo fuere, a partir de la oferta.

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

Artículo 40

Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

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

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

Artículo 48
La empresa Aseguradora comunicará en forma auténtica al Asegurado o a sus beneficiarios, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que la propia empresa conozca la omisión o inexacta declaración.

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

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

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

II. Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

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

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

Artículo 69
La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 70
Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual

propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

Artículo 72
En todos los casos en que la dirección de las oficinas de las instituciones de seguros llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, deberán comunicar al asegurado la nueva dirección en la República para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la empresa aseguradora y para cualquiera otro efecto legal.
Los requerimientos y comunicaciones que la empresa aseguradora deba hacer al asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el asegurador.

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

I. En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II. En dos años, en los demás casos.

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

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

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

En el seguro sobre las personas, la empresa aseguradora no podrá subrogarse en los derechos del asegurado o del beneficiario contra los terceros en razón del siniestro, salvo cuando se trate de contratos de seguro que cubran gastos médicos o la salud.
El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el asegurado o el beneficiario, tengan relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que les haya causado el daño, o bien si son civilmente responsables de la misma.

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

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

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

II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo

que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y

IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

Artículo 176
El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, la comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.

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

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

Artículo 50 Bis
Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

- El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;

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

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

- Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del Usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y

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

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

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

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

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 60
La Comisión Nacional está facultada para actuar como conciliador entre las Instituciones Financieras y los Usuarios, con el objeto de proteger los intereses de estos últimos.

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

Artículo 68
La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

I BIS. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

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

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

IV. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la ce-lebración 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 correspon-diente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la recla-mación, 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 corres-ponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda

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

Artículo 70
En caso de que la Institución Financiera incumpla con cualesquiera de las obligaciones derivadas del convenio de conciliación, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente que derive de la reclamación, o en su caso, como reserva en términos de lo establecido en el artículo 68 fracción X.

Artículo 71
Las Delegaciones Regionales, Estatales o Locales de la Comisión Nacional en las que se presente una reclamación, estarán facultadas para substanciar el procedimiento conciliatorio y, en su caso, arbitral acogido por las partes, hasta la formulación del proyecto de laudo.

Artículo 72
Las Instituciones Financieras podrán cancelar el pasivo o reserva, cuando haya sido decretada la caducidad de la instancia, la preclusión haya sido procedente, la excepción superveniente de prescripción proceda o exista sentencia que haya causado ejecutoria en la que se absuelva a la Institución. También podrá cancelarla cuando haya efectuado pago con la conformidad del Usuario.

Artículo 72 BIS
En los juicios arbitrales en amigable composición o de estricto derecho, las partes de común acuerdo, podrán adherirse a las reglas de procedimiento establecidas por la Comisión Nacional, total o parcialmente, las cuales serán publicadas en el Diario Oficial de la Federación.

CÓDIGO PENAL FEDERAL

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

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

emocional, o la vida de personas, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para atentar contra la seguridad nacional o presionar a la autoridad o a un particular, u obligar a éste para que tome una determinación.

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

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

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

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

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

Artículo 193
Se consideran narcóticos a los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la Ley General de Salud, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia.

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

El juzgador, al individualizar la pena o la medida de seguridad a imponer por la comisión de algún delito previsto en este capítulo,

tomará en cuenta, además de lo establecido en los artículos 51 y 52, la cantidad y la especie de narcótico de que se trate, así como la menor o mayor lesión o puesta en peligro de la salud pública y las condiciones personales del autor o participe del hecho o la reincidencia en su caso.

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

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

Artículo 194
Se impondrá prisión de diez a veinticinco años y de cien hasta quinientos días multa al que:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 195
Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos cincuenta días multa, al que posea alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud, siempre y cuando esa posesión sea con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en el artículo 194, ambos de este código.

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

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

Artículo 196
Las penas que en su caso resulten aplicables por los delitos previstos en el artículo 194 serán aumentadas en una mitad, cuando:

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

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

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

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

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

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

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

VII. Se trate del propietario poseedor, arrendatario o usufructuario de un establecimiento de cualquier naturaleza y lo empleare o para realizar algunos de los

delitos previstos en este capítulo o permitiere su realización por terceros. En este caso además, se clausurará en definitiva el establecimiento.

Artículo 197
Al que, sin mediar prescripción de médico legalmente autorizado, administre a otra persona, sea por inyección, inhalación, ingestión o por cualquier otro medio, algún narcótico a que se refiere el artículo 193, se le impondrá de tres a nueve años de prisión y de sesenta a ciento ochenta días multa, cualquiera que fuera la cantidad administrada. Las penas se aumentarán hasta una mitad más si la víctima fuere menor de edad o incapaz comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente.

Al que indebidamente suministre gratis o prescriba a un tercero, mayor de edad, algún narcótico mencionado en el artículo 193, para su uso personal e inmediato, se le impondrá de dos a seis años de prisión y de cuarenta a ciento veinte días multa. Si quien lo adquiere es menor de edad o incapaz, las penas se aumentarán hasta una mitad.
Las mismas penas del párrafo anterior se impondrán al que induzca o auxilie a otro para que consuma cualesquiera de los narcóticos señalados en el artículo 193.

Artículo 198
Al que dedicándose como actividad principal a las labores propias del campo, siembre, cultivo o coseche plantas de marihuana, amapola, hongos alucinógenos, peyote o cualquier otro vegetal que produzca efectos similares, por cuenta propia, o con financiamiento de terceros, cuando en él concurran escasa instrucción y extrema necesidad económica, se le impondrá prisión de uno a seis años.

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

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

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

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

Artículo 199
El Ministerio Público o la autoridad judicial del conocimiento, tan pronto conozca que una persona relacionada con algún procedimiento por los delitos previstos en los artículos 195 o 195 bis, es farmacodependiente, deberá informar de inmediato y, en su caso, dar intervención a las autoridades sanitarias competentes, para los efectos del tratamiento que corresponda.

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

Para el otorgamiento de la condena condicional o del beneficio de la libertad preparatoria, cuando procedan, no se considerará como antecedente de mala conducta el relativo a la farmacodependencia, pero sí se exigirá en todo caso que el

sentenciado se someta al tratamiento médico correspondiente para su rehabilitación, bajo vigilancia de la autoridad ejecutora.

Artículo 400
Se aplicará prisión de tres meses a tres años y de quince a sesenta días multa, al que:

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

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

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

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

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

V. No procure, por los medios lícitos que tenga a su alcance y sin riesgo para su persona, impedir la consumación de los delitos que sabe van a cometerse o se están cometiendo, salvo que tenga obligación de

afrontar el riesgo, en cuyo caso se estará a lo previsto en este artículo o en otras normas aplicables;

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

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

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

a) Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines

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

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

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

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

Artículo 400 Bis

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

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

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

Para efectos de este Capítulo, se entenderá que son producto de una actividad ilícita, los recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando existan indicios fundados o certeza de que provienen directa o indirectamente, o representan las ganancias derivadas de la comisión de algún delito y no pueda acreditarse su legítima procedencia.

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

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

Artículo 8
La moneda extranjera no tendrá curso legal en la República, salvo en los casos en que la Ley expresamente determine otra cosa. Las obligaciones de pago en moneda extranjera contraídas dentro o fuera de la República para ser cumplidas en ésta, se solventarán entregando el equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio que rija en el lugar y fecha en que se haga el pago.

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

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

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

LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA

Artículo 151
Las personas físicas residentes en el país que obtengan ingresos de los señalados en este Título, para calcular su impuesto anual, podrán hacer, además de las deducciones autorizadas en cada

Capítulo de esta Ley que les correspondan, las siguientes deducciones personales:

I. Los pagos por honorarios médicos, dentales y por servicios profesionales en materia de psicología y nutrición prestados por personas con título profesional legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes, así como los gastos hospitalarios, efectuados por el contribuyente para sí, para su cónyuge o para la persona con quien viva en concubinato y para sus ascendientes o descendientes en línea recta, siempre que dichas personas no perciban durante el año de calendario ingresos en cantidad igual o superior a la que resulte de calcular el salario mínimo general del área geográfica del contribuyente elevado al año, y se efectúen mediante cheque nominativo del contribuyente, transferencias electrónicas de fondos, desde cuentas abiertas a nombre del contribuyente en instituciones que componen el sistema financiero y las entidades que para tal efecto autorice el Banco de México o mediante tarjeta de crédito, de débito, o de servicios.

   Las autoridades fiscales podrán liberar de la obligación de pagar las erogaciones a través de los medios establecidos en el párrafo anterior, cuando las mismas se efectúen en poblaciones o en zonas rurales sin servicios financieros.

   Para efectos del párrafo anterior, también serán deducibles los pagos efectuados por honorarios médicos, dentales o de enfermería, por análisis, estudios clínicos o prótesis, gastos hospitalarios, compra o alquiler de aparatos para el establecimiento o rehabilitación del paciente, derivados de las incapacidades a que se refiere el artículo 477 de la Ley Federal del Trabajo, cuando se cuente con el certificado o la constancia de incapacidad correspondiente expedida por las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud,

o los que deriven de una discapacidad en términos de lo dispuesto por la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad y se cuente con el certificado de reconocimiento y calificación de discapacidad emitido por las citadas instituciones públicas conforme a esta última Ley. Lo dispuesto en este párrafo no estará sujeto al límite establecido en el último párrafo de este artículo.

En el caso de incapacidad temporal o incapacidad permanente parcial, o bien, de discapacidad, la deducción a que se refiere el párrafo anterior sólo será procedente cuando dicha incapacidad o discapacidad, sea igual o mayor a un 50% de la capacidad normal.

Para efectos de la deducción a que se refiere el segundo párrafo de esta fracción, el comprobante fiscal digital correspondiente deberá contener la especificación de que los gastos amparados con el mismo están relacionados directamente con la atención de la incapacidad o discapacidad de que se trate. Adicionalmente, el Servicio de Administración Tributaria, mediante reglas de carácter general, podrá establecer otros requisitos que deberá contener el comprobante fiscal digital por Internet.

II. Los gastos de funerales en la parte en que no excedan del salario mínimo general del área geográfica del contribuyente elevado al año, efectuados para las personas señaladas en la fracción que antecede.

III. Los donativos no onerosos ni remunerativos, que satisfagan los requisitos previstos en esta Ley y en las reglas generales que para el efecto establezca el Servicio de Administración Tributaria y que se otorguen en los siguientes casos:

a) A la Federación, a las entidades federativas o los municipios, a sus organismos descentralizados que tributen conforme al Título III de la presente Ley, así como a los organismos internacionales de los que México sea miembro de pleno derecho, siempre que los fines para los que fueron creados, correspondan a las actividades por las que se puede obtener autorización para recibir donativos deducibles de impuestos.

b) A las entidades a las que se refiere el sexto párrafo del artículo 82 de esta Ley.

c) A las entidades a que se refieren los artículos 79, fracción XIX y 82 de esta Ley.

d) A las personas morales a las que se refieren las fracciones VI, X, XI, XX y XXV del artículo 79 de esta Ley y que cumplan con los requisitos establecidos en el artículo 82 de la misma Ley.

e) A las asociaciones y sociedades civiles que otorguen becas y cumplan con los requisitos del artículo 83 de esta Ley.

f) Se deroga.

El Servicio de Administración Tributaria publicará en el Diario Oficial de la Federación y dará a conocer en su página electrónica de Internet los datos de las instituciones a que se refieren los incisos b), c), d) y e) de esta fracción que reúnan los requisitos antes señalados.

Tratándose de donativos otorgados a instituciones de enseñanza serán deducibles siempre que sean establecimientos públicos o de propiedad de particulares que tengan autorización o reconocimiento de validez oficial de estudios en los términos de la Ley General de Educación, se destinen a la adquisición de bienes de inversión, a la investigación científica o desarrollo de tecnología, así como a gastos de administración hasta por el monto, en este último caso, que señale el Reglamento de esta Ley; se trate de donaciones no onerosas ni remunerativas, conforme a las reglas generales que al efecto determine la Secretaría de Educación Pública, y dichas instituciones no hayan distribuido remanentes a sus socios o integrantes en los últimos cinco años.

El monto total de los donativos a que se refiere esta fracción será deducible hasta por una cantidad que no exceda del 7% de los ingresos acumulables que sirvan de base para calcular el impuesto sobre la renta a cargo del contribuyente en el ejercicio inmediato anterior a aquél en el que se efectúe la deducción, antes de aplicar las deducciones a que se refiere el presente artículo. Cuando se realicen donativos a favor de la Federación, de las entidades federativas, de los municipios, o de sus organismos descentralizados, el monto deducible no podrá exceder del 4% de los ingresos acumulables a que se refiere este párrafo, sin que en ningún caso el límite de la deducción tratándose de estos donativos, y de los realizados a donatarias autorizadas distintas, exceda del 7% citado.

Cuando se otorguen donativos entre partes relacionadas, la donataria no podrá contratar con su parte relacionada que le efectúo el donativo, la prestación de servicios, la enajenación, o el otorgamiento del uso o goce temporal de bienes. En caso contrario, el donante deberá considerar el monto

de la deducción efectuada por el donativo correspondiente como un ingreso acumulable para efectos del cálculo del impuesto sobre la renta, actualizado desde la fecha en que se aplicó la deducción y hasta el momento en que se lleve a cabo su acumulación.

IV. Los intereses reales efectivamente pagados en el ejercicio por créditos hipotecarios destinados a la adquisición de su casa habitación contratados con las instituciones integrantes del sistema financiero, siempre que el monto total de los créditos otorgados por dicho inmueble no exceda de setecientas cincuenta mil unidades de inversión. Para estos efectos, se considerarán como intereses reales el monto en el que los intereses efectivamente pagados en el ejercicio excedan al ajuste anual por inflación del mismo ejercicio y se determinará aplicando en lo conducente lo dispuesto en el tercer párrafo del artículo 134 de esta Ley, por el periodo que corresponda.

Los integrantes del sistema financiero, a que se refiere el párrafo anterior, deberán expedir comprobante fiscal en el que conste el monto del interés real pagado por el contribuyente en el ejercicio de que se trate, en los términos que se establezca en las reglas que al efecto expida el Servicio de Administración Tributaria.

V. Las aportaciones complementarias de retiro realizadas directamente en la subcuenta de aportaciones complementarias de retiro, en los términos de la Ley de los Sistemas de Ahorro para el Retiro o a las cuentas de planes personales de retiro, así como las aportaciones voluntarias realizadas a la subcuenta de aportaciones voluntarias, siempre que en este último caso dichas aportaciones cumplan con los requisitos de permanencia establecidos para los planes de retiro conforme al segundo párrafo de esta fracción. El monto de la deducción a que se refiere esta fracción será de hasta el 10% de los ingresos

acumulables del contribuyente en el ejercicio, sin que dichas aportaciones excedan del equivalente a cinco salarios mínimos generales del área geográfica del contribuyente elevados al año.

Para los efectos del párrafo anterior, se consideran planes personales de retiro, aquellas cuentas o canales de inversión, que se establezcan con el único fin de recibir y administrar recursos destinados exclusivamente para ser utilizados cuando el titular llegue a la edad de 65 años o en los casos de invalidez o incapacidad del titular para realizar un trabajo personal remunerado de conformidad con las leyes de seguridad social, siempre que sean administrados en cuentas individualizadas por instituciones de seguros, instituciones de crédito, casas de bolsa, administradoras de fondos para el retiro o sociedades operadoras de fondos de inversión con autorización para operar en el país, y siempre que obtengan autorización previa del Servicio de Administración Tributaria. En el caso de que los planes personales de retiro sean contratados de manera colectiva, se deberá identificar a cada una de las personas físicas que integran dichos planes, además de cumplir con los requisitos que para tal efecto establezca el Servicio de Administración Tributaria mediante reglas de carácter general. En estos casos, cada persona física estará sujeta al monto de la deducción a que se refiere el párrafo anterior.

Cuando los recursos invertidos en las subcuentas de aportaciones complementarias de retiro, en las subcuentas de aportaciones voluntarias o en los planes personales de retiro, así como los rendimientos que ellos generen, se retiren antes de que se cumplan los requisitos establecidos en esta fracción, el retiro se considerará ingreso acumulable en los términos del Capítulo IX de este Título.

En el caso de fallecimiento del titular del plan personal de retiro, el beneficiario designado o el heredero, estarán obligados a acumular a sus demás ingresos del ejercicio, los

retiros que efectúe de la cuenta o canales de inversión, según sea el caso.

VI. Las primas por seguros de gastos médicos, complementarios o independientes de los servicios de salud proporcionados por instituciones públicas de seguridad social, siempre que el beneficiario sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes, en línea recta.

VII. Los gastos destinados a la transportación escolar de los descendientes en línea recta cuando ésta sea obligatoria en los términos de las disposiciones jurídicas del área donde la escuela se encuentre ubicada o cuando para todos los alumnos se incluya dicho gasto en la colegiatura. Para estos efectos, se deberá separar en el comprobante el monto que corresponda por concepto de transportación escolar y se efectúen mediante cheque nominativo del contribuyente, transferencias electrónicas de fondos, desde cuentas abiertas a nombre del contribuyente en instituciones que componen el sistema financiero y las entidades que para tal efecto autorice el Banco de México o mediante tarjeta de crédito, de débito, o de servicios.

Las autoridades fiscales podrán liberar de la obligación de pagar las erogaciones a través de los medios establecidos en el párrafo anterior, cuando las mismas se efectúen en poblaciones o en zonas rurales sin servicios financieros.

VIII. Los pagos efectuados por concepto del impuesto local sobre ingresos por salarios y en general por la prestación de

un servicio personal subordinado, siempre que la tasa de dicho impuesto no exceda del 5%.

Para determinar el área geográfica del contribuyente se atenderá al lugar donde se encuentre su casa habitación al 31 de diciembre del año de que se trate. Las personas que a la fecha citada tengan su domicilio fuera del territorio nacional, atenderán al área geográfica correspondiente al Distrito Federal.

Para que procedan las deducciones a que se refieren las fracciones I y II que anteceden, se deberá acreditar mediante comprobantes fiscales, que las cantidades correspondientes fueron efectivamente pagadas en el año de calendario de que se trate a instituciones o personas residentes en el país. Si el contribuyente recupera parte de dichas cantidades, únicamente deducirá la diferencia no recuperada.

Los requisitos de las deducciones establecidas en el Capítulo X de este Título no son aplicables a las deducciones personales a que se refiere este artículo.

El monto total de las deducciones que podrán efectuar los contribuyentes en los términos de este artículo, no podrá exceder de la cantidad que resulte menor entre cinco salarios mínimos generales elevados al año, o del 15% del total de los ingresos del contribuyente, incluyendo aquéllos por los que no se pague el impuesto. Lo dispuesto en este párrafo no será aplicable tratándose de las fracciones III y V de este artículo.

CÓDIGO CIVIL FEDERAL

Artículo 1803
El consentimiento puede ser expreso o tácito, para ello se estará a lo siguiente:

I.- Será expreso cuando la voluntad se manifiesta verbalmente, por escrito, por medios electrónicos, ópticos o por cualquier otra tecnología, o por signos inequívocos, y

II.- El tácito resultará de hechos o de actos que lo presupongan o que autoricen a presumirlo, excepto en los casos en que por ley o por convenio la voluntad deba manifestarse expresamente.

Artículo 1811
La propuesta y aceptación hechas por telégrafo producen efectos si los contratantes con anterioridad habían estipulado por escrito esta manera de contratar, y si los originales de los respectivos telegramas contienen las firmas de los contratantes y los signos convencionales establecidos entre ellos.

Tratándose de la propuesta y aceptación hechas a través de medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología no se requerirá de estipulación previa entre los contratantes para que produzca efectos.

XI. Significado de Abreviaturas.

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 19 de octubre de 2026 con el número PPAQ-H0718-0003-2026/CONDUSEF-007323-02.