CONDICIONES GENERALES



+ Salud

Quálitas SALUD®

CONDICIONES GENERALES

+ Salud

QS-MSSD-1126/1

ÍNDICE

I. Objeto del Seguro……3

II. Cobertura Básica……3

III. Coberturas adicionales opcionales……25

IV. Beneficios adicionales opcionales……33

V. Responsabilidad de Quálitas Salud……35

VI. Gastos a cargo del Asegurado……35

VII. Exclusione Generales……36

VIII. Cláusulas generales……44

IX. Preceptos Legales……73

X. Definiciones……102

XI. Significado de Abreviaturas……117

I. Objeto del Seguro.

A través del presente contrato de seguro que adquiere el Contratante, Quálitas Salud se compromete a otorgar al Asegurado la atención médica tendiente a prevenir su salud, así como a cubrir los gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del Asegurado, siempre y cuando, el Asegurado se encuentre vigente y la póliza este pagada.

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

El alcance de la obligación de Quálitas Salud será exclusivamente dentro de los términos y condiciones de la Póliza y hasta los límites establecidos en estas Condiciones Generales. En caso de que no se cumpla con estos términos y condiciones, Quálitas Salud no estará obligada a cubrir los servicios médicos correspondientes.

Quálitas Salud podrá otorgar el beneficio de pago directo previa valoración y autorización de su parte.

II. Cobertura Básica.

Gastos cubiertos.

Se entenderá por gastos médicos cubiertos aquellos servicios de salud preventivos, así como, los servicios de salud restaurativos que requiera el Asegurado, de acuerdo con lo estipulado en el presente contrato, siempre y cuando se otorguen dentro de la República Mexicana, ocurran dentro del periodo de vigencia de la póliza y que el Asegurado pertenezca a la colectividad asegurada y el respectivo certificado se encuentre vigente.

El tratamiento médico o quirúrgico requerido para la atención de un accidente o enfermedad será cubierto por la Póliza, siempre y cuando ocurran dentro del periodo de vigencia de ésta y que el Asegurado pertenezca a la Colectividad asegurada. El tratamiento antes citado debe ser prescrito por un médico de la especialidad correspondiente y su cobertura está sujeta a los límites establecidos en la Póliza, y en todo lo concerniente a estas condiciones generales, endosos y cláusulas que se agreguen.

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

A. Cobertura de prevención.

Aquellos servicios de salud que tienen como objeto preservar la salud del Asegurado, así como, aquellos que sirvan para detectar oportunamente Enfermedades.

Quálitas Salud por medio de esta cobertura cubrirá los siguientes servicios de salud:

- **Consultas de primer nivel de atención.**

Quedan cubiertas todas las consultas médicas que solicite el Asegurado para las especialidades de medicina general y pediatría. Estas consultas podrán ser realizadas por medio de videoconsulta o de manera presencial, conforme lo determine Quálitas Salud, mismas que aplicarán sin costo para el Asegurado. Estas consultas únicamente se otorgarán con Proveedores de servicio en convenio con Quálitas Salud.

No se cubrirán Consultas cuando no estén especificadas en estas Condiciones Generales o aquellas que no sean autorizadas por Quálitas Salud o que no sean otorgadas por algunas de las opciones de médicos en convenio con Quálitas Salud, excepto los casos de urgencia médica o a falta de proveedor disponible, los cuales serán mediante reembolso, de acuerdo con la cláusula Pago de reclamaciones.

- **Consultas de segundo nivel de atención.**

Quedan cubiertas todas las consultas médicas necesarias con médicos especialistas y/o subespecialistas relacionadas con preservar la salud del Asegurado, siempre y cuando, el médico de primer nivel de atención determine necesaria la intervención de un médico especialista o subespecialista y sea aprobada por Quálitas Salud. En este caso, el Asegurado deberá hacerse cargo del copago correspondiente por cada consulta, dicho monto estará especificado en la carátula de póliza y/o certificado del Asegurado. Estas consultas únicamente se otorgarán con Proveedores de servicio en convenio con Quálitas Salud.

No se cubrirán Consultas cuando no estén especificadas en estas Condiciones Generales o aquellas que no sean autorizadas por Quálitas Salud o que no sean otorgadas por algunas de las opciones de médicos en convenio con Quálitas Salud, excepto los casos de urgencia médica o a falta de proveedor disponible, los cuales serán mediante reembolso, de acuerdo con la cláusula de Pago de reclamaciones.

- **Consulta con psicólogo o nutriólogo.**

Quedan cubiertas todas las consultas presenciales con estos profesionales de la salud que solicite el Asegurado. El Asegurado deberá hacerse cargo del copago correspondiente por cada consulta, dicho monto estará especificado en la carátula de póliza y/o certificado del Asegurado. Estas consultas únicamente se otorgarán con Proveedores de servicio en convenio con Quálitas Salud.

No se cubrirán Consultas cuando no estén especificadas en estas Condiciones Generales o que no sean otorgadas por algunas de las opciones de Proveedores de servicio en convenio con Quálitas Salud, excepto a falta de proveedor disponible, los cuales serán mediante reembolso, de acuerdo con la cláusula de Pago de reclamaciones.

- **Mantenimiento de la Salud.**
  Quedan cubiertos los siguientes servicios médicos, de acuerdo con la edad, sexo y periodicidad que se especifica a continuación:

Sexo	Edad	Servicio	Periodicidad
Hombres y mujeres	20 años en adelante	Glucosa sérica	Anual
		Colesterol total	
		Colesterol HDL	
		Triglicéridos	
Hombres	40 años en adelante	Antígeno prostático específico	Anual
Mujeres	20 años en adelante	Citología cervical de base líquida	Anual
Mujeres	40 años en adelante	Mastografía	Anual

Los servicios médicos especificados anteriormente serán cubiertos por Quálitas Salud, siempre y cuando, la póliza se encuentre vigente y el Asegurado haga uso de los servicios médicos durante los primeros 60 días siguientes a la fecha de pago de la póliza. **En caso de estar fuera de los 60 días siguientes a la fecha de pago o que la póliza no se encuentre pagada el día de la realización de los servicios, estos no serán cubiertos por Quálitas Salud.**

Estos servicios médicos únicamente serán otorgados con Proveedores de servicio en convenio con Quálitas Salud.

No se cubrirán los servicios médicos cuando no estén especificados en estas Condiciones Generales o aquellos que no sean autorizados por Quálitas Salud o que no sean otorgadas por algunas de las opciones de Proveedores de servicio en convenio con Quálitas Salud, excepto a falta de

proveedor disponible, los cuales serán mediante reembolso, de acuerdo con la cláusula de Pago de reclamaciones.

- **Servicios médicos de confirmación diagnóstica.**
  Se cubren únicamente los siguientes servicios médicos sin costo para el Asegurado, siempre y cuando, se encuentren especificados a continuación, de acuerdo con la edad, sexo, periodicidad y criterios establecidos.

  Para poder tener acceso a estos servicios médicos, es indispensable haberse realizado los servicios especificados en Mantenimiento de la Salud y deberán ser indicados y autorizados por el médico de primer nivel de atención de Quálitas Salud y la póliza debe estar vigente y pagada.

Sexo	Edad	Servicio	Periodicidad	Criterio
Hombres y mujeres	20 años en adelante	Hemoglobina glucosilada A1C en sangre	Anual	Resultado de glucosa sérica en ayuno igual o mayor a 126 mg/dL
Mujeres	20 años en adelante	Colposcopía y toma de biopsia*	Anual	Resultado de citología cervical con clasificación: ASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL o ACG
Hombres	40 años en adelante	Antígeno prostático específico de repetición y tacto rectal por urología	Anual	Resultado del antígeno prostático específico inicial se encuentre entre 3 y 3.9 ng/mL

Hombres	40 años en adelante	Biopsia de próstata guiada por ultrasonido	Anual	Resultado del antígeno prostático específico de repetición es mayor o igual a 4 ng/mL, recomendable realizarse el tacto rectal
Mujeres	40 años en adelante	Ultrasonido de mama	Anual	Resultado de mastografía es BI-RADS 0, BI-RADS 4 y BI-RADS 5
Mujeres	40 años en adelante	Biopsia de mama guiada por ultrasonido	Anual	Resultado de Ultrasonido de mama inconcluso o anormal

Posterior a la realización de estos servicios médicos de confirmación diagnóstica, es necesario que el Asegurado solicite consulta con el médico especialista que designe Quálitas Salud.

No se cubrirán los servicios médicos cuando no estén especificados en estas Condiciones Generales o aquellos que no sean autorizados por Quálitas Salud o que no sean otorgadas por algunas de las opciones de Proveedores de servicio médicos en convenio con Quálitas Salud, excepto a falta de proveedor disponible, los cuales serán mediante reembolso, de acuerdo con la cláusula Pago de reclamaciones.

- **Programas de Cuidado.**
  Quedan cubiertos los siguientes servicios médicos relacionados con el bienestar de los Asegurados con los siguientes diagnósticos:

  1. **Hipertensión arterial sistémica.** Si la enfermedad es diagnosticada por primera vez por el equipo de Quálitas Salud, se le cubrirán los siguientes servicios médicos, de acuerdo con la periodicidad y límites establecidos:

Servicio	Periodicidad	Límite
Consulta con medicina interna	Anual	1 consulta
Consulta de nutrición	Anual	1 consulta
Creatinina sérica	Anual	1 servicio
Niveles de sodio y potasio en sangre	Anual	1 servicio
Electrocardiograma en reposo	Anual	1 servicio

Cada uno de los servicios médicos mencionados anteriormente serán cubiertos siempre y cuando, sean autorizados y aprobados por Quálitas Salud y serán sin costo para el Asegurado.

Para que el Asegurado pueda mantenerse en este programa en la siguiente vigencia de la póliza, será necesario que cumpla con los siguientes requisitos durante la vigencia de la póliza:

- Deberá asistir al menos a 2 consultas de medicina general para seguimiento de la enfermedad.
- Deberá asistir al menos a 1 consulta con medicina interna.
- Deberá asistir al menos a 1 consulta con nutrición.

- Deberán realizarse los servicios de creatinina sérica, niveles de sodio y potasio en sangre y el electrocardiograma en reposo una vez al año.

Todos los servicios deberán realizarse con los proveedores de servicio en convenio con Quálitas Salud.

No se consideran los servicios realizados fuera de estos Proveedores o los realizados sin autorización de Quálitas Salud. En caso de no cumplir con los requisitos mencionados anteriormente, la continuidad del programa quedará a consideración y aprobación por parte de Quálitas Salud.

2. **Diabetes Mellitus tipo 2.** Si la enfermedad es diagnosticada por primera vez por el equipo de Quálitas Salud, se le cubrirán los siguientes servicios médicos, de acuerdo con la periodicidad y límites establecidos:

Servicio	Periodicidad	Límite
Consulta con medicina interna	Anual	1 consulta
Consulta con oftalmología	Anual	1 consulta
Consulta de nutrición	Anual	1 consulta
Creatinina sérica	Anual	1 servicio
Niveles de sodio y potasio en sangre	Anual	1 servicio
Electrocardiograma en reposo	Anual	1 servicio
Hemoglobina glucosilada	Trimestral	3 servicios

Cada uno de los servicios médicos mencionados anteriormente serán cubiertos siempre y cuando, sean

autorizados y aprobados por Quálitas Salud y serán sin costo para el Asegurado.

Para que el Asegurado pueda mantenerse en este programa en la siguiente vigencia de la póliza, será necesario que cumpla con los siguientes requisitos durante la vigencia de la póliza:

- Deberá asistir al menos a 2 consultas de medicina general para seguimiento de la enfermedad.
- Deberá asistir al menos a 1 consulta con medicina interna.
- Deberá asistir al menos a 1 consulta con nutrición.
- Deberán realizarse los servicios de creatinina sérica, niveles de sodio y potasio en sangre y el electrocardiograma en reposo una vez al año.
- Deberá realizarse al menos 1 vez al año la hemoglobina glucosilada.

Todos los servicios deberán realizarse con los Proveedores de servicio en convenio con Quálitas Salud.

- **No se consideran los servicios realizados fuera de estos Proveedores o los realizados sin autorización de Quálitas Salud. En caso de no cumplir con los requisitos mencionados anteriormente, la continuidad del programa quedará a consideración y aprobación por parte de Quálitas Salud.**

3. **Dislipidemia.** Si la enfermedad es diagnosticada por primera vez por el equipo de Quálitas Salud, se le cubrirán los siguientes servicios médicos, de acuerdo con la periodicidad y límites establecidos:

Servicio	Periodicidad	Límite
Consulta de nutrición	Anual	1 consulta

Perfil lipídico	Anual	1 servicio

Cada uno de los servicios médicos mencionados anteriormente serán cubiertos siempre y cuando, sean autorizados y aprobados por Quálitas Salud y serán sin costo para el Asegurado.

Para que el Asegurado pueda mantenerse en este programa en la siguiente vigencia de la póliza, será necesario que cumpla con los siguientes requisitos durante la vigencia de la póliza:

- Deberá asistir al menos a 2 consultas de medicina general para seguimiento de la enfermedad.
- Deberá asistir al menos a 1 consulta con nutrición.
- Deberá realizarse el perfil lipídico una vez al año.

Todos los servicios deberán realizarse con los Proveedores de servicio en convenio con Quálitas Salud.

No se consideran los servicios realizados fuera de estos proveedores o los realizados sin autorización de Quálitas Salud. En caso de no cumplir con los requisitos mencionados anteriormente, la continuidad del programa quedará a consideración y aprobación por parte de Quálitas Salud.

4. **Obesidad.** Si la enfermedad es diagnosticada por primera vez por el equipo de Quálitas Salud, se le cubrirán los siguientes servicios médicos, de acuerdo con la periodicidad:

Servicio	Periodicidad	Límite
Consulta de nutrición	Anual	4 consultas

Consulta de psicología	Anual	2 consultas

Cada uno de los servicios médicos mencionados anteriormente serán cubiertos siempre y cuando, sean autorizados y aprobados por Quálitas Salud y serán sin costo para el Asegurado.

Para que el Asegurado pueda mantenerse en este programa en la siguiente vigencia de la póliza, será necesario que cumpla con los siguientes requisitos durante la vigencia de la póliza:

- Deberá asistir al menos a 3 consultas de nutrición.
- Deberá asistir al menos a 1 consulta con psicología.

Todos los servicios deberán realizarse con los Proveedores de servicio en convenio con Quálitas Salud.

No se consideran los servicios realizados fuera de estos proveedores o los realizados sin autorización de Quálitas Salud. En caso de no cumplir con los requisitos mencionados anteriormente, la continuidad del programa quedará a consideración y aprobación por parte de Quálitas Salud.

B. Cobertura de atención médica en caso de Accidente o Enfermedad.

Quálitas Salud se hará cargo de resarcir al Asegurado los gastos erogados por los servicios de salud derivados de la atención médica que requiera a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta, siempre y cuando, sean médicamente necesarios y cuyo objetivo es la recuperación de su estado de salud y/o evitar complicaciones posteriores. Lo anterior

conforme a los límites establecidos en estas Condiciones Generales y la atención médica se haya realizado dentro de la República Mexicana. Es necesario que en el caso de una Enfermedad exista un diagnóstico médico definitivo. Sólo se cubren los gastos erogados durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando, el Asegurado se encuentre vigente y la póliza esté pagada al momento de la realización del gasto.

Los servicios médicos cubiertos por esta póliza se especifican a continuación:

- **Honorarios médicos.**

  Se cubren los Honorarios por la realización de procedimientos médicos y/o quirúrgicos que requiera el Asegurado derivados de la atención médica ya sean de Diagnóstico o seguimiento.

  Los honorarios médicos por procedimientos quirúrgicos serán cubiertos de acuerdo con el tabulador definido por Quálitas Salud para el médico tratante, para el resto de los integrantes del equipo médico en caso de procedimientos quirúrgicos, se cubrirán de la siguiente manera:

Integrante del equipo	Honorario médico
Cirujano	100% del tabulador de Quálitas Salud
Anestesiólogo	30% del honorario del cirujano
Primer ayudante	20% del honorario del cirujano

En el caso del segundo ayudante, sólo se cubrirá previa aprobación y autorización de Quálitas Salud y el monto será el 10% del honorario del cirujano.

Las consultas médicas postoperatorias de los siguientes 15 días naturales al procedimiento quirúrgico vienen incluidas en el tabulador especificado anteriormente.

Sólo se cubrirá una consulta por día, sin importar el tipo de consulta, ya sea hospitalización, terapia intermedia o terapia intensiva.

Quálitas Salud no cubrirá los honorarios médicos señalados anteriormente cuando se realicen dos o más procedimientos quirúrgicos dentro de una Cirugía Médica por el mismo médico tratante. En ese caso, se cubrirán únicamente los honorarios correspondientes al procedimiento quirúrgico que tenga el monto de honorarios más altos, de acuerdo con el tabulador de Quálitas Salud.

En caso de que el Asegurado requiera dos o más cirugías en un mismo procedimiento quirúrgico, los honorarios médicos se cubrirán de la siguiente manera:

- Si las cirugías son practicadas en la misma incisión quirúrgica por un solo cirujano, se pagará el 100% de la cirugía con mayor costo y el 50% de la segunda y subsecuentes cirugías.
- Si las cirugías son practicadas en la misma incisión quirúrgica por dos cirujanos de diferente especialidad, se pagará el 100% de ambas cirugías.

- Si las cirugías son practicadas en regiones distintas del cuerpo, se pagará el 100% de ambas cirugías.
- En caso de Politraumatismo, se pagará el 100% de todas las cirugías requeridas.

Los honorarios por procedimientos médicos que no requieran cirugía, independiente de donde se realicen, serán cubiertos de acuerdo con el tabulador definido por Quálitas Salud. **Para estos procedimientos, no aplican las especificaciones mencionadas en el apartado anterior de honorarios médicos por procedimientos quirúrgicos.**

- **Servicios Médicos otorgados en Hospital, clínica o sanatorio.**

  Se cubren los siguientes Servicios Médicos otorgados en caso de hospitalización, siempre y cuando, sea prescrita por un Médico Especialista. Únicamente se cubrirán los siguientes conceptos:

  i. Habitación privada estándar o equivalente.
  ii. Medicamentos administrados al Asegurado en el hospital, clínica o sanatorio, siempre y cuando sean prescritos por los Médicos tratantes, sean medicamente necesarios y estén relacionados con el Accidente o Enfermedad cubierta.
  iii. Alimentos del Asegurado durante la hospitalización.
  iv. Estudios de Laboratorio o Gabinete relacionados con el Accidente o Enfermedad cubierta.
  v. Servicios de enfermería.
  vi. Transfusión de sangre, aplicación de plasma, plaquetas o cualquier derivado sanguíneo. **No se cubrirán los estudios de compatibilidad realizados a posibles donadores de sangre**.

vii. El uso de quirófano, sala de curación, sala de recuperación, sala de urgencia, sala de terapia intensiva o intermedia.

- **Medicamentos fuera del hospital.**

  Se cubren los medicamentos que el Asegurado requiera fuera de una hospitalización, siempre y cuando, sean prescritos por un Médico Especialista, sean médicamente necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto y estén relacionados con el diagnóstico.

- **Servicio de enfermería en casa.**

  Se cubren los servicios de enfermeras(os) legalmente autorizados para ejercer su profesión, siempre y cuando sea médicamente necesario y sea para los siguientes servicios: administración de medicamentos que requieran manejo, preparación y/o administración especializada, manejo de accesos vasculares, sondas y/o drenajes, nutrición parenteral, estomas, heridas y aspiración de secreciones.

  El periodo máximo de cobertura será de 30 días o 720 horas por cada Enfermedad o Accidente cubierto durante toda la atención médica que requiera, con sesiones mínimas de 8 horas, lo que ocurra primero.

  El monto cubierto por día será de acuerdo con el tabulador definido por Quálitas Salud.

- **Terapias de rehabilitación.**

  Quedan cubiertas únicamente las siguientes terapias de rehabilitación, siempre y cuando sean prescritas por un médico en convenio con Quálitas Salud, con los límites que se especifican para cada una:

  i. Terapia física, máximo 30 sesiones para musculoesquelético por cada enfermedad o accidente cubierto durante toda la atención médica que requiera.
  ii. Neurorrehabilitación, máximo 30 sesiones con 180 meses para cada enfermedad o accidente cubierto durante toda la atención médica que requiera. En el caso de neurodesarrollo, el máximo será de 365 al año.
  iii. Cardiaca, máximo 40 sesiones por cada enfermedad o accidente cubierto durante toda la atención médica que requiera.
  iv. Inhaloterapia;

  No se cubren terapias de neurodesarrollo.

  Únicamente se pagará una sesión por día conforme el tabulador de Quálitas Salud, independientemente del tipo de terapia y número de especialistas que la proporcionen. Para rehabilitación física se cubrirán bloques de 10 sesiones, por cada bloque se solicitará informe médico con la actualización del estado clínico del Asegurado.

  En caso de que el Asegurado deje de asistir a las terapias antes del alta médica, estas ya no serán cubiertas por Quálitas Salud.

Por las características específicas de las Terapias de Rehabilitación de que se trate, Quálitas Salud podrá solicitar la documentación que considere necesaria para comprobar que dichas Terapias sean Médicamente Necesarias.

Para el pago de las Terapias, el Asegurado deberá presentar a Quálitas Salud bitácora, en donde se indique el número de sesiones reclamadas, teniendo como límite el monto máximo especificado en el Tabulador definido por Quálitas Salud, dicho monto ya incluye los honorarios médicos de los terapeutas.

- **Estudios de laboratorio, gabinete y servicios de diagnóstico.**

  Se cubren los servicios médicos asociados al diagnóstico de una Enfermedad o Accidente cubierto, para ello es necesario que estos servicios médicos sean prescritos por un médico especialista.

  Si el diagnóstico corresponde a un Accidente o una Enfermedad no cubierta, estos servicios médicos no serán cubiertos por Quálitas Salud. Para el caso de que estos servicios médicos confirmen una Enfermedad con periodo de espera y este no se haya cumplido, Quálitas Salud sólo cubrirá el estudio que confirme el diagnóstico, el resto de los servicios médicos no serán cubiertos.

- **Ambulancia.**

  En caso de Urgencia Médica, Quálitas Salud cubrirá los gastos derivados del traslado en ambulancia, ya sea terrestre o aérea, aplicando una participación del 20% por

parte del Asegurado. Posterior a esta participación comienza la obligación de la Compañía, debiendo cubrir deducible y coaseguro señalado en el certificado individual.

En el caso de ambulancia aérea, para ser cubierto deberá ser aprobado por Quálitas Salud.

- **Prótesis, equipo mecánico o dispositivos médicos.**
  Se cubre la renta y/o colocación de Prótesis, equipos mecánicos y/o dispositivos médicos que se requiera, siempre y cuando, cumpla con todos los siguientes puntos:

  i. Sea prescrito por un médico en convenio con Quálitas Salud;
  ii. Sea aprobado por Quálitas Salud;
  iii. No sea de carácter estético; y
  iv. Se trate de algún Accidente o Enfermedad cubierta

  No se cubren reemplazos por mal uso o pérdidas.

  Este servicio estará limitado a la colocación o renta de una Prótesis por año. En caso de reposición, Quálitas Salud cubrirá una reposición al año, siempre y cuando la primera haya sido pagada por Quálitas Salud y su reposición sea aprobada por Quálitas Salud.

- **Trasplante de Órganos.**
  Quálitas Salud cubrirá los gastos que genera el protocolo de estudio pretrasplante aprobado por el comité de trasplante de la institución médica en donde se lleve a

cabo el procedimiento, así como los gastos de Hospitalización del Asegurado receptor de los órganos.

En caso de donador cadavérico, Quálitas Salud cubrirá el porcentaje del costo de la procuración que le corresponda al receptor de acuerdo con las reglas del Centro Nacional de Trasplante de la Secretaría de Salud (CENATRA).

Los trasplantes de órganos deben estar apegados a la normativa de Salud establecida por el Centro Nacional de Trasplante de la Secretaría de Salud (CENATRA).

No se cubren los gastos erogados por el donador de órganos, así como los gastos administrativos ni de importación de órganos.

El monto de honorarios médicos, generados por el protocolo de estudio pretrasplante y los procedimientos quirúrgicos del receptor se cubrirá de acuerdo con el Tabulador de Quálitas Salud.

No se cubren los gastos de transporte ni manejo del órgano. No se cubren las complicaciones del donador.

- **Segunda opinión médica.**
  Se cubren los honorarios médicos de una segunda opinión médica con algún Especialista en convenio con Quálitas Salud, para lo cual se deberá seguir el procedimiento definido por Quálitas Salud.

- **Práctica amateur de deportes.**
  Los Servicios Médicos ocasionados por lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica de deportes que se realicen de forma no profesional, recreativa y ocasional, en el entendido que, la práctica de deportes profesionales o de alto riesgo no serán cubiertos por Quálitas Salud, de acuerdo con lo especificado en las Exclusiones generales.

- **Servicios médicos por atención de Urgencias Médicas.**
  En caso de urgencia médica, serán cubiertos los servicios médicos que necesite el Asegurado por la atención médica de acuerdo con lo siguiente:

  i. Si la atención médica se realiza en uno de los hospitales en convenio con Quálitas Salud y el Asegurado da aviso dentro de las 24 horas siguientes a la urgencia médica, la responsabilidad de Quálitas Salud será del 100% de los gastos por servicios médicos de acuerdo con lo estipulado en la **Cobertura de atención médica en caso de Accidente o Enfermedad**, aplicando el pago directo al hospital**. En caso de no dar aviso dentro de las 24 horas siguientes a la Urgencia médica, la responsabilidad de Quálitas Salud será del 50% del total de gastos cubiertos, aún cuando el hospital esté en convenio con Quálitas Salud, y podrá aplicar el Pago Directo, previa valoración de Quálitas Salud.**

ii. En caso de que la atención de la urgencia médica se realice en un hospital que no esté en convenio con Quálitas Salud, pero el Asegurado dé aviso a Quálitas Salud dentro de las 24 horas siguientes a la urgencia médica, no se podrá realizar el Pago Directo al hospital, debiendo ser mediante reembolso. En este caso la responsabilidad de Quálitas Salud será del 100% del total de gastos cubiertos por la póliza.

En caso de no avisar a Quálitas Salud dentro de las 24 horas siguientes a la urgencia médica, la responsabilidad de Quálitas Salud será del 50% del total de gastos cubiertos por la póliza.

En caso de que el proceso de dictaminación de Quálitas Salud determine que el Siniestro o algunos Servicios Médicos no se encuentran cubiertos bajo la póliza, o no cumplen con las presentes Condiciones Generales, Quálitas Salud no estará obligada a cubrirlos, reservándose el derecho de solicitar la información necesaria para evaluar los Eventos.

- **Enfermedades con Periodo de espera.**

Quálitas Salud cubrirá los servicios médicos por atención médica que requiera el Asegurado, siempre y cuando, se hayan cumplido los periodos de espera que se señalan a continuación:

Los Periodos de Espera son los siguientes:

Periodo de Espera de 12 meses:

- Cáncer de mama, colon y próstata
- Cirugía de catarata
- Circuncisión
- Endometriosis
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Equipo de Riñón Artificial para Uso Residual
- Fimosis
- Fístulas y Fisuras anales
- Hernias inguinales y de pared abdominal
- Hemorroides
- Hiperplasia prostática benigna o complicaciones
- Incontinencia fecal
- Incontinencia urinaria
- Inmunoterapia para enfermedades alérgicas
- Insuficiencia venosa
- Litiasis en vías urinarias y complicaciones
- Padecimientos vesiculares y de vías biliares, así como sus complicaciones
- Prolapso anorectal
- Quiste sinovial
- Tratamiento para corregir Hallux Valgus
- Tratamientos quirúrgicos de amígdalas y adenoides
- Tumores y padecimientos ginecológicos no infecciosos
- Varicocele
- Várices en miembros inferiores

Periodo de Espera de 24 meses:

- Artritis reumatoide
- Tratamiento quirúrgico de rodilla, cadera y hombro
- Tratamientos médicos y quirúrgicos de columna vertebral

- Tratamientos quirúrgicos de nariz o senos paranasales
- Tratamientos quirúrgicos de reemplazo articular
- Trasplantes

Periodo de Espera de 48 meses:

- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y VIH

La cobertura inicia una vez que los gastos sean posteriores al periodo de espera especificado en cada Enfermedad, contado a partir de la fecha de antigüedad del Asegurado en la póliza. Por lo que, **los gastos realizados antes de cumplir con dichos periodos de espera no serán cubiertos por Quálitas Salud.**

III. Coberturas adicionales opcionales.

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

1. Cobertura de maternidad.

En caso de estar descrita como amparada en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual, quedan cubiertos los siguientes beneficios para la mujer gestante, siempre y cuando, se encuentre asegurada en la póliza.

a) Ayuda por evento de maternidad.

Con este beneficio se le pagará un monto indemnizatorio a la madre asegurada, el cual se especifica en la carátula de póliza o certificado individual, siempre y cuando exista un parto normal o un procedimiento de cesárea.

b) Complicaciones de la madre Asegurada.

Quálitas Salud cubrirá a la madre Asegurada los gastos por los servicios médicos cubiertos por la póliza, los cuales se especifican en la Cobertura de atención médica en caso de Accidente o Enfermedad, en caso de presentar alguna de las siguientes complicaciones del embarazo, parto normal, cesárea o puerperio:

- Embarazo extrauterino.
- Embarazo molar.
- Los estados de fiebre puerperal.
- Enfermedad hipertensiva del embarazo, preeclampsia y eclampsia.
- Placenta acreta.
- Placenta previa.
- Atonía uterina.
- Óbito o muerte fetal o huevo muerto retenido.
- Diabetes gestacional.
- Procedimiento de cerclaje.
- Púrpura trombocitopénica.

c) Cobertura del recién nacido.

Quálitas Salud cubrirá al recién nacido los gastos por los servicios médicos cubiertos por la póliza, los cuales se especifican en la Cobertura de atención médica en caso de Accidente o Enfermedad, por los Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por prematurez, Enfermedades genéticas, Enfermedades congénitas incluyendo implante coclear, trasplante de córnea, estrabismo, circuncisión únicamente por fimosis y talla baja lo que corresponda a la deficiencia de la hormona del crecimiento, así como Accidentes o Enfermedades ocurridas a partir del nacimiento, siempre y cuando el menor haya nacido mientras la madre haya estado asegurada y el menor se haya dado de alta en la Póliza dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al nacimiento, posterior a estos 30 días, Quálitas Salud no

será responsable de ningún gasto del recién nacido. **Quedan excluidos los gastos del recién nacido sano.**

Para poder tener acceso a la cobertura de maternidad, la madre asegurada deberá cumplir con lo siguiente:

- Asistir al menos a 6 consultas con un ginecólogo en convenio con Quálitas Salud.
- Cumplir con al menos 10 meses de cobertura continua en la póliza colectiva al momento del evento de maternidad

En caso de no cumplir con alguno de los 2 puntos anteriores, no se le cubrirá ninguno de los beneficios de la cobertura de maternidad.

2. Cobertura de Preexistencia.

En caso de estar descrita como amparada en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual, Quálitas Salud pagará los gastos por servicios médicos cubiertos por la póliza, los cuales se especifican en la **Cobertura de atención médica en caso de Accidente o Enfermedad,** para enfermedades preexistentes una vez que el Asegurado haya cumplido al menos 2 años de cobertura continua en la póliza con la cobertura contratada, y la Enfermedad deberá tener al menos 2 años sin haber generado gasto por atención médica, ni haber recibido tratamiento de ningún tipo. Los gastos cubiertos son los especificados en la **Cobertura de atención médica en caso de Accidente o Enfermedad.**

No se cubren las siguientes Enfermedades preexistentes, así como secuelas ni complicaciones, aun cuando haya cumplido el periodo de espera:

- **Alergias que requieren inmunomoduladores**

- **Coagulopatías**
- **Cáncer**
- **Diabetes Mellitus**
- **Enfermedades autoinmunes**
- **Enfermedades neurodegenerativas**
- **Enfermedades arteriales periféricas**
- **Enfermedad vascular cerebral**
- **Insuficiencia cardiaca**
- **Insuficiencia hepática o cirrosis**
- **Insuficiencia renal**
- **Infección por VIH/SIDA**

3. Cobertura para pago de complementos.

En caso de estar descrita como amparada en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual, Quálitas Salud continuará cubriendo los gastos por servicios de salud, los cuales se especifican en la Cobertura de atención médica en caso de Accidente o Enfermedad, derivados de la atención médica que requiera el Asegurado por una Enfermedad o Accidente cubierto por la póliza del mismo Contratante, con esta o cualquier otra compañía de seguros, considerando los límites y condiciones de esta póliza.

Las características para el pago de complementarios serán de la siguiente forma:

Para el deducible y coaseguro, se aplicarán las condiciones actuales del presente contrato, sin importar las condiciones con las cuales se haya cubierto anteriormente.

En caso de Suma Asegurada, se considerará el monto menor entre el remanente de suma asegurada y el de esta póliza, sin considerar la reinstalación.

Para poder afectar esta cobertura es indispensable que el Asegurado presente el finiquito de la compañía anterior donde se muestre el remanente de suma asegurada, **en caso de no presentarlo, Quálitas Salud no será responsable de cubrir ningún gasto. En caso de que no exista remanente de suma asegurada, Quálitas Salud no cubrirá ningún gasto por este beneficio.**

4. Cobertura de Urgencia Médica en el Extranjero.

En caso de estar descrita como amparada en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual, el Asegurado que encontrándose fuera de la República Mexicana tenga una urgencia médica y a consecuencia de ello se vea obligado a someterse a un tratamiento médico y/o quirúrgico, éste quedará cubierto por los gastos realizados mientras dure el estado de urgencia.

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

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

Los gastos médicos cubiertos y las exclusiones bajo las cuales operará esta cláusula serán los que se especifican en la **Cobertura de atención médica en caso de Accidente o Enfermedad**.

Los gastos de habitación que quedan cubiertos son los correspondientes a la tarifa de cuarto estándar.

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo con las condiciones de esta Póliza, serán

reembolsados con base a lo estipulado en la cláusula Moneda en la sección Cláusulas Generales de las presentes condiciones generales.

Los honorarios médicos serán cubiertos de acuerdo con los Gastos UCR.

Exclusiones adicionales a la cobertura básica:

Esta cobertura no aplicará en caso de:

1. **Parto o cesárea, cualquiera que sea su causa, así como sus complicaciones.**
2. **Cualquier atención al recién nacido prematuro y/o enfermedades congénitas.**
3. **Servicios de enfermería fuera del hospital.**
4. **Cualquier tratamiento de rehabilitación.**
5. **Ningún estudio o cirugías previamente programadas, ni estudios e intervenciones quirúrgicas programadas a partir de dos días después de la urgencia médica, exceptuando las que sean consecuencia directa de la misma y cuya omisión ponga en peligro la vida del Asegurado.**

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

En caso de estar descrita como amparada en la carátula de la póliza y/o en el certificado individual, quedará cubierta, únicamente por pago directo, la cirugía refractiva para corregir problemas de miopía, presbiopía o hipermetropía y astigmatismo, siempre que el Asegurado tenga más de cinco dioptrías en al menos un ojo, se cuente con el diagnóstico y tenga autorización y aprobación de Quálitas Salud, y esté sustentado en un estudio de paquimetría, topometría y autorefractómetro, y la cirugía se realice con los proveedores en convenio con Quálitas Salud.

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

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

Este beneficio se otorga por Asegurado una vez durante la vida del Certificado Individual, independientemente si el gasto fue en uno o ambos ojos. Será cubierta únicamente en territorio nacional.

En esta cobertura no aplicará Deducible ni Coaseguro.

6. 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 Quálitas Salud 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 Quálitas Salud con un prestador de servicios que brinda esta atención. No obstante, Quálitas Salud será responsable en todo momento frente al Asegurado por la prestación de los servicios antes descritos.

IV. Beneficios adicionales opcionales.

Atención Especializada.

a) Ambulancia terrestre por emergencia de servicio básico.

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

b) Orientación telefónica de medicina general.

El Asegurado podrá solicitar asesoría y orientación vía telefónica con un médico general, quien proporcionará información y recomendaciones de primer contacto para la atención de síntomas o padecimientos de salud no considerados una urgencia médica.

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

c) 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.

d) 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.

e) 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.

V. Responsabilidad de Quálitas Salud.

La responsabilidad de Quálitas Salud será hasta los límites y condiciones de estas condiciones generales, siempre y cuando, la atención médica se reciba con proveedores en convenio con Quálitas Salud, previa aprobación y autorización por escrito de Quálitas Salud. La responsabilidad de Quálitas Salud comienza una vez que los gastos procedentes y cubiertos por la póliza rebasen el deducible contratado.

En caso de que la atención médica sea con proveedores, hospital o médico, que no sean proveedores de Quálitas Salud, o no cuente con la aprobación y autorización por escrito de Quálitas Salud, los gastos se cubrirán al 50%, y deberán ser tramitados vía reembolso, excepto en los casos de Urgencia médica, siempre y cuando se dé aviso a Quálitas Salud dentro de las 24 horas siguientes a la Urgencia médica.

Quálitas Salud no será responsable de ninguna práctica médica, diagnóstico, tratamiento o procedimiento médico, o en su caso, negligencia médica, ni por responsabilidad profesional, legal o moral alguna derivada de dicha atención médica; en virtud de que su obligación derivada del presente seguro consiste en garantizar la oportunidad, disponibilidad, calidad y buen trato en los servicios cubiertos por el seguro a través del Proveedor en convenio.

VI. Gastos a cargo del Asegurado.

El Asegurado, en cada vigencia de la póliza, se hará cargo de los siguientes conceptos en caso de recibir atención médica en caso de Accidente y Enfermedad, una vez que comienza la responsabilidad de Quálitas Salud.

Deducible.
El Asegurado deberá hacerse cargo del monto de deducible especificado en la carátula de póliza y/o certificado individual, dicho monto será por Asegurado por cada vigencia de la póliza. Una vez cubierto en cada vigencia de póliza, Quálitas Salud cubrirá los gastos excedentes aplicando el porcentaje de coaseguro contratado.

Coaseguro.
Porcentaje a cargo del Asegurado que se aplicará sobre los gastos cubiertos una vez descontado el deducible. Este porcentaje aplicará por Asegurado y por cada vigencia de póliza y será hasta el límite especificado en la carátula de póliza.

El límite de coaseguro que aplicará al Asegurado por cada vigencia de póliza estará especificado en la carátula de póliza y/o certificado individual.

VII. Exclusiones Generales.

Este seguro NO CUBRE gastos que se originen por la atención médica que el Asegurado reciba por enfermedades, accidentes, estudios, tratamientos médicos o quirúrgicos ni de sus complicaciones y secuelas, por los conceptos señalados a continuación:

1. **Enfermedades preexistentes cuyo origen haya sido previo al ingreso a la Póliza y que no haya transcurrido el tiempo de espera de 2 años, en los casos de contratación de la cobertura opcional de "Preexistencia".**

2. **Enfermedades preexistentes no cubiertas por la cobertura de preexistencia.**

3. **Enfermedades preexistentes por las cuales se haya generado gasto para su atención, o hayan recibido atención médica en los 2 años anteriores a la fecha de la reclamación en esta póliza.**

4. **Complicaciones derivadas de enfermedades, accidentes, tratamientos o intervenciones quirúrgicas no cubiertas por este Contrato.**

5. **Afecciones propias del embarazo y del parto, abortos y toda complicación del embarazo o del parto que no se encuentren entre las cubiertas por esta Póliza, así como complicaciones del embarazo cuando sea a consecuencia de un tratamiento de infertilidad y/o esterilidad. En estos casos no se pagará ningún gasto relacionado al recién nacido ni tampoco los que presente la madre asegurada, lo anterior, siempre y cuando cuente con la cobertura de maternidad contratada.**

6. **Parto normal o evento de cesárea, así como secuelas y complicaciones de cualquier evento de maternidad, incluyendo cesárea por cualquier motivo; así como enfermedades de la madre asegurada y/o del recién nacido derivadas del embarazo, excepto lo especificado en la cobertura de maternidad, en caso de haberla contratado.**

7. **Enfermedades mentales o trastornos mentales así como tratamientos psiquiátricos, psicológicos o psíquicos, trastornos de enajenación mental, demencia, parkinson, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria nerviosa, así como sus complicaciones, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, salvo lo previsto en la Cobertura de prevención y en los Programas de Cuidado.**

8. **Tratamientos para corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje o alteraciones del sueño, apnea del sueño o roncopatías, aun las que resulten de enfermedades o accidentes cubiertos.**

9. **Todo tipo de enfermedades, accidentes, intervenciones, complicaciones o tratamientos, incluyendo los tratamientos**

de rehabilitación, que resulten a consecuencia del consumo de alcohol, drogas, narcóticos, alucinógenos, estupefacientes, psicotrópicos

10. **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, así como tratamientos médicos o quirúrgicos destinados a corregir la calvicie, tratamientos dietéticos y aquellos orientados a la reducción o aumento de peso, así como los relacionados con la obesidad, anorexia y bulimia, y acné, salvo los gastos cubiertos en los Programas de Cuidado.**

11. **Tratamiento médico o quirúrgico por prematurez, malformaciones y enfermedades congénitas, de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la Póliza o no reportados durante los 30 días naturales posteriores a su nacimiento, o cuando la madre asegurada cuente con menos de diez meses de cobertura continua en esta Póliza al momento del nacimiento o que el recién nacido no sea elegible para la obtención del seguro.**

12. **Tratamientos médicos o quirúrgicos por prematurez, malformaciones y/o enfermedades congénitas derivados de alcoholismo, drogadicción y tratamientos de infertilidad y/o esterilidad.**

13. **Tratamientos que requiera el Asegurado afectado por el SIDA, antes de cumplir cuatro años de estar cubierto en forma continua e ininterrumpida por la Póliza para Asegurados, así como los gastos requeridos para su detección. Una vez transcurridos los cuatro años del período de espera sólo se cubrirán cirugías, tratamientos o exámenes reconocidos por la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH publicada por la Secretaría de Salud.**

14. **Tratamientos médicos a consecuencia de la menopausia, andropausia o disfunción eréctil.**

15. **Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de naturaleza experimental y/o de investigación.**

16. **Tratamientos con fines preventivos salvo lo estipulado en la cobertura de prevención.**

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

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

19. **Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en que participe el Asegurado como sujeto activo del delito, ni aquellas derivadas de riñas que el Asegurado haya provocado.**

20. **Lesiones originadas por cualquier intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.**

21. **Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en cualquier vehículo en competencias, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad tales como automovilismo, motociclismo, motonáutica, vuelo sin motor y similares.**

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

23. **Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica amateur de los siguientes deportes: judo, vuelo en ala delta, tauromaquia, alpinismo, charrería, equitación,**

lucha libre, box.

24. **Lesiones a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar en el caso de que sean resultado de una catástrofe que afecte a una comunidad**

25. **Lesiones por accidentes que sufra el Asegurado ocasionados por culpa grave del mismo al encontrarse bajo los influjos de drogas, narcóticos o alucinógenos o a consecuencia de la ingesta de bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización del accidente.**

26. **Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de encontrarse bajo los efectos de estimulantes, medicamentos o drogas que no le hayan sido prescritas por un médico.**

27. **Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como mecánico o miembro de una tripulación en cualquier aeronave.**

28. **Honorarios de acupunturistas o naturistas, así como los medicamentos o tratamientos prescritos por éstos.**

29. **Cualquier gasto no relacionado directamente con el tratamiento de la enfermedad.**

30. **Cualquier gasto realizado fuera de la República Mexicana con excepción de la cobertura de Urgencia Médica en el Extranjero.**

31. **Cualquier gasto realizado fuera de la vigencia de la Póliza.**

32. **Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante el internamiento de éste en un hospital, clínica o sanatorio, salvo la cama extra.**

33. **Gastos personales del Asegurado o los acompañantes.**

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

35. **Aparatos y prótesis auditivas.**

36. **Anteojos, lentes de contacto y lente intraocular**

37. **Reposición de aparatos ortopédicos o prótesis existentes a la fecha de alta del Asegurado.**

38. **Curas de reposo.**

39. **Cualquier servicio dirigido a prevención como exámenes médicos generales para la comprobación o revisión periódica del estado de salud conocidos comúnmente con el nombre de check-up, excepto lo especificado en la cobertura de prevención, sección mantenimiento de la salud.**

40. **No se cubre Bypass Gástrico o cirugías bariátricas**

41. **Gastos de donantes para el trasplante de órganos.**

42. **No se cubre la responsabilidad civil, penal o de cualquier otro carácter jurídico que pudiera reclamarse derivada del servicio recibido.**

43. **Cualquier padecimiento cuyos signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier periodo al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.**

44. **Las siguientes fórmulas o preparaciones y productos aún por prescripción médica:**

    - **Fórmulas lácteas.**
    - **Suplementos y complementos alimenticios.**

Medicamentos vitamínicos y productos multivitamínicos.
- **Cosméticos y dermatológicos.**
- **Medicamentos cubiertos que no estén amparados por una receta médica vigente.**
- **Medicamentos biológicos e insumos utilizados en terapia celular.**
- **Medicamentos que no tengan relación con el accidente o enfermedad cubierto.**
- **Fórmulas naturistas.**
- **Protectores gástricos.**

45. **No se cubrirán los gastos generados por la compra de medicamentos, dispositivos, productos de terapia génica y/o insumos que no cuenten con registro sanitario ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y no tengan licencia de comercialización en México, aun y cuando sean indicados o justificados por el médico tratante o el Asegurado cuente con permiso de importación. Para el caso de cáncer no se cubrirá ningún medicamento que no se encuentren indicados en las Guías Terapéuticas de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).**

46. **Medicamentos, dispositivos médicos, productos de terapia génica, cuya utilización en técnicas y tecnologías médicas no estén aprobadas por la FDA, (por sus siglas en inglés Food and Drug Administration), de los Estados Unidos de América, para su uso en la Enfermedad cubierta reclamada con base en el nivel de evidencia clínica y científica.**

47. **Medicamentos, dispositivos médicos y/o insumos aplicados durante la estancia hospitalaria que no cuentan con registro sanitario en territorio nacional, ni tampoco con un permiso de importación especifico y valido emitido por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).**

48. **Medicamentos provenientes del extranjero sin registro sanitario en México.**

49. **Zapatos ortopédicos y plantillas, aunque sean médicamente necesarios**

50. **Gastos derivados por tratamientos de miopía, presbicia, hipermetropía y astigmatismo, salvo lo previsto en la Cobertura de corrección de la vista por medio de cirugía refractiva, en caso de haberse contratado.**

51. **Honorarios médicos cuando el médico sea el mismo Asegurado o familiar directo del Asegurado (padres, hijos, cónyuge, hermanos, suegros, cuñados, o primos (hijos de los hermanos(as) de los padres del Asegurado)**

52. **Tratamientos médicos o quirúrgicos basados o relacionados con el uso de "Células Madre".**

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

    - **Leucemias agudas mieloides y linfoides.**
    - **Leucemias crónicas mieloides.**
    - **Mielodisplasias.**
    - **Linfomas.**
    - **Tumores sólidos de riñón, mama, ovario y neuroblastoma.**

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

54. **Quedan excluidos, sin excepción alguna, todos los procedimientos, estudios, análisis, intervenciones, tecnologías, materiales, servicios, dispositivos, medicamentos, terapias o gastos directa o indirectamente**

relacionados con Modificación Genética o Terapia Génica, según definida en este documento, aun cuando cuenten con aprobación de la autoridad sanitaria nacional o internacional, incluyendo de manera enunciativa mas no limitativa:

- **Terapias génicas en cualquier modalidad.**
- **Terapias celulares modificadas genéticamente.**
- **Técnicas de edición génica (CRISPR, TALEN, ZFN u otras).**
- **Medicamentos de terapia génica o productos biotecnológicos cuyo mecanismo de acción implique modificación genética.**
- **Procedimientos que utilicen vectores virales o no virales, microorganismos modificados o tecnologías emergentes de transferencia génica, ya sea in vivo o ex vivo.**
- **Complicaciones, recaídas, efectos adversos, cuidados subsecuentes o cualquier atención derivada de lo anterior.**

VIII. Cláusulas Generales.

Contrato.

Esta Póliza, la solicitud, los certificados, el registro de asegurados, las cláusulas adicionales y sus endosos, constituyen testimonio del presente contrato de seguro.

Mediante esta Póliza, Quálitas Salud se obliga en términos y condiciones de la misma, a resarcir al Asegurado los gastos en que incurra con motivo de la atención médica requerida como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta.

Vigencia de la Póliza.

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

Periodo Máximo de Beneficio.

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

a. El agotamiento de la Suma asegurada; o
b. El monto de los gastos incurridos durante la Vigencia de la Póliza y hasta por 5 (cinco) días naturales posteriores al término de la misma. Si la póliza se renueva para el periodo inmediato siguiente al del vencimiento de esta o solicita un cambio de plan o cambio de producto y este sea aceptado por la Compañía, el periodo de beneficio aplicará en los términos establecidos en esta cláusula. Lo anterior siempre y cuando el nuevo plan cubra el Accidente o Enfermedad dentro de la Cobertura Básica
c. La recuperación de la salud o vigor vital respecto de Accidente y/o Enfermedad que haya afectado al Asegurado; o
d. En caso de cancelación del contrato, los gastos incurridos hasta 5 días naturales posteriores a la fecha de cancelación del contrato. **En el caso de rehabilitación de la Póliza, Quálitas Salud no brindará atenciones por enfermedades y/o accidentes iniciados dentro del periodo al descubierto en que haya quedado esta Póliza.**

Renovación.

Este Contrato tendrá vigencia de un año renovable por periodos de igual duración. Dicha renovación se realizará a petición del Contratante dentro de los últimos 30 (treinta) días de vigencia de cada periodo.

La renovación del Contrato de Seguro se otorgará en los términos y condiciones pactados con el Contratante al momento de solicitar la renovación.

La Renovación otorga el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:

a. Respetando la Fecha de Ingreso del Asegurado con la Compañía.
b. Sin requisitos de Asegurabilidad y;
c. Sin modificar los Periodos de Espera en perjuicio del Asegurado.

Quálitas Salud podrá renovar el presente contrato, en las mismas condiciones en las que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas 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.

Modificaciones y notificaciones.

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

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

Toda notificación a Quálitas Salud deberá hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio social, que aparece en la Carátula de la Póliza y/o Certificado Individual.

Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.
"Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones". Este mismo derecho se hace extensivo al contratante.

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

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos mencionados, facultará a Quálitas Salud para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, transcrito al final de estas Condiciones Generales). Quálitas Salud comunicará en forma auténtica la rescisión dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que conozca la omisión o inexacta declaración (artículo 48 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de Quálitas Salud a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en

el aviso por parte del Asegurado, deberá ser reintegrado a Quálitas Salud por el mismo.

Competencia.
En caso de controversia, el contratante o Asegurado Titular podrán hacer valer sus derechos por escrito o por cualquier otro medio ante cualquiera de las siguientes instancias:

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

De no someterse las partes al Arbitraje de la CONDUSEF, o de quien ésta 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.

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.

En el caso de las sumas aseguradas en dólares, estas serán liquidadas en su equivalente en moneda nacional de acuerdo con el tipo de cambio publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, en la fecha en que se realice el pago.

Intereses Moratorios.

Si la Compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación, no cumple con sus obligaciones de este Contrato en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo establecido por el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas que señala:

"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.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la

autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo."

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

Prescripción.
Todas las acciones que se deriven del presente contrato de seguro prescribirán en 2 (dos) años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la Ley sobre el Contrato de Seguro relativos a que en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, la prescripción comienza a contarse desde el día en que Quálitas Salud 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 a Usuarios de Quálitas Salud, la cual suspenderá la

prescripción conforme a lo dispuesto por el artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

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

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

Prima.

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

Forma de Pago.

El Contratante podrá optar por el pago fraccionado de la prima en forma semestral, trimestral o mensual, en parcialidades que correspondan a periodos de igual duración, conforme al artículo 37 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. A estos pagos parciales se les aplicará una tasa de financiamiento previamente pactada entre Quálitas Salud y el contratante y/o Asegurado en la fecha de celebración del Contrato de acuerdo con la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Comprobación del pago.
Cuando el pago de la prima sea con cargo a tarjeta de débito o crédito, cuenta bancaria, o mediante transferencia o depósito bancario, el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de que el Asegurado tiene derecho a la atención respectiva y, en su caso, a la cobertura, siempre y cuando la indemnización sea procedente de conformidad con los términos y condiciones pactados en las condiciones generales, incluso si Quálitas Salud o a quien esta designe no haya entregado el recibo expedido por esta o recibido del retenedor los fondos correspondientes.

Falta de pago.
Si la prima o fracción de la misma, no ha sido pagada en la fecha de su vencimiento, o dentro del periodo de gracia de 60 días siguientes, los efectos del seguro cesarán automáticamente a las doce horas del último día de dicho periodo, de conformidad con lo previsto por el artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

En este caso Quálitas Salud ajustará a prorrata y devolverá de inmediato la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo, conforme al artículo 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro (transcrito al final de estas Condiciones Generales).

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

Edad.

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

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

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

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

a. Si la edad real se encuentra fuera de los límites establecidos, el seguro será rescindido y se reintegrará al contratante la prima neta no devengada calculada en días exactos menos los gastos de adquisición sin incluir derechos de Póliza, siempre y cuando no se haya reclamado algún evento. En caso de que existiera algún evento reclamado no se devolverá prima alguna.
b. Si la edad real es menor que la declarada estando dentro de los límites de admisión, Quálitas Salud reembolsará la prima neta no devengada de la diferencia de la prima de su edad real y la prima de la edad declarada que hubiere pagado el

Contratante dentro del periodo de seguro en curso calculada en días exactos menos los gastos de adquisición sin incluir derechos de Póliza, siempre y cuando no se haya reclamado algún evento. En caso de que existiera algún evento reclamado no se devolverá prima alguna. Y las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real.

c. Si la edad real es mayor a la declarada y se encuentra dentro de los límites de admisión, en caso de alguna reclamación la obligación de Quálitas Salud para con el Asegurado será igual a la que con la prima pagada hubiere podido comprar de acuerdo con la edad real.

Terminación anticipada.

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

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

Tarifa corto plazo

No. De Días	% de cargo por exposición
1-30	18.00%
31-60	16.50%
61-90	15.00%
91-120	13.50%
121-150	12.00%
151-180	10.50%
181-210	9.00%

211-240	7.50%
241-270	6.00%
271-300	4.50%
301-330	3.00%
331-360	1.50%
más de 360	0%

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

Rescisión.

El contrato de seguro podrá ser rescindido, en caso de que el Contratante y/o alguno de los Asegurados que forma parte de la póliza incurra en omisiones, falsas o inexactas declaraciones, en términos de lo previsto por el artículo 47 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

Beneficio Mantenimiento de la Salud.

Si el Asegurado acude al servicio de Mantenimiento de la Salud, de acuerdo con lo especificado en la sección de Gastos Cubiertos, cobertura de prevención, Mantenimiento de la Salud, tendrá los siguientes beneficios en la póliza, bajo la cobertura **de atención médica en caso de Accidente o Enfermedad:**

- Reducción de 10 puntos porcentuales sobre el coaseguro especificado en la carátula de póliza y/o certificado individual.

En caso de que en alguna vigencia el Asegurado no se haya realizado el servicio de Mantenimiento de la Salud, se perderá el beneficio mencionado anteriormente, tanto en la vigencia actual como en la siguiente, debiendo cumplir con 2 vigencias continuas con la realización del servicio para volver a obtenerlo.

Este beneficio no es aplicable para las coberturas de Complementos ni de Preexistencia, en las cuales aplicará lo estipulado en dichas coberturas.

MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS

Altas.

Mientras esté en vigor la presente Póliza, Quálitas Salud incluirá bajo la protección de la misma a nuevos miembros de la colectividad asegurada, para lo cual el contratante deberá solicitarlo por escrito a Quálitas Salud, indicándole la protección que le corresponda de acuerdo con las reglas establecidas en la Póliza.

Cuando la regla incluya al cónyuge del Asegurado y éste contraiga matrimonio durante la vigencia de esta Póliza, el cónyuge quedará cubierto a partir de la fecha de matrimonio civil, siempre y cuando Quálitas Salud reciba aviso por escrito del contratante dentro de los primeros 30 días naturales siguientes a la fecha de dicho matrimonio; si se trata del concubinario o concubina, éstos podrán darse de alta desde la fecha en que se adquiera tal carácter conforme a las disposiciones relativas del Código Civil Federal, lo que deberá acreditar a Quálitas Salud presentando copia certificada de la sentencia judicial correspondiente. De no haberse hecho así su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de Quálitas Salud.

En caso de alta de un Asegurado durante la vigencia de la presente Póliza, Quálitas Salud cobrará una prima de acuerdo con la edad y sexo de dicho Asegurado, calculada en proporción

desde la fecha de ingreso hasta el próximo vencimiento del pago de la prima.

Los hijos del Asegurado Titular nacidos durante la vigencia de la Póliza quedarán cubiertos a partir de su nacimiento, sin más requisito que el aviso por escrito a Quálitas Salud dentro de los 30 días siguientes a la fecha de nacimiento debiendo adjuntar copia certificada del acta de nacimiento correspondiente. De no hacerse así, la inclusión de los hijos estará condicionada a la aceptación de Quálitas Salud.

Baja.

Causarán baja de esta Póliza aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, para lo cual el contratante se obliga a notificarlo a más tardar el día hábil siguiente y por escrito a Quálitas Salud, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación quedando sin validez alguna el Certificado Individual expedido, excepto para los gastos generados antes de dicha separación. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de Quálitas Salud a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a Quálitas Salud. En caso de baja de un Asegurado durante la vigencia de la presente Póliza, Quálitas Salud devolverá a quien haya pagado la prima la parte proporcional de la prima neta no devengada correspondiente a dichos integrantes, calculada en días exactos.

MOVIMIENTOS DE ASEGURADOS AUTOADMINISTRADA

(Inicio vs Final o Prima promedio)

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

Si la fecha de afectación del movimiento es igual a la fecha de inicio de vigencia de la Póliza, el endoso del movimiento se facturará de forma inmediata de acuerdo con la forma de pago que tenga la Póliza.
Bajo esta forma de administración no se generarán recibos al cobro ni notas de crédito, por cada endoso realizado en la Póliza.
El cálculo del monto de ajuste anual por dichos movimientos se realizará al final de la vigencia a cifras globales, aplicando la prima promedio al resultado de la siguiente fórmula:

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

donde:
MMA = Monto de ajuste anual.
Ai = Asegurados al Inicio de la vigencia.
Af = Asegurados al Final de la vigencia.
$Prima\ Promedio$ = Prima Neta Emitida inicial /Aseg emitidos al inicio

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

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

Siniestros.
Es obligación del Asegurado dar aviso a Quálitas Salud de forma inmediata por escrito y en un plazo máximo de cinco días siguientes de cualquier accidente o enfermedad que pueda ser motivo de indemnización.

En toda reclamación deberá comprobarse la realización del siniestro. El Asegurado deberá presentar a Quálitas Salud las formas

de reclamación correspondientes requisitadas en su totalidad que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados y cualquier otra información que Quálitas Salud juzgue necesario para la mejor apreciación del siniestro.

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

El pago de reclamaciones sólo procederá si son presentados los requisitos mencionados para cada caso. Quálitas Salud no estará obligada al pago de la reclamación en tanto no sean satisfechos la totalidad de dichos requisitos.

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

Quálitas Salud sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado y se pueda corroborar en el expediente clínico con la nota y firma respectiva, y que no sean parientes directos del Asegurado de acuerdo con lo establecido en el numeral 50 de las Exclusiones Generales, y cuando los gastos de internación sean efectuados en hospitales, clínicas o sanatorios legalmente autorizados. No se hará por parte de Quálitas Salud ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencias, asistencia social o cualquier otro semejante en donde no se exija remuneración, ni a establecimientos que no expidan recibos con todos los requisitos fiscales.

En caso de siniestro:

El Asegurado deberá presentar los siguientes documentos:

1. Identificación oficial con fotografía del Asegurado o dependiente, según sea el caso.

2. Aviso de Accidente o Enfermedad proporcionado por Quálitas Salud, debidamente requisitado.
   a. Sin enmendaduras ni tachaduras.
   b. Especificar los síntomas y la fecha en que iniciaron.
   c. Es necesario que venga firmado por el Asegurado.
   d. Accidente: es muy importante narrar de forma detallada cómo y cuándo ocurrió.

3. El médico tratante debe llenar y firmar el Informe Médico proporcionado por Quálitas Salud.
   Importante incluir antecedentes, fecha en la que iniciaron los síntomas, diagnóstico médico definitivo y tratamiento.

   a. Tiene que venir firmado por el médico.
   b. El Informe Médico deberá ser no mayor a 6 meses.

4. Presentar interpretación y resultados de los estudios.
   a. Deben corroborar el diagnóstico médico definitivo del médico.
   b. Cuando son estudios de gabinete (radiografías, ultrasonidos, tomografías y resonancias), se deberá entregar la interpretación de estos.
   c. Resultados de los estudios de laboratorio.

5. Entregar recetas médicas
   a. Éstas tienen que ser a nombre del Asegurado.
   b. Deberá especificar a detalle el tratamiento y estudios que se solicitaran

6. Entregar facturas y recibos de honorarios tanto en PDF como XML, los cuales deberán estar a nombre del Asegurado.

7. Las facturas deberán ser entregadas con los siguientes soportes:
   a. Farmacia: Incluir la receta médica.
   b. Recibos de honorarios: Desglosar fechas, concepto de atención e importe de cada uno.
   c. Terapias: Incluir desglose, resumen médico de la terapia y bitácora de asistencia firmada por afectado y rehabilitador.
   d. Hospital: Presentar el desglose de los insumos (Detalle de cargos).

8. Actas del Ministerio Público, en caso de que exista intervención por parte de las autoridades.

9. Anexa los siguientes documentos:
   a. Estado de cuenta de la CLABE interbancaria registrada en el Aviso de Accidente o Enfermedad (no mayor a tres meses).
   b. Comprobante de domicilio (no mayor a tres de meses)
   c. Formato Conoce a tu cliente proporcionado por Quálitas Salud.

Adicionalmente y de manera excepcional, Quálitas Salud tendrá el derecho de exigir del Asegurado o dependiente 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 69 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

Pago de reclamaciones.

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

Todas las reclamaciones cubiertas por Quálitas Salud serán liquidadas al Asegurado. En caso de que éste fallezca o pierda el

estado de conciencia para ejercer su derecho de cobro, el pago se realizará al cónyuge o concubina(rio), a los hijos mayores de edad o en su defecto, a quién acredite haber hecho el gasto o ser responsable del mismo presentando la factura y/o recibo correspondiente, así como los soportes requeridos por Quálitas Salud.

Se pagarán por reembolso todos los gastos por los servicios médicos recibidos en caso de un Accidente y/o Enfermedad cubierta cuando la atención médica no fue recibida con los proveedores en convenio con Quálitas Salud, o cuando la atención médica no haya sido evaluada y aprobada por Quálitas Salud.

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

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

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

de doce meses, deberá avisar anticipadamente a Quálitas Salud y pagar un cargo adicional por concepto de prima. De no dar aviso de este hecho, cualquier siniestro que ocurra durante dicho periodo, no quedará cubierto y cesarán automáticamente los efectos de esta Póliza respecto de dicho Asegurado. Se deberá notificar el lugar de residencia de los dependientes económicos incluidos en la Póliza, cuando estos no vivan con el Asegurado titular.

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

Suma asegurada.
La Suma asegurada indicada en la Carátula de Póliza y/o Certificado Individual, aplica por cada Asegurado por cada vigencia de la póliza.

Derecho del Contratante para conocimiento del porcentaje de intermediación.
Durante la vigencia de la Póliza el Contratante podrá solicitar por escrito a Quálitas Salud 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. Quálitas Salud proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

Certificados.
Los certificados de cada uno de los Asegurados titulares integrantes de esta Póliza serán parte de la documentación contractual de la misma. El Contratante será la persona que entregue en forma física dicho documento al Asegurado Titular correspondiente, sin perjuicio del derecho del Asegurado a solicitarlo directamente a Quálitas Salud.

Terminación de Contrato por Agravación del Riesgo.
Las obligaciones de Quálitas Salud cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 y 53 fracción I de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

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

"Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

"En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas." (Artículo 60 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

"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 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la Institución, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), en los términos del Artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o legalmente reconocida por el Gobierno Mexicano, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o Beneficiario(s), sus actividades, bienes cubiertos por la Póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el Gobierno Mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de fracción X disposición Trigésima Novena, fracción VII disposición Cuadragésima Cuarta y Disposición Septuagésima Séptima, del Acuerdo por el que se emiten las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a instituciones y sociedades mutualistas de seguros.

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

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

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

Subrogación.
De conformidad con el artículo 163 de la Ley sobre el Contrato del seguro, Quálitas Salud 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.

Quálitas Salud 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 Quálitas Salud concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

Arbitraje médico.
En caso de que Quálitas Salud notifique la improcedencia de una reclamación como consecuencia de una Enfermedad preexistente, se podrá someter la controversia a un arbitraje médico, para lo cual el Asegurado podrá solicitar por escrito a Quálitas Salud en su domicilio, la designación de un Médico que fungirá como árbitro elegido de común acuerdo entre el

Asegurado y Quálitas Salud, para que éste 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 Quálitas Salud 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.

Extinción de Obligaciones.
En virtud de esta cláusula, el Asegurado o Beneficiario y Quálitas Salud 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 Quálitas Salud 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 el representante de éstos, con la finalidad de hacer incurrir en error a Quálitas Salud, disimulen o alteren cualquier hecho que incida directa o indirectamente de cualquier forma, en las obligaciones que conforme a este contrato de seguro asume Quálitas Salud, 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.

Entrega de la documentación contractual.

Quálitas Salud se obliga a entregar la documentación contractual consistente en Póliza, Condiciones generales, Endosos, etc., por el medio elegido para tal efecto por el Contratante en la solicitud de seguro (impreso o por medios electrónicos).

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.

Quálitas Salud 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 Quálitas Salud procederá a su envío mediante archivos adjuntos, para lo cual guardará el registro del envío, lo anterior sin perjuicio de brindar al Contratante la posibilidad de descargar su documentación contractual en el portal.

En caso de que el Contratante otorgue su consentimiento de forma expresa para recibir la documentación a que se hace referencia en la presente cláusula, mediante el envío de la documentación vía correo electrónico en los términos descritos con antelación, está

de acuerdo en que los medios de identificación sustituyen la firma autógrafa, y producirán los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio, en términos de lo dispuesto por el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

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

Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE).
Con gusto atenderemos tus aclaraciones y/o reclamaciones que se han presentado, cuya respuesta no ha cubierto sus expectativas, al teléfono 800 772 5833 o envía un correo electrónico a la siguiente dirección **une@qualitassalud.com.mx** o al domicilio Av. San Jerónimo Núm. 428, Colonia Jardines del Pedregal, Alcaldía Álvaro Obregón, Código Postal 01900, Ciudad de México, en un horario de atención telefónica: De lunes a viernes de 9:00 a 18:00 hrs.

Asimismo, podrás contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en caso de dudas, quejas, reclamaciones o consultar información sobre los productos ofrecidos para fines informativos y de comparación al domicilio en Insurgentes Sur No. 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código Postal 03100, Ciudad de México, correo electrónico: **asesoria@condusef.gob.mx** o llamar al teléfono 800 999 8080 y 555340 0999.

IX. 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 ésta contra aquéllos.

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:

X. 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;

XI. 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;

XII. 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;

XIII. 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;

XIV. 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;

XV. 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;

XVI. 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;

XVII. 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

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

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

Artículo 277

En materia jurisdiccional para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la Institución de Seguros, si hubiere sido condenada,

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

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

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

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

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

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

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

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

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

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

a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;
b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;
c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y
d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este

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

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

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

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

Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.

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

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

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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 37
En los seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los de daños, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a períodos de igual duración. Si el

asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del período que comprenda.

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 60

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

Artículo 66

Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituído a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

Salvo disposición en contrario de la presente ley, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

Artículo 67

Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación que les impone el artículo anterior, la empresa aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

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 71
El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

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

Artículo 82
El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido,

sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización.

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

Artículo 84
Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de pago.

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

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

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

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

LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

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

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

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

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

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

Las Unidades Especializadas serán supervisadas por la Comisión Nacional.

Artículo 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 66
La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento.

Artículo 67

La Comisión Nacional correrá traslado a la Institución Financiera acerca de la reclamación presentada en su contra, dentro de los ocho días hábiles siguientes a la fecha de recepción de la misma, anexando todos los elementos que el Usuario hubiera aportado, y señalando en el mismo acto la fecha para la celebración de la audiencia de conciliación, con apercibimiento de sanción pecuniaria en caso de no asistir.

La Comisión Nacional podrá en todo momento solicitar a la Institución Financiera información, documentación y todos los elementos de convicción que considere pertinentes, siempre y cuando estén directamente relacionados con la reclamación.

Tratándose de instituciones de fianzas, deberá citarse al fiado en el domicilio que la Institución tuviere de éste o de su representante legal.

Artículo 68
La Comisión Nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:
I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.
I BIS. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.
La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la Comisión Nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

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

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

IV. La Comisión Nacional podrá suspender justificadamente y por una sola ocasión, la audiencia de conciliación. En este caso, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes.

La falta de presentación del informe no podrá ser causa para suspender la audiencia referida.

V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

Asimismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador deberá formular propuestas de solución y procurar que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a un arreglo, el conciliador deberá consultar el Registro de Ofertas Públicas del Sistema Arbitral en Materia Financiera, previsto en esta misma Ley, a efecto de informar a las mismas que la controversia se podrá resolver mediante el arbitraje de esa Comisión Nacional, para lo cual las invitará a que, de común acuerdo y voluntariamente, designen como árbitro para resolver sus intereses a la propia Comisión Nacional, quedando a elección de las mismas, que sea en amigable composición o de estricto derecho.

Para el caso de la celebración del convenio arbitral correspondiente, a elección del Usuario la audiencia respectiva podrá diferirse para el solo efecto de que el Usuario desee asesorarse de un representante legal. El convenio arbitral correspondiente se hará constar en el acta que al efecto firmen las partes ante la Comisión Nacional.

En caso que las partes no se sometan al arbitraje de la Comisión Nacional se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.
En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la Institución Financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo, la Comisión Nacional levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constancia de la negativa.

Adicionalmente, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente totalmente reservado que derive de la reclamación, y dará aviso de ello a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión.

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, la orden mencionada en el segundo párrafo de esta fracción se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley en materia de seguros, de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

En los supuestos previstos en los dos párrafos anteriores, el registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio el procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

El registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda, será obligatoria para el caso de que la Comisión Nacional emita el dictamen a que hace referencia el artículo 68 Bis de la presente Ley. Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la Comisión Nacional, la improcedencia de las pretensiones del Usuario, ésta se abstendrá de ordenar el registro del pasivo contingente o la constitución de la reserva técnica, según corresponda.

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

AVISO DE PRIVACIDAD

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

Quálitas Salud, S.A. de C.V. (en adelante "Quálitas Salud") 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 Quálitas Salud, 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 Quálitas Salud (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 Quálitas Salud.

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 Quálitas Salud, 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, Quálitas Salud 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):**

   Quálitas Salud 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 Quálitas Salud 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 Quálitas Salud 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 Quálitas Salud 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.

   Quálitas Salud 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:**

   Quálitas Salud tratará también **datos sensibles** (datos de salud, historial clínico, características personales y físicas y género), que en su caso se requieran.

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

   4.1. FINALIDADES PRIMARIAS DEL TRATAMIENTO. -Los datos personales antes enunciados, incluso aquellos de carácter sensible, se tratarán para todos los fines vinculados con la relación jurídica y/o comercial que tengamos con Usted con motivo de los servicios proporcionados por Quálitas Salud 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 Quálitas Salud, podrá ser videograbada y/o fotografiada por nuestras cámaras de seguridad respecto de los cuales se guardaran registros que podrán ser utilizados tanto para salvaguardar la seguridad del visitante, como la del personal, teniendo como propósito el monitoreo remoto en tiempo real de los inmuebles y así atenuar cualquier condición de riesgo emergente, así como llevar un control de acceso a nuestras instalaciones.

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

- ☐ Cuando los asegurados, directamente o a través de los intermediarios de seguros, nos soliciten información para el seguimiento de la cirugía y/o trámites de reembolsos, así como 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.

5. **TRANSFERENCIAS DE DATOS:**

Quálitas Salud 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 socios comerciales de Quálitas Salud, 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 Quálitas Salud.

• 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 QUÁLITAS SALUD**

PARA LIMITAR EL USO O DIVULGACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES:

Usted podrá solicitar al Departamento de Datos Personales de Quálitas Salud, 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, Quálitas Salud 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:**

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

X. Definiciones.

Para efectos de este Contrato se considerarán las siguientes definiciones:

Accidente.
Es un evento o acontecimiento súbito, fortuito, y violento proveniente de una causa externa, que produce lesiones que requieran atención médica en la persona del Asegurado o causen su muerte. Se considerará que los gastos derivan de un Accidente si se realizan dentro de los 15 (quince) días naturales siguientes a la ocurrencia de este.

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

No se considerarán accidentes aquellos casos donde la primera atención médica se realiza después de los primeros 15 días naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el acontecimiento.

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

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

Auxiliares mecánicos.
Son aquellos aparatos, artefactos o equipos que facilitan el desplazamiento o movimiento de las personas que padecen una enfermedad o se encuentran en el periodo de recuperación de la salud (muletas, bastones, andaderas, camas ortopédicas, trapecio, barras, barandales, grúa ortopédica, silla de ruedas, entre otros).

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

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

Coaseguro.
Es el segundo gasto a cargo del Asegurado y es el porcentaje, estipulado en la carátula de la póliza y/o certificado individual, que pagará el Asegurado del total de los gastos cubiertos por la póliza, una vez descontado el deducible vigente en la póliza al momento del gasto.

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

Condiciones generales.
Conjunto de principios básicos que establece Quálitas Salud de forma unilateral y que regula las disposiciones legales y operativas del Contrato de seguro.

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

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

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

- Solicitud del seguro firmada por el Contratante.
- Carátula de la Póliza en la que se identifica al Contratante, Asegurado titular y Dependientes; se detallan las coberturas contratadas, la prima a pagar, la Vigencia de la Póliza y los límites correspondientes.
- Certificados individuales.
- Condiciones generales.
- Endosos.
- Folleto derechos básicos del Asegurado.
- Cualquier otra información proporcionada por el Contratante y/o Asegurado para la contratación de esta Póliza, incluyendo cuestionarios médicos y formatos de Quálitas Salud que, éste o un tercero en su nombre, haya requisitado a solicitud de Quálitas Salud, 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 Quálitas Salud, que el Asegurado deberá pagar por cada servicio específico que reciba de acuerdo con lo señalado en la Póliza.

Culpa grave.
Es el grado más amplio de negligencia o falta de diligencia en el actuar del Asegurado.

Deducible.
Es el primer gasto a cargo del Asegurado y es la cantidad fija estipulada en la carátula de la póliza, la cual aplicará una vez por cada vigencia de la póliza y para cada Asegurado en términos de las condiciones vigentes en el Contrato. Una vez rebasada esta cantidad comienza la obligación de Quálitas Salud.

Dependientes económicos.
El cónyuge o concubinario o concubina que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en el Código Civil Federal y los hijos del Asegurado Titular que sean solteros y menores de 26 años quedarán cubiertos en la misma póliza que el Asegurado Titular.

Deporte o práctica profesionales.
Actividad deportiva cuya práctica genera una remuneración económica.

Dispositivo médico.
Son los equipos, instrumentos, aparatos, materiales, y otros artículos, incluyendo sus componentes, partes o accesorios, para ser usados solo o en combinación y ser aplicados en seres humanos, destinados al diagnóstico y tratamiento médico de enfermedades y/o accidentes.

Eliminación o reducción de los periodos de espera.
Es el beneficio que puede otorgar Quálitas Salud con base en el tiempo durante el cual, el Asegurado tuvo cobertura en esta u otra aseguradora, el cual aplica exclusivamente para eliminar o reducir los periodos de espera de algunos de los padecimientos descritos en la Cobertura básica.

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 mediante un diagnóstico médico definitivo, 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 preexistente.
Se considerará preexistente, cualquier enfermedad, cuando:

- Haya sido declarado antes de la celebración del Contrato o alta del asegurado en la póliza (según aplique), y/o;
- En un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de celebración del contrato o alta del asegurado en la póliza (según aplique), a través del diagnóstico de un médico legalmente autorizado y/o;
- Haya sido diagnosticado con anterioridad a la fecha de celebración del contrato o alta del Asegurado en la póliza (según aplique), mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;
- Previamente a la fecha de celebración del contrato o alta del Asegurado en la póliza (según aplique), se hayan realizado gastos comprobables

documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico de la Enfermedad de que se trate.

Expediente médico.
Es la descripción detallada y ordenada de los datos relativos a la salud del Asegurado, el cual está integrado por los formatos de Aviso de Accidente o Enfermedad y el Informe Médico establecido por Quálitas Salud. Así mismo conformarán dicho expediente médico los documentos escritos, gráficos, imagenológicos o de cualquier otra índole, suscritos por cualquier profesional de la Salud.

Extraprima.
Es la cantidad adicional que el Contratante se obliga a pagar a Quálitas Salud, por cubrir un riesgo agravado.

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 contrató 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 Quálitas Salud expresamente al momento de la contratación del seguro o de la inclusión de un nuevo Asegurado en la póliza. 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 Quálitas Salud se obligue al pago de indemnizaciones u hospitalizaciones o gastos derivados de Enfermedades y/o Accidentes que hayan tenido origen o cuyos primeros gastos se hayan presentado al amparo de una diversa Póliza de seguro.

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

Gasto procedente.
Suma de todos los gastos erogados por el Asegurado para la atención de una Enfermedad y/o Accidente cubierto, los cuales cumplen con las condiciones descritas en estas condiciones generales.

Gasto UAR (Usual, Acostumbrado y Razonable).
Son los gastos procedentes en los que incurre el asegurado por la atención médica que este reciba en territorio nacional, cuando no esté referido en el tabulador de honorarios médicos o en el tabulador de servicios terapéuticos y de enfermería.

Gastos UCR (Usual, Customary & Reasonable).
Son los gastos procedentes en los que incurre el Asegurado por la atención médica que éste reciba en territorio extranjero.

Gastos personales.
Gastos por bienes o servicios destinados a satisfacer necesidades personales, de higiene, estéticas o comodidad del asegurado.

Honorarios médicos.
Pago que obtiene el médico profesionista independiente legalmente reconocido, por los servicios que presta a los Asegurados.

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.

Inicio de cobertura.
Es la fecha a partir de la cual el Asegurado tiene derecho a los beneficios de este Contrato de seguro. Si la póliza se cancela o no se renueva, el Asegurado perderá su antigüedad. Si el Contratante decide contratar nuevamente en el futuro su póliza de gastos médicos mayores con Quálitas Salud, la nueva fecha de alta será considerada como inicio de cobertura.

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 para la 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 o subespecialista.
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 o subespecialista

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.

Mujer Gestante.
Mujer que gesta y lleva a término el embarazo.

Órtesis o 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

Pago directo.
Es el beneficio que puede otorgar Quálitas Salud al Asegurado cuando libremente éste ha elegido al (los) prestador (es) de servicios independiente (s), con los cuales Quálitas Salud tiene celebrado un convenio.

En caso de que alguna atención médica exista al menos un prestador de servicio elegido por el Asegurado que no cuente con convenio con Quálitas Salud, todo el gasto deberá ser tramitado por reembolso, aplicando los límites y condiciones especificados en estas condiciones generales o en la carátula de póliza o certificado individual.

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

Periodo al descubierto.
Es aquel intervalo de tiempo durante el cual cesan los efectos de este Contrato. Se genera por la falta de pago de primas o por no haber solicitado la renovación de la póliza.

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 Quálitas Salud.

Periodo de gracia.
Plazo que establece Quálitas Salud, contado a partir de la fecha de vencimiento de la prima o de la fracción correspondiente, del que dispone el Contratante para efectuar su pago.

Plan.
Conjunto de componentes de la póliza: Suma asegurada, copago, deducible, coaseguro, tabulador de honorarios médicos, entre otros, incluyendo sus endosos, que indican al Asegurado los beneficios a que tiene derecho.

Póliza.
Documento emitido por Quálitas Salud en el que constan los derechos y obligaciones de las partes.

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.

Prima.
Es la contraprestación prevista en el Contrato de seguro a cargo del Contratante.

Prima neta.
Importe de prima antes de derecho de póliza, recargo e I.V.A.

Primer gasto.
Es el gasto más antiguo en que el Asegurado incurre para la atención de una enfermedad o accidente.

Prótesis.
Sustitución de una parte del esqueleto o un órgano por una pieza o implante especial, que reproduce lo que ha de sustituir. También se denomina de este modo a la pieza o implante artificial introducido en el organismo.

Prótesis auditiva.
Pieza, prótesis o implante especial con la cual se mejora la audición.

Productos de Terapia génica.
Son aquellos productos que llevan a cabo sus efectos a través de la transcripción o traducción de material genético transferido o bien, alterando específicamente las secuencias genéticas del huésped (humano).

Proveedores en convenio con Quálitas Salud.
Son todas aquellas personas físicas o morales que, bajo convenio expreso con Quálitas Salud, ofrecen servicios médicos descritos mas 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 Proveedores en convenio, sin embargo, dichas modificaciones se realizan de forma inmediata en la página de internet www.qualitassalud.com.mx donde podrá conocer estas actualizaciones en el apartado "Servicios en Línea – Red de Proveedores". Quálitas Salud informará a sus Asegurados por escrito, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes en que sucedan, los cambios de los Proveedores en convenio, al correo electrónico señalado por el Contratante en la Solicitud. Al ser el Asegurado quien elige el Médico, Hospital, laboratorio, gabinete o farmacia con quien desea atenderse o adquirir Medicamentos o insumos médicos, la Compañía no se hace responsable por las deficiencias o fallas en la práctica médica, ni por los servicios prestados por los Proveedores. La Compañía únicamente es responsable del pago a los Proveedores en convenio o por el Reembolso al Asegurado de los gastos

médicos y hospitalarios procedentes y cubiertos por este Contrato de Seguro.

Quálitas Salud.
Quálitas Salud, S.A. de C.V., institución de seguros que otorga las coberturas previstas en este Contrato de seguro.

Reclamación o solicitud de servicios.
Es el trámite que efectúa el Asegurado ante Quálitas Salud, para obtener los beneficios de este Contrato a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto. Quálitas Salud define si es o no procedente de acuerdo con las coberturas de la póliza.

Reembolso.
Es la restitución de gastos procedentes, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto. Quálitas Salud reintegrará al Asegurado la suma que corresponda después de aplicar las condiciones especificadas en estas condiciones generales.

Reglamento del Seguro Colectivo.
Reglamento del Seguro de Grupo para la operación de Vida y del Seguro Colectivo para la operación de Accidentes y Enfermedades.

Renovación.
Emisión consecutiva de la póliza.

Salud.
Bienestar biológico de una persona.

Siniestro.
Acontecimiento o hecho a consecuencia de un Accidente o Enfermedad cubierta, previstos en el Contrato que dan origen a la obligación a cargo de Quálitas Salud de acuerdo con los límites y coberturas 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 Quálitas Salud 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 Quálitas Salud por cada vigencia de póliza y por cada Asegurado, de acuerdo con las estipulaciones consignadas en el Contrato de seguro. Esta Suma asegurada es elegida por el Contratante al momento de la contratación y se encuentra señalada en la Carátula de Póliza.

Tabulador de Honorarios Médicos.
Relación de procedimientos médicos y quirúrgicos, en el cual se especifica el monto máximo a pagar por Quálitas Salud para cada uno de éstos, esto únicamente aplica en los casos de reembolso. Aquellos procedimientos que no se encuentren publicados en el catálogo de Tabuladores Médicos se pagarán por similitud, esto quiere decir que se tomará el procedimiento tabulado más cercano al afectado. Si el procedimiento considera tecnología nueva se pagará en adición el 20% del procedimiento.

Tabulador de servicios terapéuticos y de enfermería.
Listado de servicios terapéuticos y de enfermería en el cual se especifica el monto máximo que Quálitas Salud cubrirá en territorio nacional al asegurado para la atención de la enfermedad y/o accidente cubierto.

Los montos de los tabuladores de servicios terapéuticos y de enfermería antes mencionados se podrán consultar en la dirección electrónica qualitassalud.com.mx, mismos que forman parte integrante de este contrato de seguro.

Terapia génica.
Todo procedimiento médico, quirúrgico o farmacológico que implique la transferencia, introducción, alteración, deleción o modificación de material genético (ADN, ARN, oligonucleótidos o vectores virales y no virales) en el interior de las células vivas, con el fin de alterar el genoma o corregir defectos cromosómicos y moleculares.

Territorio Extranjero.
Cualquier territorio que se encuentre fuera de la República Mexicana.

Tratamientos de infertilidad y/o esterilidad.
Análisis completo del diagnóstico y corrección de las causas que ocasionan la infertilidad y/o esterilidad a la que se somete la pareja después de su incapacidad para lograr un embarazo espontáneo.

Urgencia 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 urgencia médica. Los gastos posteriores ya no serán considerados como urgencia médica y se pagarán de acuerdo con lo especificado en estas condiciones generales.

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

XI. Significado de Abreviaturas.

- Hrs: Horas.
- C.P.: Código Postal.

- UNE: Unidad Especializada de Atención a Usuarios.
- CONDUSEF: Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 09 de noviembre de 2026 con el número PPAQ-H0718-0005-2026.