

CONDICIONES GENERALES



QContigo Individual



Quálitas
SALUD.

CONDICIONES GENERALES

QCONTIGO

QS-QCMI-0923/1

ÍNDICE

I. Objeto del Seguro.....	3
II. Cobertura Básica.....	3
1. Consultas médicas.....	3
2. Atención especializada.....	5
III. Coberturas Opcionales con Costo.....	7
1. Evaluación médica preventiva.....	7
2. Atención Dental.....	7
3. Atención Visual.....	18
4. Asistencia funeraria.....	20
5. Fracturas.....	22
IV. Módulos de Coberturas opcionales con costo.....	23
1. Indemnización por Enfermedades graves y Trasplante de órganos...23	
2. Indemnización por Procedimientos médicos o quirúrgicos.....	25
3. Indemnización por Enfermedades que requieren hospitalización....	28
4. Indemnización por Enfermedades crónicas.....	29
5. Reembolso de Gastos médicos por Accidente.....	31
6. Indemnización diaria por hospitalización.....	32
7. Indemnización por muerte accidental.....	33
8. Incremento de Suma asegurada para Enfermedades crónicas.....	34
V. Periodos de Espera.....	35
VI. Pago de Indemnizaciones para todas las coberturas.....	38
VII. Exclusiones Generales.....	41
VIII. Cláusulas generales.....	49
IX. Definiciones.....	82
X. Significado de Abreviaturas.....	92

I. Objeto del Seguro.

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

II. Cobertura Básica.

1. Consultas médicas.

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

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

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

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

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

Las consultas médicas presenciales de Primer contacto incluyen:

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

El número de consultas para esta cobertura estará indicado en la Carátula de la Póliza correspondiente.

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

2. Atención especializada.

Se cubren los siguientes beneficios de Salud:

- **Orientación médica telefónica.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El número de consultas para esta cobertura estará indicado en la Carátula de la Póliza correspondiente.

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

- **Ambulancia terrestre.**

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

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

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

III. Coberturas Opcionales con Costo.

1. Evaluación médica preventiva.

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

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

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

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

2. Atención Dental.

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

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

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

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

Tratamientos o Procedimientos de urgencias dentales.

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

- Consulta por urgencia dental.
- Curaciones sedantes temporales u obturación provisional.
- Extracción de restos coronales (dientes primarios).
- Rx. Intraoral — periapical—primera placa.
- Rx. Aleta de mordida — una placa.
- Extracción, diente o raíz expuesta (elevación y/o remoción con fórceps).
- Reimplantación de diente y/o estabilización de diente causado por accidente dental o desplazamiento.

- Incisión y drenaje de abscesos — tejido blando intraoral (realizado en el consultorio dental sin complicaciones quirúrgicas complejas).
- Pulpotomía terapéutica — remoción de pulpa coronaria hasta la unión dentinocemental y aplicación de medicamento, en dientes primarios (no incluye restauración final).
- Pulpectomía - Terapia pulpar (relleno absorbible) — dientes primarios, anteriores y posteriores (no incluye restauración final).
- Recubrimiento pulpar directo (no incluye restauración final).
- Recubrimiento pulpar indirecto (no incluye restauración final).
- Recementado de inlay, onlay, o reparaciones de cobertura parcial (prótesis fijas).
- Recementación de coronas y/o puentes (prótesis fijas).
- Escisión de encía pericoronar.
- Sutura de heridas intrabucuales recientes de hasta 5 cm.
- Tratamiento paliativo del dolor dental – por alveolitis o por procedimiento menor – incluyendo acceso y debridación pulpar.
- Pegado de fragmentos de diente, borde incisal o cúspide, dientes permanentes (por medio de adhesivos dentales).
- Corona provisional directa en acrílico autopolimerizable — diente anterior.
- Reducción de luxación de la articulación temporo-mandibular (reposición de la mandíbula por medio de manipulación física por única vez).

Tratamientos o Procedimientos dentales de diagnóstico y/o prevención.

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

Descripción del tratamiento o Procedimiento dental	Alcance del beneficio
Evaluación oral y periodontal – paciente nuevo o establecido	1 (Una) cada 12 (doce) meses
Evaluación periodontal completa – paciente nuevo o establecido	1 (Una) cada 12 (doce) meses
Intraoral – serie radiográfica de diagnóstico completa incluyendo aleta de mordida	1 (Una) cada 5 (cinco) años
Intraoral – periapical, de diagnóstico	Hasta 4 (cuatro) en 12 (doce) meses
Intraoral – placa oclusal de diagnóstico	1 (Una) cada 12 (doce) meses
Intraoral – aleta de mordida de diagnóstico	Hasta 4 (cuatro) en 12 (doce) meses
Placa panorámica de diagnóstico	1 (Una) cada 5 (cinco) años
Profilaxis (limpieza) en adulto	Hasta 2 (dos) en 12 (doce) meses
Profilaxis (limpieza) en niño menores de 14 (catorce) años de edad	Hasta 2 (dos) en 12 (doce) meses
Aplicación tópica de flúor (no incluye profilaxis) en niños menores de 14 (catorce) años de edad	Hasta 2 (dos) en 12 (doce) meses

Sellador – por diente	1 (Uno) cada 3 (tres) años – mismo diente; primeros molares hasta 10 (diez) años; segundos molares hasta 15 (quince) años
-----------------------	---

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

Tratamientos o Procedimientos dentales restaurativos básicos.

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

Descripción del tratamiento o Procedimiento dental	Alcance del beneficio
Amalgama de una a cuatro superficies, en dientes primarios o permanentes	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie
Composite con base de resina – de 1 (una) o más superficies en diente anterior	
Composite con base de resina – de 1 (una) a 2 (dos) superficies – en diente posterior	
Restauración con resina fluida en dientes permanentes- hasta 16 (dieciséis) años	Hasta edad de 16 (dieciséis) años y en diente sin restauración previa.

1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie.

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

Procedimientos quirúrgicos menores.

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

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

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

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

Exclusiones particulares de la cobertura de Atención Dental:

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

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

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

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

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

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

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

Suma Asegurada.

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

Para más información sobre los tratamientos o procedimientos cubiertos, términos y condiciones, así como las exclusiones establecidas para cada uno de los beneficios dentales, se podrán consultar en la página www.qualitassalud.com.mx.

Esta cobertura es contratada por QSalud con un prestador de servicios que brinda esta atención.

3. Atención Visual.

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

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

Exclusiones particulares de la cobertura Atención Visual:

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

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

Suma Asegurada.

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

Para más información sobre el alcance, términos y condiciones, así como las exclusiones establecidas para el beneficio de atención visual se podrán consultar en la página www.qualitassalud.com.mx.

Esta cobertura es contratada por QSalud con un prestador de servicios que brinda esta atención.

4. Asistencia funeraria.

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

- **Recolección de cuerpo.**
- **Arreglo estético del cuerpo.**
- **Ataúd metálico.**
- **Sala de velación.** El servicio puede otorgarse al domicilio sin costo adicional.
- **Gestión de trámites y permisos para traslados.**
- **Asesoría jurídica testamentario vía telefónica.**
- **Servicio de tanatología.** En el área metropolitana es de manera presencial y para el interior de la República Mexicana la consulta estará sujeta a disponibilidad o por videoconsulta. Este servicio se otorga a un familiar del Asegurado fallecido con un alcance de dos sesiones de 55 minutos.
- **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) y trasladarlo (ya sea vía terrestre o aérea según el tiempo y la distancia de cada caso en particular) a una agencia funeraria en el lugar en el cual residía el finado, dentro del territorio mexicano, siempre y cuando se cuente con el certificado de defunción correspondiente y las autoridades lo permitan.

El servicio incluye:

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

No se considera el traslado de las cenizas del fallecido.

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

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

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

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

Esta cobertura es contratada por QSalud con un prestador de servicios que brinda esta atención.

5. Fracturas.

Si durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado sufre alguna fractura de hueso, QSalud pagará la suma asegurada contratada e indicada en la Carátula de Póliza.

Para poder hacer efectiva la cobertura será necesario que el diagnóstico definitivo sea realizado por el Médico especialista (Ortopedista, Traumatólogo, Urgenciólogo), y se le haya realizado al menos uno de los siguientes estudios que sustenten el diagnóstico:

- Rayos X
- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Resonancia magnética nuclear (RMN)

La Suma Asegurada es única dentro de la vigencia de la póliza para cada Asegurado, independientemente del número de fracturas que se presenten en el siniestro.

Exclusiones de la cobertura.

No se cubren fisuras.

No se cubren las fracturas patológicas de hueso, mismas que se presentan en personas con alguna enfermedad preexistente que debilite los huesos, así se haya producido en conjunto con un traumatismo previo. De manera enunciativa más no limitativa las siguientes enfermedades: osteoporosis, osteopenia, osteomalacia, tumores óseos, raquitismo, así como enfermedades metabólicas,

metástasis ósea y otras que produzcan el debilitamiento de los tejidos de los huesos, con o sin un traumatismo previo al inicio de Vigencia de la Póliza.

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

No se cubre la fractura de los huesos propios de la nariz, con independencia de su causa.

IV. Módulos de Coberturas opcionales con costo.

1. Indemnización por Enfermedades graves.

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

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

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

- a) **Enfermedad vascular cerebral o Accidente vascular cerebral:** Lesión en el cerebro por falta de irrigación sanguínea que ocurre cuando el flujo de sangre que debe

llegar al cerebro se detiene por varios segundos o bien, cuando existe un derrame de sangre en el cerebro o alrededor del mismo. Existen dos tipos de accidentes cerebrovasculares: isquémicos (obstrucción del flujo de sangre) y hemorrágicos (derrame de sangre).

Este procedimiento no cuenta con periodo de espera.

- b) Insuficiencia renal crónica:** Es la presencia de daño renal con una duración igual o mayor a tres meses, caracterizado por anomalías estructurales o funcionales con o sin descenso de la tasa de filtración glomerular a menos de 60ml/min/1.73m² (K/DOQI, 2002). Considerándose como un proceso fisiopatológico multifactorial de carácter progresivo e irreversible que frecuentemente lleva a un estado terminal, en el que el paciente requiere terapia de reemplazo renal, es decir diálisis o trasplante para poder vivir.

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

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

Este procedimiento no cuenta con periodo de espera.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- b) **Ooforectomía:** Cirugía para extirpar los ovarios.
Este procedimiento cuenta con un periodo de espera de 12 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera.

- c) **Histerectomía:** Cirugía para extirpar la matriz.
Este procedimiento cuenta con un periodo de espera de 12 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera.

- d) **Colecistectomía:** Cirugía para extirpar la vesícula biliar.
Este procedimiento cuenta con un periodo de espera de 12 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera.

- e) **Hernioplastia inguinal:** Es la cirugía que se practica para reparar una hernia en una o en ambas ingles.
Este procedimiento cuenta con un periodo de espera de 12 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera.

- f) **Amigdalectomía:** Cirugía para la extirpación de las anginas (amígdalas).
Este procedimiento cuenta con un periodo de espera de 12 meses y opera de acuerdo con lo indicado en el apartado V. Periodos de Espera.

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

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

h) Litotripsia: Procedimiento para desintegrar cálculos renales o en cualquier parte del tracto urinario, para extraer cálculos renales, uretrales y vesicales, que están causando dolor, obstrucción, infección y sangrado prolongado o grave.

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

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

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

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

3. Indemnización por Enfermedades que requieren hospitalización.

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

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

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

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

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

Esta enfermedad no cuenta con periodo de espera.

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

Esta enfermedad no cuenta con periodo de espera.

c) Preeclampsia o Eclampsia: La Preeclampsia es la hipertensión de reciente comienzo o el empeoramiento de una hipertensión preexistente con proteinuria después de las 20 semanas de embarazo. La Eclampsia es la presencia de

convulsiones generalizadas inexplicables en pacientes con preeclampsia en mujeres embarazadas.

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

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

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

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

4. Indemnización por Enfermedades crónicas.

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

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

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

a) Diabetes mellitus: Enfermedad que se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre, a causa de la incapacidad del cuerpo de producir o poder utilizar de manera adecuada la propia insulina.

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

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

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

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

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

Para poder realizar el pago de la Suma asegurada debe existir un diagnóstico médico definitivo por parte del médico de la especialidad correspondiente, soportado con estudios de diagnóstico y/o tratamiento. Para las enfermedades de Diabetes mellitus e Hipertensión arterial sistémica, en adición a lo especificado anteriormente, el diagnóstico debe ser realizado por

un médico de primer contacto o médico especialista elegido libremente por el Asegurado entre las opciones que QSalud le proporcione de la especialidad que se requiera.

5. Reembolso de Gastos médicos por Accidente.

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

Los gastos amparados por esta cobertura son los siguientes:

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

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

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

Esta cobertura aplica para cada Accidente cubierto por la Póliza.

Tratándose de lesiones de nariz, columna vertebral o rodilla, se considerarán Accidentes siempre y cuando exista una Fractura,

debiendo presentar la interpretación de la radiografía correspondiente.

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

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

6. Indemnización diaria por hospitalización.

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

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

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

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

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

7. Indemnización por muerte accidental.

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

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

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

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

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

En caso de fallecimiento de Asegurados a partir de los 18 años en adelante la indemnización se realizará al Asegurado titular.

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

8. Incremento de Suma asegurada para Enfermedades crónicas.

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

Esta Suma asegurada adicional se compone de 2 montos: el primero se pagará al Asegurado junto con la indemnización para cada una las Enfermedades crónicas contratadas de **Hipertensión arterial sistémica y/o Diabetes mellitus**, y el segundo monto se pagará al Asegurado una vez al año, durante los siguientes 5 años a partir de la próxima renovación de Póliza siempre y cuando esta se encuentre vigente.

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

V. Periodos de Espera.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

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

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

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

VI. Pago de Indemnizaciones para todas las coberturas.

a) Comprobación de la reclamación.

El Asegurado o Beneficiario, debe presentar los documentos correspondientes requeridos por Qsalud que se mencionan a continuación, los cuales podrá consultar en la página www.qualitassalud.com.mx, debidamente requisitados para solicitar el pago correspondiente a la cobertura contratada.

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

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

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

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

Adicionalmente se deberá presentar para este concepto:

- Formatos de declaración de fallecimiento.
 - Acta de defunción del Asegurado titular.
 - Carpeta de investigación o averiguación Ministerio Público completa (debe incluir resultado necropsia).
- Informe médico firmado por el médico tratante en que se señale el diagnóstico.

- Estudios de diagnóstico y/o tratamiento que hayan servido para la determinación del diagnóstico junto con la interpretación respectiva.
- Comprobante oficial del hospital donde se compruebe la hospitalización donde se encuentre el nombre del Asegurado, la fecha de entrada y salida del hospital, en caso de la cobertura **Indemnización diaria por hospitalización**.
- Para la **Cobertura de Indemnización por Muerte Accidental**, debes presentar el acta de defunción del Asegurado.
- Para la cobertura de **Reembolso de Gastos Médicos por Accidente**, debes presentar las facturas correspondientes que amparen los gastos realizados en la atención del accidente en formatos PDF y XML.
En caso de que el Asegurado afectado sea un menor de edad, el reembolso de los gastos se realizará a los padres, tutor o quien ejerza la patria potestad del mismo.
- Formato Conoce a tu cliente.
- En el caso de Indemnizaciones deberás proporcionar Número de cuenta CLABE y encabezado de estado de cuenta bancaria del asegurado con una vigencia no mayor a tres (3) meses.
- En todos los casos mencionados anteriormente se deberá presentar comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres (3) meses.

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

En caso de que QSalud requiera elementos adicionales para el análisis de la procedencia de la reclamación, podrá realizar, además, una investigación médica relacionada con los hechos informados y documentos presentados por el Asegurado, así como solicitar cualquier otro tipo de documento o examen que juzgue necesario para la evaluación de la procedencia del siniestro. Para

lo anterior, el Asegurado deberá autorizar por escrito al Médico tratante, así como a las entidades de prestación de servicios de salud que participaron en su atención, para que, en su caso, provean la información solicitada. Los gastos derivados de dicha investigación médica correrán a cargo y por cuenta de QSalud.

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

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

Cuantía de la Indemnización.

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

b) Reembolso

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

c) Aplicación de Franquicia.

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

d) Aplicación de Copago.

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

VII. Exclusiones Generales.

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

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

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

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

- 13. Se excluyen los tratamientos y métodos de anticoncepción y cualquier otro relacionado a la planificación familiar.**
- 14. No se cubren medicamentos que no hayan sido prescritos por el médico tratante o bien que no tengan relación con el padecimiento que originó la consulta.**
- 15. Enfermedades o malformaciones Congénitas de los Asegurados nacidos fuera de la Póliza o cuando la madre no cumpla con al menos 10 meses de cobertura continua en la Póliza o cuando su alta sea solicitada posterior a los 30 (treinta) días siguientes a su fecha de nacimiento.**
- 16. Tratamientos de miopía, presbiopía, hipermetropía, astigmatismo, queratocono, independientemente de sus causas y orígenes.**
- 17. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida, concesionada o que sea privada, para el servicio regular de pasajeros sujeta a itinerarios, frecuencia de vuelos y horarios regulares, así como vuelos en aviones ultraligeros con y sin motor ni aviación privada.**
- 18. Lesiones o Accidentes derivados de la participación del Asegurado en carreras, pruebas o contiendas de velocidad y/o resistencia.**
- 19. No se cubren Accidentes, Enfermedades o lesiones causadas por el uso, conducción y/o operación de armas de fuego o municiones de cualquier tipo, explosivos de cualquier clase, pólvora, mechas, fulminantes, detonadores, fuegos artificiales y artefactos pirotécnicos.**
- 20. No se cubren Accidentes, Enfermedades o lesiones causados por la fabricación o producción o comercialización o**

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

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

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

25. No se cubren las órtesis o aparatos ortopédicos por pérdida, reposición, destrucción o mal uso. Estos gastos corren a cargo del Asegurado.
26. No se cubren órtesis ni aparatos ortopédicos para padecimientos preexistentes, únicamente se cubrirán para aquellos Accidentes cubiertos por la Póliza.
27. Tratamientos o procedimientos para tratar la impotencia sexual o la disfunción eréctil, aun cuando sean causados o a consecuencia de Enfermedades, Accidentes, tratamientos o cirugías cubiertas, así como secuelas y/o complicaciones.
28. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales y/o maxilofaciales aun cuando sean causados por complicaciones de Enfermedades, cuyos gastos estén cubiertos excepto lo indicado en la Cobertura 2. Atención Dental de la sección II. Coberturas opcionales con costo de las presentes Condiciones generales siempre y cuando su contratación se encuentre indicada en la Carátula de Póliza correspondiente.
29. Cuando el Asegurado participe en algún protocolo médico experimental y/o en investigación, tanto en territorio nacional como en el extranjero.
30. Tratamientos, técnicas o tecnologías médicas que no estén autorizados o referidos en México por la Secretaría de Salud, la COFEPRIS (Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios), por la FDA, (por sus siglas en inglés Food and Drug

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

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

los candidatos a donación, excepto lo estipulado en la cobertura de indemnización por trasplante de órganos de las presentes Condiciones generales.

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

Asimismo, en ningún caso quedan cubiertos los gastos médicos y hospitalarios de las Enfermedades catalogadas en la última versión del DSM Diagnostical and Stadistical Manual of Mental Disorder (Manual Diagnóstico y Estadístico de los

Trastornos Mentales) de la Asociación Americana de Psiquiatría.

45. Las siguientes fórmulas, preparaciones y/o productos aún por prescripción médica del Médico tratante perteneciente a la Red de Prestadores de servicio en convenio con QSalud:
- 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
46. No se cubrirán los gastos generados por la compra de medicamentos que no cuenten con registro sanitario ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y/o no tengan licencia de comercialización en México, aun y cuando sean indicados o justificados por el médico tratante perteneciente a la Red de Prestadores de servicio en convenio con QSalud o el Asegurado cuente con permiso de importación. Para el caso de cáncer no se cubrirán aquellos medicamentos que no se encuentren indicados en las Guías Terapéuticas de la National Comprehensive Cancer Network (NCCN).
47. No se cubren hospitalizaciones o indemnizaciones derivadas de:
- Tratamientos psiquiátricos.
 - Trastornos de enajenación mental.
 - Trastornos de la conducta.

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

VIII. Cláusulas generales.

Agravación del riesgo.

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

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

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

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

Altas de Asegurados.

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

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

- Que la Madre Asegurada tenga al menos 10 (diez) meses de cobertura continua en la presente Póliza, al momento del nacimiento.
- Se notifique a QSalud dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes al nacimiento.

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

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

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

Arbitraje médico.

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

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

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

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

Autorización a través de medios electrónicos.

El Asegurado titular y/o Contratante y QSalud convienen que el uso de las claves y contraseñas, constituyen vehículos de autenticación, identificación y expresión del consentimiento, y que estas serán utilizadas en sustitución del nombre y la firma autógrafa del Asegurado titular y/o Contratante, por lo que todas las

operaciones que se realicen a través de cualquiera de los canales de contratación enunciados en el contrato, se entenderán autorizadas al proporcionar los datos correspondientes a las claves y contraseñas respectivas, cuyo uso, custodia y/o resguardo es responsabilidad exclusiva del Asegurado titular y/o Contratante, por lo que estos últimos liberan a la Institución de cualquier uso indebido de las mismas. De toda operación efectuada por el Asegurado titular y/o Contratante a través de cualquiera de los canales de contratación enunciados en el contrato, la Institución emitirá la confirmación correspondiente, sin perjuicio de que el o los sistemas que al efecto se utilicen, conserven los registros respectivos.

Bajas de Asegurados.

En caso de solicitar la baja de algún(os) Asegurado(s) de la Póliza, ésta debe realizarse por escrito con firma del Contratante o Asegurado titular. La Baja aplicará a partir de la fecha de recepción por parte de QSalud y por lo tanto los beneficios del seguro para estos Asegurados cesarán desde ese momento, devolviéndose al Contratante o Asegurado titular el monto correspondiente a lo especificado en la Cláusula *Terminación Anticipada o cancelación del Contrato* de las presentes Condiciones generales, sin incluir derechos de Póliza.

Beneficios fiscales.

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

El Asegurado y/o Contratante podrán hacer deducible de impuestos, en los términos y límites establecidos de la legislación

fiscal, las cantidades que haya pagado en exceso de los límites de responsabilidad de QSalud; o bien, de los gastos no cubiertos por la Póliza.

Cambio de Suma asegurada y/o alta o baja de coberturas opcionales.

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

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

Para solicitar dichos cambios, el Contratante o Asegurado titular deberá solicitar a QSalud por escrito dichos cambios y deberá llenar y firmar la Solicitud de Seguro con la finalidad que QSalud realice el proceso de selección médica.

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

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

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

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

Cambio de producto.

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

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

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

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

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

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

Competencia.

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

- Unidad Especializada de Atención a Usuarios de QSalud en términos del artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al

Usuario de Servicios Financieros.

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

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

Concurrencia.

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

siempre y cuando este haya otorgado su consentimiento en el finiquito correspondiente.

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

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

Continuidad del Seguro.

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

Contrato de Seguro o Póliza.

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

Este Contrato de seguro está formado por:

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

Corrección del Contrato de seguro y Notificaciones.

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

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

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

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

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

Dependientes económicos.

Podrán ser dependientes económicos del Asegurado titular en esta Póliza:

- Su cónyuge, entendiéndose como tal la persona con quien el Asegurado titular haya contraído matrimonio, o su concubina o concubinario, o la persona con quien viva en sociedad de convivencia.
- Los hijos del Asegurado titular y/o de su cónyuge.
- Padre y/o madre del Asegurado titular.

Designación de beneficiarios.

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

El Asegurado titular puede renunciar al derecho de cambiar la designación del Beneficiario, haciendo una designación irrevocable siempre que la notificación de esa renuncia se haga por escrito al Beneficiario y a QSalud y que conste en la presente

Póliza, como lo prevé el Artículo 176 de la Ley sobre el Contrato de Seguro. Si habiendo varios Beneficiarios falleciere alguno, la parte correspondiente se distribuirá en partes iguales entre los supervivientes, salvo indicación en contrario del Asegurado titular.

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

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

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

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

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

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra

Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma asegurada.

Edad.

La Edad de aceptación para la contratación del seguro será desde el primer día de nacidos y hasta la edad máxima de 69 años cumplidos. Para este Contrato de seguro no existe un límite de Edad para la Renovación.

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

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

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

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la Edad del Asegurado, y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de QSalud se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la Edad real en la fecha de celebración del

Contrato de seguro. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes a la fecha de celebración del Contrato de seguro de acuerdo con el artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. A partir de la comprobación de la Edad real se realizará el ajuste correspondiente en primas.

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

Eliminación o reducción de periodos de espera.

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

Entrega de la documentación contractual.

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

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

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

perjuicio de brindar al Contratante o Asegurado titular la posibilidad de descargar su documentación contractual en el portal.

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

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

Examen Médico.

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

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

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

Extinción de Obligaciones.

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

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

- Disimular, omitir o declarar falsa o Inexactamente, las circunstancias correspondientes a la realización o reclamación del Siniestro y/ o las consecuencias de la reclamación o de la realización del Siniestro; o,

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

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

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

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

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

No obstante, lo anterior, QSalud cumplirá íntegramente y de acuerdo con los límites máximos de responsabilidad, Sumas

aseguradas y demás términos y condiciones pactadas en este Contrato de Seguro, incluyendo las obligaciones de pago derivadas o que puedan derivarse de las reclamaciones y Siniestros que se hubiesen presentado y reclamado válidamente hasta antes de la fecha de Extinción de Obligaciones de QSalud y sean distintos a la que motivó la citada extinción de obligaciones.

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

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

Forma de pago.

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

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

Indemnización por Mora.

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

Moneda.

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

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

Notificaciones.

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

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

Limitación en la intermediación.

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

Lugar de pago.

Las primas convenidas serán pagadas en cualquiera de los domicilios de QSalud o mediante cualquier otro medio de pago

que QSalud ponga a disposición del Asegurado; para lo cual, el Contratante y/o Asegurado titular deberá obtener y conservar el comprobante de dicha operación para futuras referencias y aclaraciones.

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

Omissiones o Inexactas Declaraciones.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Otorgamiento del consentimiento.

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

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

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

- I. Las operaciones y/o servicios que se pactarán mediante el uso de medios de identificación y aceptación serán el otorgamiento del consentimiento para la celebración de este contrato y para quedar asegurado bajo el mismo.
- II. El Contratante y/o Asegurado titular será responsable de proporcionar los medios de identificación correctamente para estar en posibilidades de ser Asegurado titular.

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

La utilización de los medios a que hace referencia el artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, implica la

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

Otros seguros.

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

Periodo para informar la ocurrencia del siniestro.

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

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

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

Periodo de beneficio.

Mientras el Asegurado renueve su Póliza de Seguro con QSalud para el período inmediato siguiente al del vencimiento de esta Póliza, los gastos por cada Enfermedad o Accidente cubiertos se continuarán pagando hasta certificarse la curación a través del Alta médica o hasta agotar la Suma asegurada contratada en la fecha en la que se diagnosticó la Enfermedad u ocurrió el Accidente, lo que ocurra primero. Si esta Póliza no se renueva o se cancela y existen gastos erogados por conceptos de Enfermedades diagnosticadas o Accidentes ocurridos en la vigencia de esta Póliza, estos se cubrirán vía Reembolso hasta certificarse la curación de la Enfermedad o Accidente que se trate a través del Alta médica, al agotar la Suma asegurada convenida entre las partes o hasta setecientos treinta (730) días naturales contados a partir de la fecha de término de Vigencia o a partir de la fecha de cancelación de la Póliza correspondiente, lo que ocurra primero.

Periodo de gracia.

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

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

Este periodo puede variar previo acuerdo con el Contratante.

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

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

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

Periodo al descubierto.

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

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

Prima.

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

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

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

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

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

Primer recibo.

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

Recibos subsecuentes.

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

Prescripción.

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

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

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

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

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

Revelación de Comisiones.

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

Renovación.

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

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

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

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

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

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

Fecha de antigüedad.

Es la fecha a partir de la cual el Asegurado ha estado cubierto de forma continua e ininterrumpida en una Póliza con características similares, siempre y cuando esta situación sea reconocida por

QSalud expresamente al momento de la contratación del seguro. Dicha fecha se encuentra señalada en la Carátula de Póliza.

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

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

Rehabilitación del Contrato.

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

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

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

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

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

Residencia.

El Contratante y/o Asegurado titular tienen la obligación de notificar a QSalud el lugar de residencia de sus dependientes económicos cuando éstos no vivan en el mismo domicilio del Asegurado titular.

Responsabilidad de QSalud.

En los términos de esta Póliza, queda entendido que el Asegurado al elegir libre y voluntariamente el Hospital, Clínica, Sanatorio, Laboratorio, Gabinete o Farmacia, así como los Médicos que le atienden y en general cualquier servicio derivado del presente contrato, que tenga por objeto, brindar atención médica para la recuperación y restablecimiento de su salud, asume que la relación que establece con cualquiera de los Prestadores de servicio en convenio mencionados anteriormente, tiene carácter estrictamente personal, por lo que el vínculo contractual derivado de esa elección libre y voluntaria se establece únicamente, entre tales Prestadores de servicio en convenio y el Asegurado.

Separación de Póliza.

Cualquier Asegurado que haya solicitado su separación de la Póliza, podrá solicitar su inclusión a una Póliza nueva o a una Póliza existente en el mismo plan, coberturas y características, si dicha solicitud y el pago de la prima de Seguro correspondiente se realiza dentro de los 30 (treinta) días naturales siguientes a la fecha de su

separación de la Póliza. No requerirá para ello pruebas de asegurabilidad.

Transcurrido este plazo, podrá contratar una Póliza nueva, pasando por el proceso de selección médica.

Suma asegurada máxima.

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

- **Indemnización por Enfermedades graves.** Suma asegurada máxima \$300,000.00 (Trescientos mil pesos 00/100 MN).
- **Indemnización por Procedimientos médicos o quirúrgicos derivados de una enfermedad.** Suma asegurada máxima \$300,000.00 (Trescientos mil pesos 00/100 MN).
- **Indemnización por Enfermedades que requieren hospitalización.** Suma asegurada máxima \$80,000.00 (Ochenta mil pesos 00/100 MN).
- **Indemnización por Enfermedades crónicas.** Suma asegurada máxima \$150,000.00 (Ciento cincuenta mil pesos 00/100 MN).

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

Sustitución de firma autógrafa.

Derivado de lo pactado en el apartado de Otorgamiento de consentimiento, el Contratante y/o Asegurado titular y QSalud convienen que, de conformidad con los términos establecidos en

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

Terminación o Cancelación del contrato.

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

En caso de haberse contratado directamente con QSalud, podrá acudir o bien comunicarse a la oficina de servicio en donde efectuó la contratación, cuyo domicilio y número de teléfono se indican en la Carátula de Póliza. Si la contratación del seguro se efectuó vía telefónica y la solicitud de terminación se desea realizar por el mismo medio, se deberá cumplir con lo establecido a continuación:

En todos los casos, previo a efectuar la terminación del Contrato de seguro, será verificada y/o certificada por parte de QSalud la autenticidad y veracidad de la identidad de la persona que está efectuando la solicitud de terminación respectiva y posterior a ello, será proporcionado el acuse de recibo.

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

Tarifa corto plazo

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

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

Territorialidad.

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

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

IX. Definiciones.

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

Accidente.

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

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

Aparatos ortopédicos.

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

Asegurada(o) dependiente.

Persona incluida en la Póliza, que cumple con los requisitos de asegurabilidad señalados en este contrato, que ha sido autorizada por QSalud y que cuenta con derecho a los beneficios del presente Contrato de seguro.

Asegurada(o) titular.

Persona física que cumple con los requisitos de asegurabilidad del presente contrato, residente en territorio nacional, que puede ser también Contratante y que tiene la obligación de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, además de firmar como responsable en la solicitud del seguro y que en adición

al Contratante puede solicitar modificaciones y/o ajustes a la póliza.

Complicaciones del embarazo.

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

Consulta médica.

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

Contratante.

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

Contrato de seguro o póliza.

Este Contrato de seguro está conformado por:

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

a solicitud de QSalud, incluyendo también historia clínica, estudios y/o exámenes médicos practicados al Asegurado.

- Cualquier otro documento utilizado para la contratación del seguro.

Copago.

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

Endoso.

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

Enfermedad.

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

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

Enfermedad crónica.

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

Enfermedad grave.

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

Fecha de alta.

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

Fecha de inicio de vigencia.

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

Fecha de antigüedad.

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

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

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

Fisura.

Fractura incompleta del hueso, que afecta solo a la capa del periostio (es el tejido que cubre al hueso).

Fractura de Hueso.

Es la discontinuidad o interrupción del tejido óseo (hueso).

Esta puede acompañarse de una lesión de mayor o menor grado en articulaciones, músculos, vasos y/o nervios y que comúnmente es tratada quirúrgicamente o mediante un método conservador (férula, yeso, etc).

Franquicia.

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

Hospital, clínica o sanatorio.

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

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

Hospitalización.

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

responsiva que firme el propio Asegurado, sus familiares o responsable del Asegurado.

Madre asegurada.

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

Medicamento.

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

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

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

Médico general.

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

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

Médico especialista.

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

Medios electrónicos.

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

Órtesis.

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

Osteoporosis.

Enfermedad del tejido óseo que es sistémica y que se caracteriza por comprometer la estructura ósea, lo que conlleva a una reducción en la resistencia del hueso, incrementando su fragilidad y el riesgo de fracturas.

Osteopenia.

Disminución de la densidad mineral del tejido óseo que puede ser una condición precursora de la osteoporosis.

Osteomalacia.

Grupo de trastornos en el adulto en los que se presenta una estructuración defectuosa del tejido óseo en cualquier parte del cuerpo, disminuyendo la resistencia del hueso.

Prescripción médica.

La prescripción que haga el Médico deberá cumplir con lo establecido en la legislación vigente y aplicable. Es requisito indispensable que el (los) médico(s) tratante(s) haya(n) participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado en la atención del Accidente o Enfermedad cubierta y comprobable mediante las notas médicas y avaladas con la firma respectiva en el expediente clínico, integrado de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana respectiva.

Enfermedad preexistente.

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

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

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

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

Pago por reembolso.

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

Periodo de espera.

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

Prestadores de servicio en convenio.

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

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

QSalud.

Quálitas Salud S.A. de C.V.

Raquitismo.

Enfermedad del hueso en niños y adolescentes en crecimiento, causada por un fallo en la calcificación del tejido óseo, lo que genera una reducción en la resistencia del hueso.

Siniestro.

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

Solicitud de seguro.

Documento que comprende la voluntad de una persona para adquirir este Contrato de seguro y que con la aceptación de

QSalud se convierte en Contratante y expresa la protección solicitada e información para la debida evaluación del riesgo.

Este documento forma parte del Contrato de seguro.

Subrogación.

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

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

Suma asegurada.

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

Procedimiento o Tratamiento médico o quirúrgico.

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

Urgencia o Emergencia médica.

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

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

Vigencia.

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

X. Significado de Abreviaturas.

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día: 16 de septiembre de 2023, con el número PPAQ-H0718-0005-2023 / CONDUSEF-005800-03.