MetLife

Met4U 2026

Condiciones generales

RECAS: CONDUSEF-007165-03

Contenido

1. Apartado uno – Objeto del seguro 1
2. Apartado dos – Definiciones 1
   2.1. Contratante 1
   2.2. Asegurado 1
   2.3. Beneficiario 1
   2.4. Prima básica 1
   2.5. Recargo fijo 1
   2.6. Prima adicional 1
   2.7. Extraprima 1
   2.8. Suma Asegurada 1
   2.9. Costos del seguro 1
   2.10. Fondo “total” 2
      2.10.1. Fondo “Del Seguro” 2
      2.10.2. Fondo “De Ahorro” 2
      2.10.3. Fondo “Plan Personal de Retiro” 2
      2.10.4. Fondo “Cuenta Personal Especial para el Ahorro” 2
   2.11. Domiciliación 2
   2.12. Endoso 2
   2.13. Accidente 2
   2.14. Culpa grave
   2.15. Periodo de espera 3
   2.16. Enfermedad o padecimiento preexistente 3
   2.17. Primera ocurrencia 3
   2.18. Soporte diagnóstico 3
   2.19. Médico legalmente autorizado 3
   2.20. Médico especialista 3
   2.21. Certificación médica 3
   2.22. Exclusiones 3
   2.23. Siniestro 4
3. Apartado tres – Descripción de coberturas 4
   3.1. Cobertura Básica por Fallecimiento y Beneficio por Supervivencia 4
   3.2. Cobertura Básica por Invalidez (PASI) 4
      3.2.1. Definición 4
      3.2.2. Pago de Suma Asegurada por invalidez total y permanente 4
      3.2.3. Pruebas para acreditar la invalidez total y permanente 5
      3.2.4. Exclusiones aplicables para la cobertura de Invalidez Total y Permanente 5
      3.2.5. Terminación de la cobertura de Invalidez Total y Permanente 6
   3.3. Coberturas adicionales que pueden ser contratadas 6
      3.3.1. Cobertura adicional de pago anticipado por Enfermedad Terminal (ET) 6
         3.3.1.1. Definición 6
         3.3.1.2. Descripción de la cobertura Enfermedad Terminal 7
         3.3.1.3. Periodo de espera de la cobertura Enfermedad Terminal 7
         3.3.1.4. Pruebas para acreditar la enfermedad terminal 7
         3.3.1.5. Ajuste de Suma Asegurada 7
         3.3.1.6. Exclusiones aplicables para la cobertura de Enfermedad Terminal 8
         3.3.1.7. Terminación de la cobertura Enfermedades en fase Terminal 8
      3.3.2. Cobertura Adicional de Enfermedades o Padecimientos Graves (GE) 8
         3.3.2.1. Definición 8
         3.3.2.2. Descripción de la cobertura de Enfermedades o Padecimientos Graves 11
         3.3.2.3. Periodo de espera de la cobertura de Enfermedades o Padecimientos Graves 11
         3.3.2.4. Pruebas para acreditar la indemnización por enfermedades o padecimientos graves 12

3.3.2.5. Exclusiones aplicables a la cobertura de Enfermedades o Padecimientos Graves 12
3.3.2.6. Terminación de la cobertura de Enfermedades o Padecimientos Graves 14
3.3.3. Cobertura Adicional de Diabetes (DIAB) 14
3.3.3.1. Definición 14
3.3.3.2. Descripción de la cobertura de Diabetes 15
3.3.3.3. Periodo de espera de la cobertura de Diabetes 15
3.3.3.4. Pruebas para acreditar la indemnización por la cobertura de Diabetes 15
3.3.3.5. Exclusiones aplicables a la cobertura de Diabetes 16
3.3.3.6. Terminación de la cobertura de Diabetes 16
3.3.4. Cobertura Adicional por Cáncer (CAT) 17
3.3.4.1. Definiciones 17
3.3.4.1.1. Cáncer con metástasis 17
3.3.4.1.2. Cáncer “in situ” 17
3.3.4.1.3. Cirugía 17
3.3.4.1.4. Radioterapia 17
3.3.4.1.5. Quimioterapia 17
3.3.4.1.6. Cirugía reconstructiva 17
3.3.4.1.7. TNM 17
3.3.4.1.8. Tumor 18
3.3.4.2. Cobertura de Indemnización Parcial por Diagnóstico de Cáncer “in situ” 18
3.3.4.3. Cobertura de Indemnización Parcial por Tratamiento de Cáncer “in situ” 19
3.3.4.4. Cobertura de Indemnización Total por Cáncer 19
3.3.4.5. Periodo de espera de la cobertura de Cáncer 19
3.3.4.6. Pruebas para acreditar la indemnización por cáncer 19
3.3.4.7. Beneficiarios para la cobertura de Cáncer 20
3.3.4.8. Exclusiones de la cobertura de Cáncer 20
3.3.4.8.1. Exclusiones de la cobertura de Indemnización Parcial por Cáncer “in situ” 21
3.3.4.8.2. Exclusiones de la cobertura de Indemnización Parcial por Tratamiento de Cáncer “in situ” 21
3.3.4.8.3. Exclusiones de la cobertura de Indemnización Total por Cáncer 21
3.3.4.9. Terminación de la cobertura por Cáncer 22
4. Apartado cuatro – Cláusulas particulares 23
4.1. Administración de la prima adicional 23
4.2. Costos del seguro 24
4.3. Valor de rescate 24
4.4. Retiros parciales 25
4.5. Estado de cuenta 25
4.6. Actualización de Suma Asegurada y prima 25
4.6.1. Incremento automático lineal de Suma Asegurada y actualización de prima 25
5. Apartado cinco – Exclusiones 25
5.1. Suicidio 25
6. Apartado seis – Cláusulas generales 25
6.1. Edades de aceptación 25
6.2. Contrato de seguro 26
6.3. Beneficios convenidos 26
6.4. Plazo del seguro 26
6.5. Moneda 26
6.6. Fecha de inicio de vigencia de la póliza 26
6.7. Vigencia del seguro 26
6.8. Pago de primas 26
6.9. Periodicidad de pago 27

6.10. Cancelación del seguro 27
6.11. Omisiones o declaraciones inexactas 27
6.12. Indisputabilidad 28
6.13. Modificaciones y notificaciones 28
6.14. Inmutabilidad 28
6.15. Actualización de la operación del seguro 28
6.16. Carencia de restricciones 28
6.17. Cambio de ocupación 28
6.18. Edad real 30
6.19. Indemnizaciones 30
6.20. Opciones de liquidación para la cobertura Básica de Fallecimiento 31
6.20.1. Adelanto de Suma Asegurada para la cobertura Básica por Fallecimiento para el pago de servicios funerarios 31
6.20.2. Pago total de la Suma Asegurada por fallecimiento 32
6.21. Indemnización por mora 32
6.22. Deducciones 32
6.23. Beneficiarios 32
6.24. Prescripción 33
6.25. Competencia 33
6.26. Derecho del Contratante para conocimiento del porcentaje de intermediación 33
6.27. Rehabilitación 34
6.28. Referencias legales 34
6.29. Entrega de condiciones generales 34
6.30. Fiscales 34

1. Apartado uno – Objeto del seguro

MetLife México S.A. de C.V. en adelante denominada MetLife, se obliga a pagar a los beneficiarios designados, siempre que la póliza se encuentre vigente a la fecha del siniestro, la Suma Asegurada prevista en este contrato de seguro al recibir las pruebas requeridas de la ocurrencia del evento amparado bajo la cobertura contratada.

2. Apartado dos – Definiciones

2.1. Contratante

Es aquella persona física o moral, que lleva a cabo con MetLife la celebración del contrato y realizará el pago de la prima.

2.2. Asegurado

El Asegurado es la persona física expuesta a los riesgos cubiertos a través del presente contrato.

2.3. Beneficiario

Es la persona o personas designadas por el Asegurado, o por ley si no hay designación, que tienen derecho a recibir el pago asegurado según lo contratado.

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

2.4. Prima básica

Es la cantidad de dinero pactada entre el Contratante y MetLife, que ingresa a la póliza correspondiente a la cobertura de Protección por Fallecimiento o Supervivencia, a la cobertura de protección por invalidez, beneficios adicionales contratados y el recargo fijo.

2.5. Recargo fijo

Es el monto actualizable periódicamente que se destina para cubrir gastos de operación por la administración de la póliza.

2.6. Prima adicional

Cualquier cantidad de dinero que el Contratante ingrese de manera opcional en exceso a la prima básica, ya sean programadas o extraordinarias.

2.7. Extraprima

Prima adicional en cualquiera de las coberturas contratadas para cubrir un riesgo mayor al considero en la prima básica y se calcula con base en la información declarada en la solicitud del seguro al momento de la contratación.

2.8. Suma Asegurada

Es el monto máximo que MetLife pagará al ocurrir el evento amparado, según las coberturas contratadas, siempre que ocurra dentro de la vigencia de la póliza.

2.9. Costos del seguro

Es el costo de las coberturas contratadas más el gasto de administración e intermediación de la póliza que MetLife deducirá mensualmente.

2.10. Fondo “Total”

Para efecto de administración y correcta clasificación de las aportaciones de primas que se reciban por parte del Contratante el saldo del fondo “Total” se administrará en esquemas independientes para la correcta aplicación de los beneficios fiscales con los que cuentan las aportaciones de acuerdo con las disposiciones fiscales vigentes de la Ley del Impuesto Sobre la Renta, por lo anterior el fondo “Total” se define como la suma del saldo del fondo “Del Seguro” más el saldo del fondo “De Ahorro” más el saldo del fondo “Plan Personal de Retiro” más el saldo del fondo “Cuenta Personal Especial para el Ahorro”.

2.10.1. Fondo “Del Seguro”

Se compone de la prima básica incrementada con los intereses y/o rendimientos generados, descontando los costos del seguro y los retiros parciales que en su caso efectúen. La tasa de interés anual efectiva acreditada a este fondo, en ningún caso podrá ser menor al porcentaje registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

2.10.2. Fondo “De Ahorro”

Se compone de las primas adicionales que el Contratante desee ingresar a este fondo, más los intereses y/o rendimientos generados menos los retiros parciales que en su caso se efectúen.

La tasa de interés anual efectiva acreditada a este fondo no es garantizada, de tal forma que se puede llegar a ser positiva o negativa, lo que representa una plusvalía o minusvalía del saldo del fondo.

2.10.3. Fondo “Plan Personal de Retiro”

Se compone de las primas adicionales que el Contratante desee ingresar a este fondo más los intereses y/o rendimientos generados, menos los retiros parciales que en su caso efectúen, sólo podrán destinarse primas adicionales a este fondo de acuerdo con lo dispuesto por los artículos vigentes de la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR) y demás aplicables de la legislación fiscal.

La tasa de interés anual efectiva acreditada a este fondo no es garantizada, de tal forma que se puede llegar a ser positiva o negativa, lo que representa una plusvalía o minusvalía del saldo del fondo.

2.10.4. Fondo “Cuenta Personal Especial para el Ahorro”

Se compone de las primas adicionales que el Contratante destine a formar una Cuenta Personal Especial para el Ahorro, más los intereses y/o rendimientos generados, menos los retiros parciales que en su caso efectúen, sólo podrán destinarse primas adicionales a este fondo de acuerdo con lo dispuesto por los artículos vigentes de la Ley de Impuesto sobre la Renta (LISR) y demás aplicables de la legislación fiscal.

La tasa de interés anual efectiva acreditada a este fondo no es garantizada, de tal forma que se puede llegar a ser positiva o negativa, lo que representa una plusvalía o minusvalía del saldo del fondo.

2.11. Domiciliación

Opción para pago de la prima a través de una cuenta bancaria del Contratante. Para poder operar la domiciliación es necesaria la carta de autorización del Contratante para que se cargue a su cuenta el importe de la prima respectiva, dicho cargo puede operar en forma programada o por requerimiento del Contratante.

2.12. Endoso

Es el acuerdo establecido en un contrato de seguro cuyas cláusulas modifican, aclaran o dejan sin efecto parte del contenido de las condiciones de la póliza.

2.13. Accidente

Es un evento inesperado y externo que ocurre fuera del control del Asegurado, causando lesiones o la muerte.

No se considera accidente si las lesiones o la muerte fueron intencionales o resultado de negligencia o culpa grave del Asegurado.

2.14. Culpa grave

Cuando un acontecimiento es el resultado de una acción realizada por el Asegurado de forma atrevida, con exceso de confianza o con la intención de lograr el resultado obtenido.

2.15. Periodo de espera

Es el lapso que debe transcurrir ininterrumpidamente para el Asegurado desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura contratada, para que la indemnización por diagnóstico de enfermedades y/o padecimientos sea cubierta.

No serán cubiertos los padecimientos que, durante el periodo de espera, le hayan sido declarados al Asegurado o que se compruebe la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico practicado al Asegurado.

2.16. Enfermedad o padecimiento preexistente

Se entenderá como enfermedad o padecimiento preexistente, aquel:

- Que previamente a la celebración del contrato haya presentado el Asegurado, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

- Cuando MetLife cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico para resolver la procedencia de la reclamación.

- Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de una enfermedad y/o padecimiento.

2.17. Primera ocurrencia

Se referirá a la primera ocasión en que el Asegurado experimenta las manifestaciones y/o es diagnosticado mediante un soporte médico con la enfermedad y/o padecimiento cubierto por la cobertura contratada.

2.18. Soporte diagnóstico

Los resultados de los estudios clínicos, radiológicos y/o de laboratorio y gabinete practicados al Asegurado que sustenten el diagnóstico base de reclamación de la cobertura contratada que para efecto de la reclamación se deben presentar, así como el dictamen emitido por un médico que cuente con la especialidad médica en la enfermedad y/o padecimiento que se reclame, así como la historia clínica.

2.19. Médico legalmente autorizado

Persona legalmente autorizada mediante cédula profesional vigente para ejercer la medicina incluyendo médico cirujano homeópata.

2.20. Médico especialista

Médico avalado por un organismo colegiado de la ciencia médica en una especialidad, que cuente con cédula profesional de la especialidad.

2.21. Certificación médica

El diagnóstico u ocurrencia (confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, imagenológicas, histológicas, de laboratorio y/o de gabinete), efectuado por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y en su caso certificado por el consejo de la especialidad como experto en la materia respectiva.

2.22. Exclusiones

Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubiertos por la póliza, y que se encuentran expresamente indicadas.

2.23. Siniestro

Es la realización del evento amparado en la póliza de seguro, cuya procedencia dependerá del cumplimiento de las condiciones generales aplicables.

3. Apartado tres – Descripción de coberturas

El presente seguro se podrá contratar en Moneda Nacional (pesos mexicanos).

3.1. Cobertura Básica por Fallecimiento y Beneficio por Supervivencia

El Asegurado estará protegido contra el riesgo de fallecimiento, desde el momento de la contratación de esta cobertura y hasta el aniversario inmediato posterior de la presente póliza en que el Asegurado cumpla los 65 años.

En caso de fallecimiento del Asegurado, siempre que el Asegurado fallezca dentro de la vigencia del seguro contratado, MetLife pagará al beneficiario los siguientes conceptos:

- La Suma Asegurada contratada para esta cobertura
- más el saldo del fondo “Total”

En caso de que el Asegurado continúe con vida al término del plazo del seguro contratado y la póliza se encuentre vigente, MetLife pagará al Asegurado:

- El saldo del fondo “Total”

3.2. Cobertura Básica por Invalidez (PASI)

3.2.1. Definición

Se entenderá como invalidez total y permanente, cuando a consecuencia de un accidente o enfermedad el Asegurado se encuentre imposibilitado para desempeñar en forma total y permanente su trabajo habitual o no pueda desempeñar cualquier otro trabajo compatible con sus conocimientos y aptitudes que le permita recibir una remuneración superior al cincuenta por ciento de la que venía percibiendo durante el último año de trabajo.

También será considerada como invalidez total y permanente si el Asegurado sufre la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, o de una mano y un pie, o una mano junto con la vista de un ojo o un pie con la vista de un ojo, entendiéndose por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, y por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella. En cuyo caso el dictamen podrá ser emitido por una institución de seguridad social teniendo efectos el estado de invalidez total y permanente a partir de la fecha de emisión del dictamen, o bien por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo.

3.2.2. Pago de Suma Asegurada por invalidez total y permanente

El Asegurado estará protegido contra el riesgo de invalidez, desde el momento de la contratación de esta cobertura y hasta el aniversario inmediato posterior de la presente póliza en que el Asegurado cumpla los 65 años.

Si dentro de la vigencia de esta cobertura, al Asegurado le es dictaminado un estado de invalidez total y permanente MetLife le pagará al Asegurado en una sola exhibición los siguientes conceptos:

- La Suma Asegurada contratada para esta cobertura
- más el saldo del fondo “Total”

3.2.3. Pruebas para acreditar la invalidez total y permanente

Para acreditar la invalidez total y permanente, el Asegurado debe presentar las pruebas descritas a continuación, así como la documentación mencionada en este párrafo:

a) Si el Asegurado está sujeto a la seguridad social, se necesita dictamen médico del Instituto de Seguridad Social correspondiente. La fecha de invalidez será la del dictamen.

b) Si el Asegurado no está adscrito al sistema de seguridad social, el dictamen debe ser emitido por un médico especialista en medicina del trabajo legalmente autorizado por una dependencia y que cuente con una cédula profesional vigente.

MetLife se reserva el derecho de revisar el dictamen médico y estudios complementarios del Asegurado para verificar la invalidez total y permanente.

Documentación mínima requerida para la comprobación de la invalidez total y permanente

Documentación	Requisitos
Solicitud de pago	Solicitud de pago requisitada y firmada por el Asegurado, documento que será proporcionado por MetLife
Dictamen médico	Elaborado por el médico especialista en medicina del trabajo, que precise conforme al expediente clínico del Asegurado lo siguiente: • Fecha de elaboración del dictamen •Ficha de identificación del Asegurado • Antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y patológicos • Fecha en que se estableció el diagnóstico definitivo (criterios diagnósticos) • Descripción del puesto de trabajo • Padecimiento actual • Exploración física • Estudios que se utilizaron como apoyo al diagnóstico, diagnósticos nosológicos o definitivos, conclusiones medico legales • Porcentaje de perdida órgano- funcional definitivo. • Nombre y firma del médico especialista con cédula profesional.
Historial clínico	Informe médico que precise todos los antecedentes patológicos del Asegurado (crónico-degenerativos, traumáticos, quirúrgicos, transfusionales, hospitalizaciones previas), con énfasis en fechas de diagnóstico (día, mes y año), evolución y tratamiento de patologías. Así como presencia de tabaquismo y alcoholismo (tiempo de evolución, frecuencia e intensidad) y si es el caso fecha de suspensión. Lo anterior para determinar las circunstancias de la realización del siniestro y las consecuencias de este.

3.2.4. Exclusiones aplicables para la cobertura de Invalidez Total y Permanente

1. Estado de invalidez total y permanente originado por participar en:

a) Servicio Militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.

b) Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado como sujeto activo.

c) Alborotos populares o riña cuando el Asegurado sea el provocador.

d) Carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.

2. Estado de invalidez total y permanente a consecuencia de:

a) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajara como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular. Salvo convenio expreso está excluida la transportación en vehículos aéreos privados.

b) Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, lesiones o enfermedades provocadas por el Asegurado aun cuando se cometan en estado de cordura o demencia.

c) Enfermedades o accidentes que sufra el Asegurado ocasionados intencionalmente por culpa grave del mismo o a consecuencia de la ingesta o bajo los influjos de drogas, narcóticos o alucinógenos y/o bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización de la enfermedad o accidente.

3. Estado de invalidez total y permanente originado por una enfermedad preexistente a la fecha de la contratación de esta cobertura

3.2.5. Terminación de la cobertura de Invalidez Total y Permanente

La vigencia de esta cobertura terminará al ocurrir cualquiera de los siguientes eventos:

- Al término de vigencia o a la cancelación de la póliza de la cual forma parte esta cobertura
- Al realizar MetLife el pago de la indemnización por esta cobertura
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado

3.3. Coberturas adicionales que pueden ser contratadas

Estas coberturas adicionales operarán solo si se indican en la carátula de la póliza.

3.3.1. Cobertura adicional de pago anticipado por Enfermedad Terminal (ET)

3.3.1.1. Definición

Se considera como enfermedad en fase terminal a todo padecimiento con diagnóstico emitido dentro de la vigencia de la póliza, cuyo pronóstico es fatal para la vida del Asegurado y cuyo término de resolución se pronostica, dentro de un lapso menor a 365 días naturales contados a partir de la fecha en que se emitió el diagnóstico.

Los padecimientos que se consideran como enfermedad en fase terminal en forma limitativa son: cáncer, insuficiencia cardiaca, insuficiencia hepática crónica, insuficiencia renal crónica o insuficiencia respiratoria crónica.

- Cáncer. Se considera terminal cuando se declara al paciente fuera de tratamiento oncológico, esto es, que no es candidato a quimioterapia, cirugía o radioterapia con fines curativos, aunque sí lo sea con fines paliativos.

- Insuficiencia cardiaca. Se considera terminal cuando es de Clase III o IV (New York Heart Association) o presenta una fracción de eyección del 25% o menos del ventrículo izquierdo.

- Insuficiencia hepática crónica. Se considera terminal cuando se llega a la clase funcional Child C.

- Insuficiencia renal crónica. Se considera terminal cuando el paciente tiene 8 miligramos o más de creatinina sérica o está en procedimiento dialítico sin posibilidades de trasplante renal.

- Insuficiencia respiratoria crónica. Se considera terminal cuando la limitación está asociada a una reacción inflamatoria pulmonar exagerada frente a partículas o gases tóxicos y cuyo valor de Volumen de Espiración Forzada (VEF1) sea igual o menor al 80% del predicho.

3.3.1.2. Descripción de la cobertura Enfermedad Terminal

Mediante esta cobertura MetLife otorgará al Asegurado, por una sola ocasión a su elección, un pago anticipado del 30% de la Suma Asegurada correspondiente a la cobertura básica por fallecimiento que se encuentre en vigor, con máximo de $500,000 en Moneda Nacional, al presentarse certificación médica mediante la cual se acredite que el Asegurado ha sido diagnosticado como enfermo en fase terminal por uno o varios padecimientos amparados dentro de esta cobertura. Esta cobertura será procedente siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor.

3.3.1.3. Periodo de espera de la cobertura Enfermedad Terminal

La cobertura procederá, siempre y cuando el diagnóstico del Asegurado como enfermo terminal, se realice después de 180 días naturales de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

3.3.1.4. Pruebas para acreditar la enfermedad terminal

La documentación mínima requerida para la comprobación del diagnóstico:

Documentación	Requisitos
Pruebas clínicas, radiológicas, imagenológicas, histológicas, de laboratorio y/o de gabinete	Se debe acreditar que la enfermedad es terminal. MetLife se reserva el derecho de solicitar la confirmación de dicho diagnostico por un médico de la especialidad que corresponda
Dictamen médico	Deberá ser elaborado por el médico especialista en la enfermedad dictaminada que precise conforme al expediente clínico del Asegurado que deberá incluir al menos la siguiente información: • Padecimiento actual • Fecha en que se estableció el diagnóstico definitivo (criterios diagnósticos)
Historial clínico	Deberá precisar los antecedentes personales patológicos (crónico-degenerativos, traumáticos, quirúrgicos, transfusionales, hospitalizaciones previas), con énfasis en fechas de diagnóstico (día, mes y año), evolución y tratamiento de patologías contenidos en la historia clínica del expediente

Para el pago de la cobertura MetLife dispondrá de un periodo de 30 días naturales, contados a partir de que el Asegurado presente la documentación completa para la acreditación del siniestro.

El reclamante podrá elegir acudir ante un arbitraje médico privado, cuyos gastos correrán a su cargo, con previo acuerdo entre ambas partes. Lo anterior, en caso de que le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de MetLife.

3.3.1.5. Ajuste de Suma Asegurada

El importe del pago anticipado correspondiente a esta cobertura reducirá la Suma Asegurada de la cobertura básica por fallecimiento. En consecuencia, en caso de que se genere algún siniestro, se entregará a los beneficiarios designados la Suma Asegurada en vigor, deduciéndose el adelanto que se haya dado al Asegurado por esta cobertura, así como los adeudos que existieran por este contrato.

3.3.1.6. Exclusiones aplicables para la cobertura de Enfermedad Terminal

Quedan excluidas las enfermedades originadas por:

- **Enfermedades desarrolladas a consecuencia de intento de suicidio o autolesión, aún y cuando se cometan en estado de cordura o demencia**
- **Adicción al alcohol, drogas, estupefacientes y/o psicotrópicos**
- **Enfermedades desarrolladas a consecuencia del virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH)**
- **Cualquier cáncer "in situ", sin invasión o metástasis, así como el cáncer de piel, los considerados como lesiones premalignas, excepto el melanoma de invasión**
- **Procedimientos no quirúrgicos de las arterias coronarias como angioplastia y/o cualquier otra intervención intra-arterial**
- **Padecimientos y/o enfermedades preexistentes**
- **Enfermedades cuya causa sea a consecuencia del uso o exposición a sustancias de índole nuclear o radiactiva**

3.3.1.7. Terminación de la cobertura Enfermedades en fase Terminal

La vigencia de esta cobertura terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- Al término de vigencia o a la cancelación de la póliza de la cual forma parte esta cobertura.
- Al efectuar MetLife el pago anticipado de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura correspondiente a la primera ocurrencia de una enfermedad en fase terminal, sin posibilidad de reinstalación de la Suma Asegurada en cuestión
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado

3.3.2. Cobertura adicional de Enfermedades o Padecimientos Graves (GE)

3.3.2.1. Definición

Se considerará como enfermedad o padecimiento grave solo a cualquiera de los siguientes padecimientos cuya primera ocurrencia se efectúe o diagnostique mediante certificación médica y los estudios correspondientes dentro del periodo de la cobertura.

Enfermedad o padecimiento cubierto	Descripción
Infarto agudo al miocardio	Es la muerte de una parte del músculo cardíaco como consecuencia de la interrupción súbita del flujo adecuado de sangre a la zona respectiva. **Esta cobertura no cubre a personas que cuenten con padecimientos o enfermedades cardiovasculares preexistentes a la fecha de contratación.**

Evento cerebrovascular	Es cualquier incidente o accidente cerebro - vascular que produzca secuelas neurológicas, y que incluya infarto del tejido cerebral, hemorragia de un vaso intracraneal o embolización de fuente extracraneal, y que como consecuencia presente déficit neurológico permanente.
Trasplante de órganos vitales	Es el procedimiento quirúrgico realizado por un médico especializado debidamente registrado ante el Centro Nacional de Trasplantes estrictamente indispensable para la recepción de los siguientes órganos completos (corazón, uno o dos pulmones, riñón, hígado, una o dos córneas y médula espinal) y realizado por un hospital autorizado por el referido Centro Nacional de Trasplantes.
Insuficiencia renal crónica	Perdida de la función renal, progresiva e irreversible de ambos riñones, que resulta en la incapacidad permanente para mantener las funciones depurativas y regulatorias esenciales del organismo. Evidenciada por la necesidad de diálisis o trasplante renal. La tasa de filtración glomerular (capacidad del riñón de eliminar sustancias) deberá ser igual o inferior a 15 mililitros por minuto1,73 metros cuadrados (etapa 5 de la enfermedad renal crónica).
Cirugía artero-coronaria	Procedimiento médico quirúrgico necesario, que se realiza cuando las arterias que irrigan sangre al tejido cardiaco, llamadas arterias coronarias, tienen un estrechamiento u obstrucción. (Bypass).
Esclerosis múltiple	Enfermedad autoinmune crónica del sistema nervioso central (cerebro y médula espinal), caracterizado por desmielinización, que provoca alteraciones neurológicas progresivas de diversa intensidad, incluyendo trastornos motores, sensitivos, visuales y cognitivos.
Parálisis	Trastorno neurológico que se caracteriza por la pérdida total o parcial de la movilidad y fuerza muscular en una o más partes del cuerpo, causada por lesión cerebral o médula espinal, de forma permanente. Podrá presentarse como paraplejia, cuadriplejia, hemiplejia y otra forma equivalente, siempre que implique incapacidad funcional permanente irreversible.
Pérdida de extremidades	Pérdida irreparable y absoluta de las dos manos o de los dos pies, o de una mano y un pie, entendiéndose por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, y por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.
Cirugía de injerto en la aorta	Procedimiento quirúrgico indicado para reparar, sustituir o reforzar un segmento de la aorta que presenta una alteración estructural, como aneurisma, disección ruptura, estenosis u otra patología vascular grave, mediante la colocación de un injerto vascular (sintético o biológico), con el objetivo de restablecer el flujo sanguíneo adecuado y prevenir complicaciones potencialmente mortales.
Tumor benigno en el cerebro	Neoplasia de crecimiento anormal de células dentro del encéfalo que, de acuerdo con criterios clínicos, histopatológicos y de imagen, no presenta características de malignidad. Puede producir síntomas neurológicos relevantes debido a su localización, tamaño o efectos de compresión sobre estructuras cerebrales, pudiendo requerir tratamiento quirúrgico.

Ceguera	Pérdida total, permanente e irreversible de la visión, en ambos ojos, que persiste aun con el uso de tratamiento médico o quirúrgico. Se considerará ceguera cuando la perdida visual sea consecuencia de enfermedad, accidente o condición patológica, se encuentre debidamente acreditada mediante evaluación oftalmológica especializada.
Sordera	Pérdida total, permanente e irreversible de la capacidad auditiva, en ambos oídos, que no es susceptible de mejoría mediante tratamiento médico, quirúrgico o el uso de auxiliares auditivos. Se considera sordera cuando dicha pérdida auditiva sea consecuencia de enfermedad, accidente o condición patológica, y se encuentre debidamente acreditada mediante evaluación audiológica especializada.
Alzheimer	Es una enfermedad neurológica progresiva e irreversible del sistema nervioso central, caracterizado por el deterioro gradual de las funciones cognitivas, incluyendo memoria, lenguaje, orientación, juicio y capacidad para realizar actividades de la vida diaria.
Parkinson	Es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso central progresivo e irreversible, caracterizada por la presencia de síntomas motores bilaterales y generan un deterioro funcional significativo, bradicinesia, rigidez y/o temblor, con afectación de las actividades de la vida diaria.
Quemaduras (3er grado)	Lesión producida por la acción de agentes térmicos, eléctricos, químicos, o fricción, que ocasiona la destrucción total de todas las capas de la piel, pudiendo extenderse a tejidos subcutáneo, musculo o estructuras más profundas, con perdida irreversible de la función cutánea. El cual requiere de manejo médico especializado y tratamiento quirúrgico. Se considerará aquella que afecte un porcentaje igual o mayor al 30% de superficie corporal total (TBSA).
Pérdida del habla (afasia total)	Alteración total, permanente e irreversible de la capacidad para articular y expresar lenguaje verbal comprensible, como consecuencia de daño neurológico, estructural o funcional del sistema nervioso central o de los órganos implicados en la fonación. Se considerará perdida del habla cuando dicha condición persista aun con tratamiento médico, quirúrgico o de rehabilitación.
Estado de coma	Condición clínica caracterizada por la pérdida total y persistente del estado de conciencia, en la que no se presenta respuesta voluntaria ni capacidad de interacción con el entorno, aun ante estímulos externos, y que requiere de soporte medico continuo. Se considerará si dicha condición es a consecuencia de enfermedad, accidente o daño neurológico.
Reemplazo o reparación de válvula en el corazón	Procedimiento quirúrgico indicado para corregir una disfunción valvular cardiaca significativa, mediante la reparación estructural de la válvula afectada o su sustitución por prótesis valvular, ya sea mecánica o biológica, con el objetivo de restablecer el flujo sanguíneo adecuado y la función cardiaca normal.

Enfermedades de la neurona motora	Grupo de trastornos neurológicos degenerativos, progresivos e irreversibles caracterizados por la degeneración de las neuronas motoras superiores y/o inferiores, lo que ocasiona debilidad muscular progresiva, atrofia, perdida de la función motora voluntaria y deterioro funcional significativo. Afecta de manera progresiva la capacidad de movimiento, el habla, la deglución y, en etapas avanzadas, la función respiratoria, manteniéndose integras las funciones sensitivas.
Angioplastia coronaria	Procedimiento terapéutico invasivo indicado para restablecer el flujo sanguíneo en una o más arterías coronarias con obstrucción significativa, mediante la dilatación del vaso afectado con un balón y, cuando este medicamente indicado, la colocación de uno o más stents coronarios.

3.3.2.2. Descripción de la cobertura de Enfermedades o Padecimientos Graves

Si durante la vigencia de la cobertura al Asegurado le es diagnosticada alguna de las enfermedades o padecimientos graves cubiertos no preexistentes, MetLife le pagará al Asegurado por una única ocasión y por una sola enfermedad o padecimiento grave, la Suma Asegurada especificada en la carátula de la póliza. Siempre y cuando haya pasado el periodo de espera señalado. En caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia de la enfermedad o padecimiento grave se pagará a los beneficiarios designados en la póliza. Siempre que se demuestre que fue imposible realizar la reclamación correspondiente en los términos y plazos establecidos en las condiciones generales de este contrato y que dicho atraso no fue con el fin de evitar la comprobación del evento

La Suma Asegurada contratada para la cobertura Adicional de Enfermedades o Padecimientos Graves es independiente de la cobertura Básica.

3.3.2.3. Periodo de espera de la cobertura de Enfermedades o Padecimientos Graves

Enfermedades o padecimientos cubiertos	Descripción
Infarto agudo al miocardio	Sin periodo de espera
Alzheimer	Sin periodo de espera
Parkinson	Sin periodo de espera
Quemaduras (3er grado)	Sin periodo de espera
Enfermedades cerebrovasculares	6 meses
Trasplante de órganos vitales	6 meses
Cirugía artero-coronaria (procedimientos quirúrgicos del corazón)	6 meses
Cirugía de injerto en la aorta (procedimientos quirúrgicos del corazón)	6 meses
Reemplazo o reparación de válvula en el corazón	6 meses
Angioplastia coronaria	6 meses
Insuficiencia renal crónica	12 meses
Esclerosis múltiple	12 meses
Parálisis	12 meses
Pérdida de extremidades	12 meses
Tumor benigno en el cerebro	12 meses
Ceguera	12 meses
Sordera	12 meses
Pérdida del habla	12 meses
Estado de coma	12 meses
Enfermedades de la neurona motora	12 meses

Las enfermedades y/o padecimientos cubiertos derivados directamente de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, no estarán sujetos a periodo de espera, siempre en cuando el accidente cumpla con la definición prevista en las condiciones generales y no resulte aplicable ninguna de las exclusiones de la póliza.

3.3.2.4. Pruebas para acreditar la indemnización por enfermedades o padecimientos graves

Para determinar la procedencia de la reclamación por una enfermedad o padecimiento grave cubierto, será necesario que:

- Se hayan generado los estudios médicos necesarios para acreditar la enfermedad o padecimiento grave en cuestión.
- El Asegurado presente la certificación médica a MetLife, con la cual acredite la ocurrencia o diagnóstico confirmado de la misma.
- En caso de trasplantes de órganos vitales, deberá presentarse el registro de certificación tanto hospitalaria como del médico tratante otorgado por el Centro Nacional de Trasplantes.

MetLife podrá solicitar los informes médicos, clínicos, radiológicos, histológicos y de laboratorio, o cualquier aclaración relacionada con éstos, los cuales le permitirán determinar la procedencia de la reclamación realizada, por cualquiera de las enfermedades y/o padecimientos graves cubiertos.

Documentación mínima requerida para comprobación de diagnóstico:

Documentación	Requisitos
Resumen clínico	Elaborado por el médico especialista tratante, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente al campo de la enfermedad y/o padecimiento grave tratado, que precise con forme al expediente clínico del Asegurado: padecimiento actual, fecha en que se estableció el diagnóstico definitivo (criterios diagnósticos), tratamientos, evolución, pronóstico (anexando la nota de valoración de 1ra vez con dicha especialidad). Así mismo deberá precisar los antecedentes personales patológicos generales contenidos en la historia clínica del expediente.
Estudios clínicos, radiológicos, de laboratorio y/o gabinete	Deberá anexar los resultados de los estudios clínicos, radiológicos, de laboratorio y/o gabinetes practicados al Asegurado que sustenten el diagnóstico base de reclamación de alguna de las enfermedades y/o padecimientos descritos en estas condiciones generales. Por ejemplo: exámenes de laboratorio (Western blot, química sanguínea, enzimas cardiacas, etc.) y gabinete (ecocardiograma, tomografía, resonancia magnética, ultrasonido, etc.).

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

3.3.2.5. Exclusiones aplicables a la cobertura de Enfermedades o Padecimientos Graves

Para efectos de esta cobertura, quedan excluidas:

- **Enfermedades o padecimientos desarrollados a consecuencia de riña cuando el Asegurado sea el provocador o por su participación activa en alborotos populares.**

- **Enfermedades o padecimientos que se originen por participación del Asegurado como sujeto activo en eventos derivados a consecuencia de Servicio Militar de cualquier clase, actos de guerra, terrorismo, insurrección, revolución o rebelión.**

- **Enfermedades o padecimientos desarrollados a consecuencia de intento de suicidio o lesión causada a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia.**

- **Enfermedades o padecimientos que sufra el Asegurado ocasionadas por culpa grave del mismo a consecuencia de la ingesta o bajo los influjos de drogas, narcóticos o alucinógenos y/o bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización de la enfermedad.**

- **Trasplantes que sean procedimientos de investigación, o realizados por un médico y hospital que no cuente con certificado emitido por el Centro Nacional de Trasplantes.**

- **Trasplantes de órganos de manera autóloga.**

- **Enfermedades o padecimientos preexistentes que deriven a una de las enfermedades graves cubiertas.**

- **Enfermedades o padecimientos congénitos.**

- **Enfermedades o padecimientos surgidos por riesgos nucleares y/o radiación.**

- **Estado de coma inducido medicamente.**

- **Estados de sedación profunda o vegetativos.**

- **Estado de coma con duración menor a 15 días.**

- **Enfermedades o padecimientos que se presenten de forma temporal o transitoria.**

- **Quistes, malformaciones, hallazgos incidentales cerebrales sin síntomas neurológicos.**

- **Tumores diagnosticados por imagen sin confirmación medica definitiva.**

- **Alteraciones visuales, auditivas y del habla, corregibles con aparatos auxiliares, cirugía o tratamiento de rehabilitación.**

- **Amputación de extremidades secundarias por complicaciones de diabetes mellitus.**

- **Procedimientos de naturaleza preventiva intra-arteriales como la angioplastía, la colocación de prótesis endovasculares tipo «stent» y similares.**

- **Enfermedades desarrolladas a consecuencia de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).**

- **Enfermedades o padecimientos a consecuencia de accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**

- **Enfermedades o padecimientos a consecuencia de accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajara como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular. Salvo convenio expreso está excluida la transportación en vehículos aéreos privados.**

- **Enfermedades o padecimientos derivados por la práctica profesional de cualquier deporte.**

- **Quemaduras de primer y segundo grado.**

- **Quemaduras de tercer grado menores al 30% de la superficie corporal total.**

- **Quemaduras derivadas de procedimientos médicos o estéticos.**

- **Enfermedades o padecimientos de otras demencias (vascular, frontotemporal, reversible, senil).**

- **Trastornos del habla reversibles, secundario a causas psiquiátricas, alteraciones funcionales transitorias.**

- **Parálisis facial y cerebral.**

3.3.2.6. Terminación de la cobertura de Enfermedades o Padecimientos Graves

La vigencia de esta cobertura terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- Concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de la cual forma parte esta cobertura.
- Al efectuar MetLife el pago de la Suma Asegurada establecida para esta cobertura.
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado.

3.3.3. Cobertura adicional de Diabetes (DIAB)

3.3.3.1. Definición

Esta cobertura cubrirá la primera ocurrencia del diagnóstico por diabetes tipo I o las complicaciones descritas a continuación por diabetes tipo II. Siempre y cuando se diagnostique mediante certificación médica y los estudios correspondientes dentro del periodo de la cobertura.

Diagnóstico	Descripción
Diabetes tipo I	Enfermedad crónica de origen autoinmune caracterizada por la destrucción de las células beta del páncreas, lo que ocasiona ausencia de producción de la insulina y elevación de los niveles de glucosa en la sangre.
Nefropatía diabética	Se refiere al daño predominantemente de tipo glomerular, con compromiso intersticial; frecuentemente se añade daño por hipertensión arterial. La última etapa se traduce en fallo renal. Etapa IV. Nefropatía diabética manifiesta. Se caracteriza por proteinuria persistente (excreción urinaria de albúmina superior a 200 mg/min o 300 mg/ 24 h). El intervalo entre el inicio de la proteinuria puede variar desde pocos años hasta 20. Etapa V. Fallo renal.
Retinopatía diabética	Es una complicación microvascular crónica específica de la diabetes, que afecta los vasos de la retina.
Neuropatía diabética	Se le llama neuropatía diabética a la neuropatía somática que afecta los nervios sensitivos y motores voluntarios y puede corresponder a un daño difuso (polineuropatía) o localizado en un nervio (mononeuropatía).

3.3.3.2. Descripción de la cobertura de Diabetes

Si durante la vigencia de la cobertura al Asegurado es diagnosticado con diabetes tipo I o con alguna complicación de diabetes tipo II previamente definida, MetLife le pagará al Asegurado por una única ocasión y por una sola enfermedad, la Suma Asegurada especificada en la carátula de la póliza. Siempre y cuando haya pasado el periodo de espera señalado. En caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia de la enfermedad se pagará a los beneficiarios designados en la póliza. Siempre que se demuestre que fue imposible realizar la reclamación correspondiente en los términos y plazos establecidos en las condiciones generales de este contrato y que dicho atraso no fue con el fin de evitar la comprobación del evento.

La Suma Asegurada contratada para la cobertura Adicional de Diabetes es independiente de la cobertura Básica.

3.3.3.3. Periodo de espera de la cobertura de Diabetes

Para el inicio de esta cobertura se establece un periodo de espera de doce meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.

3.3.3.4. Pruebas para acreditar la indemnización por la cobertura de Diabetes

Para determinar la procedencia de la reclamación por diabetes tipo I o por complicaciones de la diabetes tipo II, será necesario que:

- Se hayan generado los estudios médicos necesarios para acreditar la enfermedad en cuestión
- El Asegurado presente la certificación médica a MetLife, con la cual acredite la ocurrencia o diagnóstico confirmado de la misma

MetLife podrá solicitar los informes médicos, clínicos, radiológicos, histológicos y de laboratorio, o cualquier aclaración relacionada con éstos, los cuales le permitirán determinar la procedencia de la reclamación realizada, por cualquiera de las enfermedades cubiertas.

Documentación mínima requerida para comprobación de diagnóstico:

Documentación	Requisitos
Resumen clínico	Elaborado por el médico especialista tratante, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente al campo de la enfermedad tratada, que precise con forme al expediente clínico del Asegurado: padecimiento actual, fecha en que se estableció el diagnóstico definitivo (criterios diagnósticos), tratamientos, evolución, pronóstico (Anexando la nota de valoración de 1ra vez con dicha especialidad). Así mismo deberá precisar los antecedentes personales patológicos generales contenidos en la historia clínica del expediente.
Estudios clínicos, radiológicos, de laboratorio y/o gabinete	Deberá anexar los resultados de los estudios clínicos, radiológicos, de laboratorio y/o gabinetes practicados al Asegurado que sustenten el diagnóstico base de reclamación de alguna de las enfermedades descritas en estas condiciones generales. Por ejemplo: exámenes de laboratorio (química sanguínea) y gabinete (ultrasonido, electromiografía, etc.).

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

3.3.3.5. Exclusiones aplicables a la cobertura de Diabetes

Para efectos de esta cobertura, quedan excluidas:

- **Enfermedades o padecimientos preexistentes que deriven a una de las enfermedades cubiertas.**
- **Cualquier tipo de diagnóstico diferente a la de diabetes Mellitus tipo I.**
- **Cualquier complicación de la diabetes tipo I o de la diabetes tipo II no mencionada en estas condiciones generales.**
- **Enfermedades congénitas.**
- **Nefropatías, retinopatías o neuropatías cuya etiología no sea atribuible de manera directa y documentada a diabetes mellitus.**
- **Complicaciones derivadas del abandono, suspensión o incumplimiento del tratamiento médico indicado para el control de la diabetes.**

3.3.3.6. Terminación de la cobertura de Diabetes

La vigencia de esta cobertura terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- Concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de la cual forma parte esta cobertura.
- Al efectuar MetLife el pago de la Suma Asegurada establecida para esta cobertura.
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado.

3.3.4. Cobertura Adicional por Cáncer (CAT)

3.3.4.1. Definiciones

3.3.4.1.1. Cáncer con metástasis

Enfermedad caracterizada por un crecimiento descontrolado de células derivadas de tejidos normales que forman un tumor maligno mediante la propagación de las células malignas desde el sitio de origen hasta sitios distantes, o por propagación local desde los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyendo entre otras la enfermedad de Hodgkin, leucemias (excepto la leucemia linfocítica crónica) y el carcinoma “in situ”.

3.3.4.1.2. Cáncer “in situ”

Enfermedad crónica degenerativa, caracterizada por un crecimiento descontrolado de células derivadas de tejidos normales que forman un tumor y que no presenta la propagación de las células malignas desde el sitio de origen hasta sitios distantes.

3.3.4.1.3. Cirugía

Procedimiento médico - quirúrgico indicado con fines terapéuticos posterior al diagnóstico de cáncer in situ, cuyo objetivo sea la resección, extirpación o control local del tejido afectado, de acuerdo con criterios médicos aceptados y sustentado en expediente clínico.

3.3.4.1.4. Radioterapia

Tratamiento médico indicado con fines terapéuticos posterior al diagnóstico de cáncer in situ, donde se utiliza radiación ionizante dirigida al área afectada, con el objetivo de eliminar o controlar el crecimiento de células neoplásicas.

3.3.4.1.5. Quimioterapia

Tratamiento médico indicado con fines terapéuticos posterior al diagnóstico de cáncer in situ, que consiste en la administración de medicamentos sistémicos o locales, con el objetivo de eliminar, controlar o reducir la progresión de la enfermedad, conforme a protocolos médicos.

3.3.4.1.6. Cirugía reconstructiva

Procedimiento quirúrgico indicado como consecuencia directa del tratamiento del cáncer in situ, cuyo objetivo sea restaurar, corregir o mejorar la función o la estructura anatómica afectada.

3.3.4.1.7. TNM

Clasificación de cáncer desarrollada por el American Joint Commission on Cancer.

TNM emplea (T) para referenciar el tamaño, (N, ganglio en inglés) para referenciar el número de ganglios linfáticos afectados y (M) para referenciar si hay metástasis a distancia.

Los médicos tienen en cuenta estos tres factores para determinar el estadio clínico del cáncer:

- El sistema TNM es una herramienta o metodología que los médicos utilizan para describir el estadio clínico.
- Este sistema utiliza tres criterios para juzgar el estadio del cáncer: el tumor primario mismo, los ganglios linfáticos vecinos al tumor y si el tumor se ha diseminado al resto del cuerpo. Los resultados se combinan para determinar el estadio del cáncer de cada persona.
- El estadio es una forma común de describir el cáncer de manera que los médicos puedan de común acuerdo planificar el mejor tratamiento.

3.3.4.1.8. Tumor

Mediante el sistema TNM, se utiliza la “T” más una letra o número (0 a 4) para describir la profundidad con que el tumor primario ha penetrado las paredes del tejido. A continuación, se presenta información específica sobre la penetración del tumor:

TX: No se puede evaluar el tumor primario
T0: No hay evidencia de cáncer
Tis: Se refiere al carcinoma “in situ”
T1: El tumor ha invadido la submucosa
T2: El tumor ha invadido la lámina muscular propia
T3: El tumor ha crecido a través de la lámina muscular propia y en la subserosa
T4: El tumor ha invadido otros órganos o ha causado una perforación

Ganglio: La “N” en el sistema TNM corresponde a la abreviación para ganglio en inglés. Los ganglios linfáticos son órganos minúsculos que ayudan a combatir infecciones, ya que forman parte del sistema inmunológico del cuerpo. Existen ganglios linfáticos regionales y ganglios linfáticos distantes.

NX: No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales debido a la falta de información
N0: No se detecta metástasis de ganglios linfáticos regionales (el cáncer no se ha diseminado a los ganglios linfáticos regionales)
N1: Hay compromiso metastásico en uno, dos o tres ganglios linfáticos regionales
N2: Hay compromiso metastásico en cuatro o más ganglios linfáticos regionales

Metástasis a distancia: La letra “M” en el sistema TNM describe el cáncer diseminado a otras partes del cuerpo.

MX: No se puede evaluar la metástasis a distancia
M0: La enfermedad no se ha metastatizado
M1: Hay metástasis a distancia

Combinación de estadios del cáncer: Una vez que se conocen las categorías TNM del paciente, esta información se agrupa en un estadio, por ejemplo:

Estadio 0: Se refiere al cáncer “in situ”.
Estadio I: El cáncer ha crecido a través de la mucosa invadiendo la capa muscular.
Estadio IIA: El cáncer se ha diseminado a través de la pared del tejido y posiblemente se ha diseminado al tejido cercano. No se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos.
Estadio IIB: El cáncer se ha diseminado a través del tejido a los órganos cercanos. No se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos.
Estadio IIIA: El cáncer ha crecido a través del revestimiento interno o en las capas musculares del tejido y en uno, dos o tres ganglios linfáticos, pero no se ha diseminado hacia otras partes del cuerpo.
Estadio IIIB: El cáncer ha crecido a través de la pared del tejido a los órganos que lo rodean y en uno a tres ganglios linfáticos, pero no se ha diseminado hacia otras partes del cuerpo.
Estadio IIIC: El cáncer (de cualquier tamaño) se ha diseminado a cuatro o más ganglios linfáticos, pero no a otras partes distantes del cuerpo.
Estadio IV: El cáncer se ha metastatizado a partes distantes del cuerpo.
Recurrente: cáncer recurrente significa que el cáncer ha vuelto a aparecer después del tratamiento.

3.3.4.2. Cobertura de Indemnización parcial por Diagnóstico de Cáncer “in situ”

MetLife pagará al Asegurado una indemnización equivalente al 20% de la Suma Asegurada contratada para la indemnización total por cáncer, si durante la vigencia del contrato, al Asegurado se le diagnostica por el médico especialista tratante, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente al campo de la enfermedad tratada la primera ocurrencia de alguno de los siguientes casos de cáncer, que se enlistan a continuación:

- Carcinoma “in situ” de la que se determina la necesidad médica de cirugía, quimioterapia o radioterapia, de acuerdo con el criterio que para este fin emite un médico certificado en la especialidad del tipo de carcinoma involucrado.
- Tumores malignos clasificados como T1N0M0 o mayores.
- Melanomas malignos, clasificados como T1N0M0.

3.3.4.3. Cobertura de Indemnización parcial por tratamiento de Cáncer “in situ”

Si el Asegurado es diagnosticado con cáncer “in situ” y posteriormente le es realizada alguna cirugía, quimioterapia, radioterapia o cirugía reconstructiva con fines terapéuticos de la primera ocurrencia de cáncer “in situ” durante la vigencia de la póliza sin importar el tiempo transcurrido entre un procedimiento y otro, MetLife pagará al Asegurado un porcentaje de la indemnización total por cáncer para su tratamiento de acuerdo con los siguientes porcentajes.

- 35% por una cirugía
- 35% por su primera quimioterapia o radioterapia
- 10% por una cirugía reconstructiva

Si durante el proceso del tratamiento, al Asegurado le es diagnosticada la primera ocurrencia de cáncer metastásico, MetLife pagará el monto de Suma Asegurada remanente contratado para la cobertura de Cáncer, con lo que termina la cobertura.

3.3.4.4. Cobertura de Indemnización Total por Cáncer

Si durante la vigencia del contrato, un médico certificado en la espacialidad de oncología diagnostica al Asegurado la primera ocurrencia de cáncer metastásico que le implica la necesidad médica de cirugía mayor, radioterapia, quimioterapia, MetLife pagará la Suma Asegurada contratada y señalada para esta cobertura en la carátula de la póliza, con lo que termina la cobertura.

3.3.4.5. Periodo de espera de la cobertura de Cáncer

Para el inicio de la cobertura se establece un periodo de espera de tres meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia la póliza.

3.3.4.6. Pruebas para acreditar la indemnización por cáncer

El Asegurado deberá demostrar a MetLife la ocurrencia del evento que ampara esta cobertura, mediante pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, la evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes y/o diseminación a distancia (metástasis) demostrada en cirugía, endoscopía, radiología u otro método de imagen, misma que será presentada en un reporte patológico por un médico certificado por el consejo de la especialidad como experto en la materia relativa al padecimiento cáncer.

Documentación	Requisitos
Resumen clínico	Elaborado por el médico especialista en oncología que precise con forme al expediente clínico del Asegurado: • Fecha de inicio del padecimiento, diagnóstico, primer evento de cáncer. • Antecedentes personales patológicos. • Clasificación o estadificación, evolución, estudios realizados, tratamiento y pronóstico.
Historial clínico	Deberá precisar todos los antecedentes patológicos del Asegurado (crónico-degenerativos, traumáticos, quirúrgicos, transfusionales, hospitalizaciones previas), con énfasis en fechas de diagnóstico (día, mes y año), evolución y tratamiento de patologías. Así como presencia de tabaquismo y alcoholismo (tiempo de evolución, frecuencia e intensidad) y si es el caso fecha de suspensión. Tengan o no relación con padecimiento.

Estudios clínicos	Deberá anexar los resultados radiológicos y/o de laboratorio que sustenten el diagnóstico base de reclamación de alguno de los padecimientos descritos en estas condiciones generales como: marcadores tumorales, tomografía, ultrasonido, resonancia magnética, estudios de Rx (radiografías, mastografías, etc.).
Estudio histopatológico	Reporte elaborado por un médico certificado por el consejo de la especialidad como experto en la materia relativa al padecimiento cáncer con la descripción microscópica y macroscópica de tejido (posterior a una biopsia o una cirugía), diagnostico, tamaño de tumoración, márgenes del tumor (márgenes positivos o negativos), nombre y firma del médico patólogo, dirección del laboratorio y fecha de realización.
Cirugía	En caso de reclamación del tratamiento quirúrgico adicionalmente se requerirá la nota quirúrgica que describa el diagnostico prequirúrgico, diagnostico postquirúrgico, cirugía planeada, cirugía realizada, técnica quirúrgica y hallazgos.
Cirugía reconstructiva	En caso de reclamación de cirugía reconstructiva adicionalmente se requerirá la nota quirúrgica que describa el diagnostico prequirúrgico, diagnostico postquirúrgico, cirugía planeada, cirugía realizada, técnica quirúrgica y hallazgos.
Radioterapia y/o quimioterapia	En caso de reclamación de radioterapia y/o quimioterapia adicionalmente se requerirá un informe médico emitido por radio-oncología que contenga la indicación medica con fines terapéuticos.

En su caso MetLife se reserva el derecho de confirmar el diagnóstico a través de un médico certificado por el consejo de la especialidad como experto en la materia relativa al padecimiento de cáncer, específicamente nombrado por la compañía.

En caso de que MetLife notifique al reclamante la improcedencia de su reclamación, éste podrá acudir ante un arbitraje médico privado previo acuerdo entre ambas partes.

3.3.4.7. Beneficiarios para la cobertura de Cáncer

Cuando se presente el evento relacionado a la cobertura de esta póliza y ocurriese el fallecimiento del Asegurado, antes de la presentación de la reclamación para esta cobertura, la indemnización que llegara a proceder, se liquidará a los beneficiarios designados en la póliza. Siempre que se demuestre que fue imposible realizar la reclamación correspondiente en los términos y plazos establecidos en las condiciones generales de este contrato y que dicho atraso no fue con el fin de evitar la comprobación del evento.

La Suma Asegurada contratada para la cobertura Adicional de Diabetes es independiente de la cobertura básica.

3.3.4.8. Exclusiones de la cobertura de Cáncer

Esta cobertura no aplicará cuando la causa de dicho evento sea atribuible a:

- **Cualquier tumor benigno, displasia, neoplasia inter o intraepitelial, o un crecimiento pre-maligno dictaminado por el médico especialista como diagnóstico final.**

- **Cualquier tumor papilar de la vejiga, clasificado como T1 a menor.**

- **Cualquier tumor papilar de la tiroides que sea clasificado como T1N0M0 o menor a la etapa TNM.**

- **Cualquier tumor en presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH.**

- **Padecimientos y/o enfermedades preexistentes.**

En adición a las exclusiones antes descritas, aplicarán las siguientes exclusiones dependiendo del tipo de cobertura.

3.3.4.8.1. Exclusiones de la cobertura de Indemnización Parcial por Cáncer "in situ"

- **Cualquier melanoma "in situ" clasificado como Tis N0M0.**

- **Cualquier cáncer "in situ" clasificado como Tis N0M0 o menor.**

- **Cualquier recurrencia o persistencia de lesiones previamente diagnosticadas como cáncer in situ.**

- **Cualquier tipo de cáncer no melanoma.**

3.3.4.8.2. Exclusiones de la cobertura de indemnización parcial por tratamiento de Cáncer "in situ"

- **Cirugías, tratamientos o procedimientos realizados exclusivamente con fines diagnósticos, preventivos, estéticos, cosméticos o experimentales.**

- **Procedimientos, tratamientos o cirugías que no tengan una indicación medica directa y documentada para el tratamiento de cáncer in situ.**

- **Cirugías indicadas por diagnósticos distintos al cáncer, aun cuando durante el procedimiento se identifique de manera incidental un hallazgo compatible con dicha enfermedad.**

- **Tratamientos, cirugías o procedimientos indicados por recurrencia, progresión o afectación en distinto órgano o tejido, segundas ocurrencias, invasión o metástasis.**

3.3.4.8.3. Exclusiones de la cobertura de indemnización total por cáncer

- **Cualquier tipo de cáncer no-melanoma a menos que haya metástasis.**

- **Leucemia Crónica Linfocítica (CLL), menor que etapa III, tal como la definida por clasificación RAI. Dicha clasificación es utilizada en el ámbito médico para medir el grado de propagación de la Leucemia Crónica Linfocítica y considera 5 etapas:**

- **Etapa 0. La cuenta de glóbulos blancos en sangre es demasiado alta y todas las células muestran el mismo patrón químico en exámenes especiales. Los ganglios linfáticos, el bazo y el hígado no se han agrandado y las cuentas de glóbulos rojos y plaquetas son casi normales.**

- **Etapa I. Linfocitosis (cuenta de linfocitos alta), ganglios linfáticos agrandados. El bazo y el hígado no se han agrandado, las cuentas de glóbulos rojos y plaquetas son casi normales.**

- **Etapa II. Linfocitosis más bazo agrandado (y posiblemente hígado agrandado), con o sin aumento de tamaño de los ganglios linfáticos. Las cuentas de glóbulos rojos y de plaquetas son casi normales.**

- **Etapa III. Linfocitosis más anemia (muy pocos glóbulos rojos), con o sin agrandamiento de los ganglios linfáticos, bazo o hígado. La cuenta de plaquetas es casi normal.**

- **Etapa IV. Linfocitosis más trombocitopenia (muy pocos glóbulos rojos), con o sin agrandamiento de los ganglios linfáticos, bazo o hígado.**

- **Cualquier condición que es referida a la cobertura de Indemnización Parcial por Cáncer "in situ".**

- **Cualquier cáncer metastásico sin confirmación histopatológica o sin evidencia radiológica concluyente compatible con metástasis.**

- **Cualquier cáncer metastásico derivado de enfermedades preexistentes.**

- **Cualquier cáncer metastásico cuando éste sea a consecuencia de un cáncer in situ que no haya superado el periodo de espera.**

3.3.4.9. Terminación de la cobertura por Cáncer

La vigencia de estas coberturas terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- Concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de la cual forma parte la cobertura
- Al efectuar MetLife el pago de la Suma Asegurada establecida para la cobertura

- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado

4. Apartado cuatro – cláusulas particulares

4.1. Administración de la prima adicional

En ningún momento se podrán realizar aportaciones a los esquemas "Plan Personal de Retiro", "Cuenta Personal especial para el ahorro" y "De Ahorro" sin haber cubierto la prima básica.

En caso de que el Contratante realice alguna aportación adicional de prima y no defina el esquema al cual deba asignarse, MetLife procederá a aplicarla al fondo "De Ahorro".

• "Plan Personal de Retiro (PPR)". - Se compone de las primas adicionales que el Contratante desee ingresar a este fondo más los rendimientos generados, sólo podrán destinarse primas adicionales a este fondo si la edad del Asegurado es menor de 65 años de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 151, fracción V vigente de la Ley del Impuesto Sobre la Renta (LISR) y demás aplicables de la legislación fiscal.

La tasa de interés anual efectiva acreditada a este fondo no es garantizada, de tal forma que puede llegar a ser positiva o negativa, lo que representa una plusvalía o minusvalía del saldo del fondo.

Este fondo solamente estará disponible si se indica en la carátula de la póliza la modalidad retiro.

Los recursos invertidos en el plan personal de retiro y sus rendimientos podrán retirarse cuando el titular se ubique en alguno de los supuestos que establece el referido artículo 151, fracción V de la Ley del ISR, aplicando, según sea el caso lo siguiente:

- Cuando los recursos invertidos en el plan personal de retiro que se hubieren deducido conforme al artículo 151, fracción V de la Ley del ISR o conforme al precepto vigente en la fecha de la deducción, se retiren junto con los rendimientos correspondientes a dicho plan, en una sola exhibición una vez que se cumplan los requisitos de permanencia, al monto total del retiro se le aplicará lo establecido en el artículo 171 del Reglamento de la Ley del ISR. Por el excedente, se pagará el ISR en los términos del título IV de dicha Ley.

- Cuando los recursos invertidos en el plan personal de retiro que se hubiere deducido conforme al artículo 151, fracción V de la Ley del ISR o conforme al precepto vigente en la fecha de la deducción, se retiren junto con los rendimientos correspondientes a dicho plan en forma periódica una vez que se cumplan los requisitos de permanencia, se aplicará la exención establecida en el artículo 93, fracción IV de la Ley del ISR, por cada retiro efectuado.

- Para los efectos de los puntos anteriores, se deberá considerar la totalidad de las pensiones y haberes de retiro pagados de conformidad con el artículo 93, fracción IV de la Ley del ISR, independientemente de quien los pague. Las personas autorizadas para administrar planes personales de retiro deberán retener como pago provisional la cantidad que resulte de multiplicar la tasa que establece el artículo 145, tercer párrafo de la Ley del ISR, por el monto del retiro que exceda de la exención señalada en los dos apartados anteriores, según sea el caso.

- Cuando la totalidad de los recursos invertidos en el plan personal de retiro que se hubieren deducido conforme al artículo 151, fracción V de la Ley del ISR o conforme al precepto vigente en la fecha de la deducción, se retiren junto con los rendimientos correspondientes a dicho plan antes de que se cumplan los requisitos de permanencia, las personas autorizadas para administrar planes personales de retiro efectuarán la retención conforme al artículo 145, tercer párrafo de la Ley del ISR. Las personas físicas aplicarán lo señalado por el artículo 142, fracción XVIII de dicha Ley.

- Se podrán efectuar retiros correspondientes al rendimiento de las aportaciones efectuadas al plan personal de retiro de que se trate antes del cumplimiento de los requisitos de permanencia. En este caso, dichos retiros parciales tendrán el tratamiento de interés.

Las personas autorizadas para administrar planes personales de retiro deberán efectuar la retención establecida en el artículo 54 de la Ley del ISR, sobre el monto actualizado de los intereses reales devengados.

Se entenderá por requisitos de permanencia, los supuestos de invalidez o incapacidad del titular para realizar un trabajo personal remunerado, de conformidad con las leyes de seguridad social, o de 65 años de edad del titular, señalados en el artículo 151, fracción V, segundo párrafo de la Ley del ISR.

- **“Cuenta Personal Especial para el Ahorro (CPEA)”. -** Se compone de las primas adicionales que el Contratante desee ingresar a este fondo más los rendimientos generados, sólo podrán destinarse primas adicionales a este fondo si la edad del Asegurado es menor de 65 años. El plazo de duración de este fondo no deberá ser menor a cinco años y la edad de jubilación o retiro en ningún caso podrá ser inferior a 55 años de acuerdo con el artículo 304 fracción IV del Reglamento de la Ley del Impuesto sobre la Renta.

- Artículo 304. Para efectos del artículo 185 de la Ley, los contratos de seguros que tengan como base planes de pensiones relacionados con la edad, la jubilación o el retiro de personas, cuyas primas sean deducibles para efectos del Impuesto, deberán ajustarse a lo dispuesto por la Ley sobre el Contrato de Seguro y a lo establecido por el presente artículo de conformidad con lo siguiente:
  …
  IV. La edad de jubilación o retiro para efectos de los contratos de seguros a que se refiere este artículo, en ningún caso podrá ser inferior a cincuenta y cinco años. La edad de jubilación o retiro que se establezca en el contrato de seguro, se considerará como límite para el financiamiento de los planes a que se refiere el presente artículo;

  La tasa de interés anual efectiva acreditada a este fondo no es garantizada, de tal forma que puede llegar a ser positiva o negativa, lo que representa una plusvalía o minusvalía del saldo del fondo.

  Esté fondo solamente estará disponible si se indica en la carátula de la póliza la modalidad retiro.

4.2. Costos del seguro

Del fondo “Del Seguro” se realizarán mensualmente las deducciones de los costos del seguro siempre y cuando exista saldo suficiente en dicho fondo, en caso contrario se aplicará lo descrito en el inciso b) de la cláusula 6.10 Cancelación del seguro. Estos costos se determinan de conformidad con los procedimientos contenidos en el registro de este producto ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

4.3. Valor de rescate

En caso de cancelación el Contratante podrá obtener como valor de rescate, el saldo del fondo “Total” menos el costo de administración por rescate y la retención de impuestos conforme lo prevea la Ley del Impuesto sobre la Renta al momento del rescate.

El costo de administración por rescate se define como un porcentaje aplicado únicamente al saldo del fondo “Del Seguro” que varía dependiendo el año en que se encuentre la póliza al momento de la solicitud del rescate, mismo que se establece en la tabla siguiente:

Año póliza	Costo de administración por rescate % aplicado al saldo del fondo “Del Seguro”
1	100%
2	100%
3	75%
4	65%
5	56%
6	41%
7	32%
8	23%
9	14%
10 y más	0%

4.4. Retiros parciales

El Contratante podrá realizar retiros parciales del fondo total.

A cada retiro parcial efectuado se le aplicará la retención conforme lo prevea la Ley del Impuesto Sobre la Renta al momento del pago del retiro correspondiente.

El Contratante tendrá derecho a realizar 2 retiros parciales por año, en los meses que MetLife determine, siempre y cuando hayan transcurrido al menos 6 meses del último retiro realizado.

El importe máximo de retiro parcial del fondo de reserva está determinado por las políticas operativas de MetLife.

4.5. Estado de cuenta

MetLife enviará de manera gratuita al domicilio que haya determinado el Contratante, un estado de cuenta trimestral que muestra los movimientos de la póliza durante el periodo reportado, el cual contendrá al menos la siguiente información: saldo al inicio del periodo, primas básicas, primas adicionales, costos del seguro, retiros efectuados, intereses y/o rendimientos generados y el saldo al final del periodo.

El Contratante y MetLife podrán acordar que el estado de cuenta se entregue por cualquier medio electrónico que determinen, siempre que exista consentimiento expreso del Contratante. Asimismo, se enviará en formato impreso al menos de manera semestral, conforme a lo dispuesto en el numeral 4.6.4 de la Circular Única de Seguros y Fianzas (CUSF).

4.6. Actualización de Suma Asegurada y prima

4.6.1. Incremento automático lineal de Suma Asegurada y actualización de prima

La Suma Asegurada en el producto se incrementará de manera lineal un 5% en cada aniversario con respecto a la Suma Asegurada inicial hasta edad alcanzada 65 para efectos del cálculo del costo de mortalidad.

La prima correspondiente presentará el incremento conforme al periodo elegido para el pago de primas:

Plazo de pago de primas	Periodo de incremento anual de prima del 5%
Pagos limitados 10 años	Los primeros 10 años
Pagos recurrentes a edad alcanzada 65 años	Hasta edad alcanzada 65 años

5. Apartado cinco – Exclusiones

5.1. Suicidio

En caso de suicidio del Asegurado dentro de los dos primeros años de la celebración de este contrato de seguro o de su última rehabilitación, la obligación de MetLife se limitará devolver a los beneficiarios designados el saldo del fondo "Total" disponible a la fecha del fallecimiento.

6. Apartado seis – cláusulas generales

6.1. Edades de aceptación

Cobertura	Edad mínima	Edad máxima	Edad de cancelación
Básica por Fallecimiento y Beneficio por Supervivencia	18	50	65
Básica por Invalidez Total y Permanente	18	50	65
Enfermedades en Fase Terminal	18	50	65

Graves Enfermedades	18	50	65
Diabetes	18	50	65
Cáncer	18	50	65

6.2. Contrato de seguro

Esta póliza y sus endosos, la solicitud de seguro y sus anexos, así como los comprobantes fiscales digitales (CFDI) de primas, constituyen prueba de este contrato, celebrado entre MetLife y el Contratante, que sólo podrá ser modificado mediante consentimiento previo de las partes Contratantes y haciéndose constar por escrito mediante endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

A su vez, para efectos de comprobar el pago de primas, los recibos del banco con la referencia respectiva, los estados de cuenta que indiquen el pago a través del sistema de domiciliación y los propios estados de cuenta del presente seguro servirán como comprobantes de pago para los efectos del contrato del seguro.

6.3. Beneficios convenidos

Estas condiciones generales en su apartado tres – descripción de coberturas contiene las coberturas y plazos del seguro que se podrán contratar con MetLife, el Asegurado está únicamente protegido por lo que esta exclusivamente establecido en la carátula de la póliza y en su caso, en los endosos realizados a la misma.

6.4. Plazo del seguro

Esta póliza se cancelará al aniversario inmediato posterior de la póliza en que el Asegurado cuente con 65 años, con la cancelación de la póliza quedarán canceladas todas las coberturas contratadas.

6.5. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o por MetLife, se efectuarán en Moneda Nacional.

6.6. Fecha de inicio de vigencia de la póliza

Se encuentra señalada en la carátula de la póliza y será la fecha a partir de la cual entrarán en vigor todas las coberturas contratadas.

6.7. Vigencia del seguro

Este seguro se mantendrá vigente durante el plazo contratado, señalado en la carátula de la póliza, siempre y cuando exista saldo suficiente en el fondo “Del Seguro” para realizar la deducción automática de los costos del seguro conforme a lo establecido en la cláusula 4.2 Costos del seguro.

El fondo “Del Seguro” se incrementa con las aportaciones de prima básica, por consiguiente, para que haya saldo suficiente en éste y se satisfagan los costos del seguro, será necesario que el Contratante cumpla con el pago de la prima básica o bien, cuando no sea cubierta por el Contratante, se cubra la prima básica conforme a lo establecido en la cláusula 6.8. Pago de primas.

6.8. Pago de primas

Las primas para efectos de esta póliza serán las señaladas en la cláusula 2.4. Prima Básica. Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

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

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

El periodo de gracia para el pago de la prima vencerá una vez transcurridos 30 días naturales a partir del inicio de vigencia de cada periodo pactado (anual, semestral, trimestral o mensual). Si una vez transcurrido este periodo el Contratante no ha realizado el pago de la prima básica, se tomará de forma automática la prima básica del fondo "De Ahorro" siempre y cuando se cuente con saldo suficiente para realizar el pago.

Cada deducción que se realice a los fondos para el pago de la prima básica se considera como un retiro parcial y tendrá la afectación fiscal respectiva.

Los efectos del presente contrato de seguro cesarán automáticamente después de 30 días transcurridos a partir del momento en que se hubiere agotado el saldo del fondo "Del Seguro".

6.9. Periodicidad de pago

De acuerdo con el plazo de primas indicado en la carátula de la póliza la prima podrá cubrirse bajo un plazo de pago limitado de 10 años o bajo un plazo de pago durante toda la vigencia de la póliza, equivalente a edad alcanzada 65 años.

El Contratante puede optar por pagar la prima de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral. Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado.

6.10. Cancelación del seguro

El contrato terminará sin obligación posterior para MetLife por cualquiera de las siguientes causas:

a) A petición del Contratante y/o Asegurado: El Contratante y/o Asegurado podrán solicitar la cancelación o terminación anticipada del contrato en cualquier momento, previa solicitud por escrito presentada en las oficinas de MetLife o su representante para tales efectos y en tal caso MetLife emitirá el acuse de recepción de dicha solicitud.

   La cancelación causará efecto a partir de la fecha en que la solicitud sea recibida en las oficinas de MetLife, o a partir de la fecha solicitada en el documento respectivo, la que sea posterior. Para ello el contratante o asegurado titular deberá identificarse previamente y MetLife deberá emitir el documento correspondiente que certifique la cancelación.

   El Contratante tendrá derecho a recibir el Valor de Rescate con que cuente al momento de la cancelación, descrito en la cláusula 4.3. Valor de rescate, deduciéndose el anticipo que se haya dado al Asegurado de la Suma Asegurada por la cobertura Enfermedad Terminal, así como los adeudos que existieran por este contrato.

b) Cancelación automática: Por saldo insuficiente en el fondo "Del Seguro" para realizar la deducción automática de los costos del seguro conforme a lo establecido en la cláusula 4.2. Costos del seguro. Cuando dicha cancelación suceda el remanente de los saldos de los fondos "Plan Personal de Retiro" y "Cuenta Personal Especial para el Ahorro" tendrán que ser devueltos al Contratante y/o Asegurado.

c) El pago de la Suma Asegurada del beneficio básico de fallecimiento.

d) El pago de la Suma Asegurada del beneficio básico de Invalidez total y permanente.

e) Por expiración del plazo de seguro.

6.11. Omisiones o declaraciones inexactas

El Contratante y/o el Asegurado, está obligado a declarar por escrito a MetLife todos los hechos importantes indicados en la solicitud, exámenes médicos y cuestionarios adicionales para la apreciación del riesgo, los cuales pueden influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de celebración del contrato de seguro.

En caso de omisiones y/o falsas e inexactas declaraciones del Contratante y/o el Asegurado, al declarar por escrito en las solicitudes de MetLife o en cualquier otro documento, MetLife podrá rescindir el contrato de pleno derecho en los términos de lo previsto en el artículo 47 en relación con los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. Lo anterior, independientemente de que la causa haya influido o no en la ocurrencia del evento.

En el supuesto de que el presente contrato de seguro sea sujeto de rescisión, MetLife devolverá en un periodo de 15 días hábiles al Contratante o a quien sus derechos o intereses represente, las primas adicionales entregadas sin que ello implique reconocimiento de derecho alguno respecto del seguro que se rescinde.

6.12. Indisputabilidad

Este contrato de seguro será indisputable después de haber transcurrido un lapso de dos años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación, durante el cual MetLife se reserva el derecho de investigar la presencia de omisiones o inexactas declaraciones en la celebración del contrato de seguro respectivo, por lo que transcurrido dicho plazo MetLife renuncia al derecho que le confiere la Ley Sobre el Contrato de Seguro para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiere incurrido el Contratante y/o Asegurado.

6.13. Modificaciones y notificaciones

El Contratante deberá solicitar por escrito, cualquier modificación a su póliza y sólo tendrán validez las modificaciones pactadas expresamente entre ambas partes (Contratante y MetLife), y que consten por escrito en la póliza, o mediante endosos a la misma registrados previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por MetLife carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

En los términos del artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, a continuación, se transcribe el artículo 25 de esta Ley:

“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”.

6.14. Inmutabilidad

Mientras esta póliza esté en vigor, MetLife no podrá modificar la prima básica.

Se excluye del alcance de esta cláusula al recargo fijo incluido en la prima básica.

6.15. Actualización de la operación del seguro

La operación del presente seguro atenderá en todo momento las disposiciones legales vigentes, por lo que los términos contratados se sujetarán automáticamente a los cambios de la Ley o normatividad que apliquen al seguro.

6.16. Carencia de restricciones

Este contrato de seguro no se afectará por razones de cambio de residencia, viajes y estilo de vida del Asegurado en esta póliza, posteriores a la contratación del seguro.

6.17. Cambio de ocupación

Si posterior a la contratación y durante la vigencia del seguro el Asegurado cambia de ocupación, inicia la práctica profesional de algún deporte o realiza una ocupación adicional a la señalada en la contratación, el Contratante o Asegurado deberá notificar por escrito a MetLife durante los 30 (treinta) días naturales siguientes de haberse efectuado dicho cambio.

MetLife evaluará si el cambio de ocupación notificado afecta el riesgo pactado y, en caso de ser procedente modificará las condiciones inicialmente pactadas, lo cual se notificará al Asegurado.

Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, MetLife notificará la rescisión del contrato de seguro y los efectos del seguro cesarán quince días después de la fecha en que comunique su resolución al Asegurado. (Artículos 52 y 56 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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

Agravación del riesgo

Las obligaciones de la compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el artículo 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

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

"Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

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

Las obligaciones de MetLife México, S.A. de C.V., 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 casos de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley sobre el Contrato de Seguro).

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

Por lo anterior, en caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de Ley. Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s), en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, así como por autoridades competentes de carácter extranjero cuyo gobierno tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en el presente párrafo; o, si el nombre del(los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s) sus actividades, los 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 alguno de los tratado internacionales en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Trigésima Novena, fracción V disposición Cuadragesima Cuarta o Disposición Septuagésima, Septuagésima Primera, y Septuagésima Segunda de la resolución por la que se expiden las Disposiciones de Caráçter General a las que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que MetLife México, S.A. de C.V., tenga conocimiento de que el nombre del (de los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

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

Esta cláusula es una excepción a la cláusula de carencia de restricciones.

6.18. Edad real

Para efectos de este contrato de seguro se entenderá como edad real del Asegurado, aquella que haya cumplido a la fecha de inicio de vigencia del seguro.

La fecha de nacimiento del Asegurado deberá comprobarse legalmente y por una sola ocasión cuando MetLife lo solicite, antes o después de su fallecimiento o reclamación efectuada por coberturas adicionales y lo hará constar ya sea en la póliza o en cualquier otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

Los límites de admisión fijados por MetLife, para este seguro, se establecen en el apartado seis – cláusulas generales, numeral 6.1.

Será motivo de rescisión automática del contrato de seguro, si se comprueba que la edad real del Asegurado a la fecha de celebración del contrato se encuentre fuera de los límites de admisión establecidos anteriormente, reduciéndose la obligación de MetLife a pagar el saldo del fondo “Total” existente a la fecha de rescisión.

De acuerdo con el artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por MetLife, se aplicarán las siguientes reglas:

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

II. Si MetLife hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

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

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

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

6.19. Indemnizaciones

Tan pronto como el Contratante y/o el Asegurado o el beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del beneficio generado a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de MetLife.

En el caso de que el asegurado y/o beneficiario, no realicen la notificación a MetLife en tiempo y forma por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir con la obligación de poner en conocimiento a MetLife la realización del siniestro tan pronto como desaparezca el impedimento.

MetLife quedará desligada de todas las obligaciones del contrato de seguro si el Contratante y/o, el Asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se compruebe con oportunidad las circunstancias del siniestro.

De conformidad con el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, MetLife cubrirá la indemnización correspondiente dentro del plazo de treinta días, contados a partir de que MetLife reciba la documentación e información completa que acrediten la realización del siniestro. En consecuencia, mientras no se proporcione la documentación e información solicitada, MetLife no tendrá la obligación de cubrir la Suma Asegurada correspondiente.

Las obligaciones de MetLife quedarán concluidas si demuestra que el Contratante y/o Asegurado o el beneficiario o sus respectivos representantes, 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 que para este fin haya solicitado MetLife.

Al tramitar el pago por el siniestro de un asegurado, la documentación que se debe recabar será la que a continuación se describe, dependiendo del tipo de reclamación que se trate. En caso de requerirlo, MetLife se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional sobre los hechos relacionados con el siniestro y de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Fallecimiento

1. Designación de beneficiarios, requisitada y firmada por el Asegurado. (En caso de contar con ella).
2. Acta de defunción certificada por el Registro Civil o en original o en su caso informe médico para el pago de Suma Asegurada en caso de fallecimiento, el cual debe ser llenado y firmado por el médico tratante del Asegurado.
3. Documento para comprobar la edad del Asegurado en original (acta de nacimiento, pasaporte, o cartilla militar).
4. Identificación oficial vigente del Asegurado para corroborar su firma en original. (En caso de contar con ella).
5. Carátula de la póliza o en su caso el endoso donde aparezcan los beneficiarios designados. (En caso de contar con éstos).
6. Identificación oficial vigente del beneficiario.
7. Documento para comprobar el domicilio de los beneficiarios en original (recibo de luz, teléfono, estado de cuenta bancario, predial con vigencia menor a 3 meses).
8. Solicitud de pago requisitada y firmada por el beneficiario, documento que será proporcionado por MetLife.

6.20. Opciones de liquidación para la cobertura Básica de Fallecimiento

Habiendo ocurrido el fallecimiento del Asegurado dentro del periodo de vigencia de la póliza, la reclamación correspondiente a la cobertura básica por fallecimiento podrá realizarse de acuerdo con cualquiera de las siguientes opciones:

6.20.1. Adelanto de Suma Asegurada para la cobertura Básica por Fallecimiento para el pago de servicios funerarios

En caso de fallecimiento del Asegurado y a solicitud de los beneficiarios, MetLife adelantará el 15% de la Suma Asegurada vigente correspondiente a la cobertura básica de fallecimiento, la cual se destinará únicamente para el pago de servicios funerarios y conforme a los servicios funerarios que haya elegido. En ausencia de dicha solicitud expresa, la Suma Asegurada Básica por Fallecimiento no será afectada y se pagará íntegramente a los beneficiarios en términos de la póliza.

En caso de solicitar el adelanto de Suma Asegurada para el pago de servicios funerarios, dichos servicios serán prestados a través del proveedor que MetLife tenga convenido al momento de ocurrir el evento y MetLife pagará el monto del gasto total del evento directamente al proveedor y reducirá dicho monto a la Suma Asegurada de la cobertura Básica de Fallecimiento.

Si al momento de hacer uso de los servicios funerarios, los beneficiarios deciden realizar modificaciones al paquete de servicios funerarios convenido con el proveedor y esta modificación afecta el costo del servicio, MetLife responderá únicamente por lo convenido con el proveedor, quedando a cargo de los beneficiarios el pago de cualquier excedente que corresponda al gasto del evento.

Si el 15% de la Suma Asegurada contratada para la cobertura Básica por Fallecimiento es superior al monto del gasto total del evento, el remanente será pagado a los beneficiarios designados de acuerdo con los porcentajes establecidos en la designación de beneficiarios.

Por tratarse de una necesidad apremiante, los servicios funerarios otorgados no implican la aceptación ni procedencia del siniestro, ya que estas se encuentran sujetas a la valoración correspondiente de la documentación completa al presentarse la reclamación de la cobertura de vida; para ello, se sujetará a la investigación y el procedimiento legal que corresponda a fin de determinar la procedencia del siniestro por fallecimiento. En caso de que el siniestro sea improcedente MetLife se reserva el derecho de acción correspondiente.

Al encontrarse el costo de los servicios funerarios sujetos a fluctuaciones comerciales y actualizaciones sin previo aviso, los servicios estarán sujetos a que el adelanto de la Suma Asegurada contratada para la cobertura Básica por Fallecimiento sea suficiente para cubrir el costo de los servicios funerarios al momento de la reclamación.

En caso de no utilizarse los servicios funerarios, o en el caso de que los servicios no sean autorizados por MetLife, por ser mayores al 15% del monto de la Suma Asegurada de la cobertura básica por fallecimiento, los beneficiarios deberán realizar la reclamación del pago de la Suma Asegurada correspondiente a la cobertura Básica por Fallecimiento de acuerdo con lo establecido en el siguiente numeral.

6.20.2. Pago total de la Suma Asegurada por fallecimiento

De ser requerido así por los beneficiarios y tomando esta opción de pago, el pago de la Suma Asegurada vigente para la cobertura Básica por Fallecimiento se efectuará una vez que se realice la reclamación correspondiente en las oficinas de MetLife o de sus representantes para tales efectos y se presente la documentación completa para la reclamación de pago de la Suma Asegurada. MetLife pagará directamente a los beneficiarios designados la Suma Asegurada de acuerdo con los porcentajes establecidos en la designación de beneficiarios.

6.21. Indemnización por mora

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

6.22. Deducciones

Cualquier pago pendiente de primas básicas derivado de esta póliza, será deducido de la liquidación que proceda.

6.23. Beneficiarios

El Asegurado podrá hacer designación de beneficiarios mediante notificación por escrito a MetLife. En el supuesto de que la notificación de que se trata, no se reciba oportunamente y MetLife pague el importe del seguro al último beneficiario de que haya tenido conocimiento, ésta quedará liberada de sus obligaciones si paga con base en la designación de beneficiarios más reciente que obre en su poder, realizada conforme a estas condiciones.

El Asegurado puede renunciar al derecho que tiene de cambiar de beneficiario, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable, y deberá comunicarlo al beneficiario y a MetLife, dicha renuncia deberá hacerse constar en la póliza y esta circunstancia será el único medio de prueba admisible.

Cuando no exista beneficiario designado o si sólo se hubiera nombrado uno y éste fallece antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no exista designación de otro beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renunciado al derecho de revocar la designación de beneficiarios.

El Asegurado debe designar a sus beneficiarios en forma clara y precisa. Cuando existan varios beneficiarios, el monto de la Suma Asegurada correspondiente al beneficiario que fallezca antes o al mismo tiempo que el Asegurado, incrementará por partes iguales la Suma Asegurada de los demás beneficiarios, salvo estipulación en contrario.

El Asegurado podrá designar, para la administración de la Suma Asegurada, a un fideicomiso que MetLife tiene asignado y cuyos términos y condiciones se señalan en el contrato de fideicomiso que para este fin se realizó.

Asimismo, se establece que la forma de pago del fideicomiso se realizará siguiendo la indicación que para ese efecto se señala en la denominada carta de instrucción.

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor 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 deben 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 tendrá 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.

6.24. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de esta póliza de seguro, tratándose de la cobertura de fallecimiento, prescribirán en cinco años, en tanto que en los demás casos prescribirán en dos años. En ambos casos, los plazos serán 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 misma Ley.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que MetLife 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 estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

En términos del artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la reclamación presentada ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro producirá la interrupción de la prescripción, mientras que la suspensión de la prescripción solo procede por la interposición de la reclamación ante la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones de esta Aseguradora, conforme lo dispuesto por el artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

6.25. Competencia

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 555328 7000, lada sin costo 800 00 METLIFE (638 5433) o en nuestro portal www.metlife.com.mx

En caso de inconformidad, podrás contactar a la Unidad Especializada de MetLife México, S.A. de C.V., en los teléfonos 555328-9002 o lada sin costo en el 800-907-1111, en el correo electrónico unidadespecializada@metlife.com.mx o en la dirección Avenida Insurgentes Sur número 1457, pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03920, Ciudad de México.

También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en los teléfonos 555340-0999 o lada sin costo 800-999-8080, en el correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03100, Ciudad de México o en su portal www.condusef.gob.mx

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

6.26. Derecho del Contratante para conocimiento del porcentaje de intermediación

Durante la vigencia de la póliza el Contratante podrá solicitar por escrito a MetLife 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. MetLife proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

6.27. Rehabilitación

Mediante presentación de pruebas de asegurabilidad a MetLife, el Contratante podrá dentro de los 365 días naturales posteriores a la fecha de cancelación de su póliza, solicitar la rehabilitación del contrato de seguro, si éste hubiera cesado en sus efectos por falta de pago de primas o por agotamiento del fondo “Del Seguro”.

Una vez que MetLife ha aceptado la rehabilitación de este contrato de seguro deberá notificarlo por escrito al Contratante, indicándole si es el caso, la cantidad necesaria que por concepto de primas o intereses deberá pagar para restablecer su seguro.

6.28. Referencias legales

De conformidad con el artículo 8 de las “Disposiciones de carácter general en materia de Sanas Prácticas, Transparencia y publicidad aplicables a las Instituciones de Seguros” emitidas por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, las disposiciones legales citadas en las presentes Condiciones Generales podrán ser consultadas por el Asegurado/Contratante/Beneficiario en la siguiente página web www.metlife.com.mx.

6.29. Entrega de condiciones generales

Las condiciones generales del seguro contratado serán entregadas en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de la fecha de contratación, a través del medio elegido por el Contratante y/o Asegurado, mismos que podrán ser de forma física o electrónica en formato PDF (Portable Document Format) en el correo electrónico designado al momento de la contratación.

6.30. Fiscales

Los requisitos y características de retiros parciales o totales, las tasas impositivas y el cálculo de los impuestos aplicables a los fondos “De Ahorro”, “Plan Personal de Retiro” y “Cuenta Personal Especial para el Ahorro”, serán de acuerdo con lo dispuesto por los artículos vigentes de la Ley del Impuesto Sobre la Renta y demás aplicables de la legislación fiscal.

MetLife pondrá a disposición del Contratante el comprobante fiscal digital respectivo de prima y la constancia de retención de impuestos por los retiros que fueron efectuados en el ejercicio anual.

Para efectos del fondo “Cuenta Personal Especial para el Ahorro”

Artículo 185 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta aplicable al fondo “Cuenta personal especial para el ahorro

Artículo 185 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta

“Los contribuyentes a que se refiere el título IV de esta Ley, que efectúen depósitos en las cuentas personales especiales para el ahorro, realicen pagos de primas de contratos de seguro que tengan como base planes de pensiones relacionados con la edad, jubilación o retiro, o bien, adquieran acciones de los fondos de inversión que sean identificables en los términos que señale el Servicio de Administración Tributaria mediante disposiciones de carácter general, podrán restar el importe de dichos depósitos, pagos o adquisiciones, de la cantidad a la que se le aplicaría la tarifa del artículo 152 de esta Ley de no haber efectuado las operaciones mencionadas, correspondiente al ejercicio en que éstos se efectuaron o al ejercicio inmediato anterior, cuando se efectúen antes de que se presente la declaración respectiva, de conformidad con las reglas que a continuación se señalan:

I. El importe de los depósitos, pagos o adquisiciones a que se refiere este artículo no podrán exceder en el año de calendario de que se trate, del equivalente a $152,000.00, considerando todos los conceptos.

Las acciones de los fondos de inversión a que se refiere este artículo quedarán en custodia del fondo de inversión al que correspondan, no pudiendo ser enajenadas a terceros, reembolsadas o recompradas por dicho fondo, antes de haber transcurrido un plazo de cinco años contado a partir de la fecha de su adquisición, salvo en el caso de fallecimiento del titular de las acciones.

II. Las cantidades que se depositen en las cuentas personales, se paguen por los contratos de seguros, o se inviertan en acciones de los fondos de inversión, a que se refiere este artículo, así como los intereses, reservas, sumas o cualquier cantidad que obtengan por concepto de dividendos, enajenación de las acciones de los fondos de inversión, indemnizaciones o préstamos que deriven de esas cuentas, de los contratos respectivos o de las acciones de los fondos de inversión, deberán considerarse, como ingresos acumulables del contribuyente en su declaración correspondiente al año de calendario en que sean recibidas o retiradas de su cuenta personal especial para el ahorro, del contrato de seguro de que se trate o del fondo de inversión del que se hayan adquirido las acciones. En ningún caso la tasa aplicable a las cantidades acumulables en los términos de esta fracción será mayor que la tasa del impuesto que hubiera correspondido al contribuyente en el año en que se efectuaron los depósitos, los pagos de la prima o la adquisición de las acciones, de no haberlos recibido.

En los casos de fallecimiento del titular de la cuenta especial para el ahorro, del Asegurado o del adquirente de las acciones, a que se refiere este artículo, el beneficiario designado o heredero estará obligado a acumular a sus ingresos, los retiros que efectúe de la cuenta, contrato o fondo de inversión, según sea el caso.

Las personas que hubieran contraído matrimonio bajo régimen de sociedad conyugal, podrán considerar la cuenta especial o la inversión en acciones a que se refiere este artículo, como de ambos cónyuges en la proporción que les corresponda, o bien de uno solo de ellos, en cuyo caso los depósitos, inversiones y retiros se considerarán en su totalidad de dichas personas. Esta opción se deberá ejercer para cada cuenta o inversión al momento de su apertura o realización y no podrá variarse.

Los contribuyentes que realicen pagos de primas de contratos de seguro que tengan como base planes de pensiones relacionados con la edad, jubilación o retiro y además aseguren la vida del contratante, no podrán efectuar la deducción a que se refiere el primer párrafo de este artículo por la parte de la prima que corresponda al componente de vida. La institución de seguros deberá desglosar en el contrato de seguro respectivo la parte de la prima que cubre el seguro de vida. A la cantidad que pague la institución de seguros a los beneficiarios designados o a los herederos como consecuencia del fallecimiento del asegurado se le dará el tratamiento que establece el artículo 93, fracción XXI, primer párrafo de esta Ley por la parte que corresponde al seguro de vida. Las instituciones de seguros que efectúen pagos para cubrir la prima que corresponda al componente de vida con cargo a los fondos constituidos para cubrir la pensión, jubilación o retiro del asegurado, deberán retener como pago provisional el impuesto que resulte en los términos del artículo 145 de esta Ley.

Lo establecido en este artículo será aplicable siempre que las instituciones de crédito, tratándose de depósitos en las cuentas personales especiales para el ahorro; las instituciones de seguros, en el caso de los pagos de primas de contratos de seguro que tengan como base planes de pensiones relacionados con la edad, jubilación o retiro; así como los intermediarios financieros, para el supuesto de adquisición de acciones de fondos de inversión, estén inscritos en el Registro que al efecto lleve el Servicio de Administración Tributaria, de conformidad con las reglas de carácter general que para tales efectos emita.”

Referencias legales

Ley Sobre el Contrato de Seguro

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

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

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.

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 derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

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

Artículo 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.

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

Artículo 50 Bis.- Cada institución financiera deberá contar con una unidad especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los usuarios dicha unidad se sujetará a lo siguiente:

I. El titular de la unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la institución financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;

II. Contará con personal en cada entidad federativa en que la institución financiera tenga sucursales u oficinas;

III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las instituciones financieras;

IV. Deberá responder por escrito al usuario dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de recepción de las consultas o reclamaciones, y

V. El titular de la unidad especializada deberá presentar un informe trimestral a la comisión nacional diferenciado por producto o servicio, identificando las operaciones o áreas que registren el mayor número de consultas o reclamaciones, con el alcance que la comisión nacional estime procedente. Dicho informe deberá realizarse en el formato que al efecto autorice, o en su caso proponga la propia comisión nacional.

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

Las instituciones financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la unidad especializada.

Los usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la unidad especializada de la institución financiera de que se trate o ante la comisión nacional.

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

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

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

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

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

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

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

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

   Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

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

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

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

   a) Los intereses moratorios;

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

   c) La obligación principal.

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

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

IX. Si la institución de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 días de salario.

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

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

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

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

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

   b. Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

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

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

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

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

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

d. Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo señalarán los términos para su debido cumplimiento.

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

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

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

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

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

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

Código Penal Federal

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 139 Bis.- Se aplicará pena de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a un terrorista, teniendo conocimiento de sus actividades o de su identidad.

Artículo 139 Ter.- Se aplicará pena de cinco a quince años de prisión y de doscientos a seiscientos días multa al que amenace con cometer el delito de terrorismo a que se refiere el párrafo primero del artículo 139.

Artículo 139 Quáter.- Se impondrá la misma pena señalada en el artículo 139 de este Código, sin perjuicio de las penas que corresponden por los demás delitos que resulten, al que por cualquier medio que fuere ya sea directa o indirectamente, aporte o recaude fondos económicos o recursos de cualquier naturaleza, con conocimiento de que serán destinados para financiar o apoyar actividades de individuos u organizaciones terroristas, o para ser utilizados, o pretendan ser utilizados, directa o indirectamente, total o parcialmente, para la comisión, en territorio nacional o en el extranjero, de cualquiera de los delitos previstos en los ordenamientos legales siguientes:

I. Del Código Penal Federal, los siguientes:

1) Terrorismo, previstos en los artículos 139, 139 Bis y 139 Ter;

2) Sabotaje, previsto en el artículo 140;

3) Terrorismo Internacional, previsto en los artículos 148 Bis, 148 Ter y 148 Quáter;

4) Ataques a las vías de comunicación, previstos en los artículos 167, fracción IX, y 170, párrafos primero, segundo y tercero, y

5) Robo, previsto en el artículo 368 Quinquies.

II. De la Ley que Declara Reservas Mineras los Yacimientos de Uranio, Torio y las demás Substancias de las cuales se obtengan Isótopos Hendibles que puedan producir Energía Nuclear, los previstos en los artículos 10 y 13.

Artículo 139 Quinquies.- Se aplicará de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a una persona que haya participado en los delitos previstos en el artículo 139 Quáter de este Código.

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

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

El juzgador, al individualizar la pena o la medida de seguridad a imponer por la comisión de algún delito previsto en este capítulo, tomará en cuenta, además de lo establecido en los artículos 51 y 52, la cantidad y la especie de narcótico de que se trate, así como la menor o mayor lesión o puesta en peligro de la salud pública y las condiciones personales del autor o participe del hecho o la reincidencia en su caso.

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

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

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

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

Para los efectos de esta fracción, por producir se entiende: manufacturar, fabricar, elaborar, preparar o acondicionar algún narcótico, y por comerciar: vender, comprar, adquirir o enajenar algún narcótico. Por suministro se entiende la transmisión material de forma directa o indirecta, por cualquier concepto, de la tenencia de narcóticos.

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

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

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

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

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

Las mismas penas previstas en este artículo y, además, privación del cargo o comisión e inhabilitación para ocupar otro hasta por cinco años, se impondrán al servidor público que, en ejercicio de sus funciones o aprovechando su cargo, permita, autorice o tolere cualesquiera de las conductas señaladas en este artículo.

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

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

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

Artículo 195 bis.- Cuando por las circunstancias del hecho la posesión de alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización a que se refiere la Ley General de Salud, no pueda considerarse destinada a realizar alguna de las conductas a que se refiere el artículo 194, se aplicará pena de cuatro a siete años seis meses de prisión y de cincuenta a ciento cincuenta días multa.

El Ministerio Público Federal no procederá penalmente por este delito en contra de la persona que posea: Medicamentos que contengan narcóticos, cuya venta al público se encuentre supeditada a requisitos especiales de adquisición, cuando por su naturaleza y cantidad dichos medicamentos sean los necesarios para el tratamiento de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder.

I. Peyote u hongos alucinógenos, cuando por la cantidad y circunstancias del caso pueda presumirse que serán utilizados en las ceremonias, usos y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas, así reconocidos por sus autoridades propias.

Para efectos de este capítulo se entiende por posesión: la tenencia material de narcóticos o cuando éstos están dentro del radio de acción y disponibilidad de la persona.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 196 Bis.- (Se deroga).

Artículo 196 Ter.- Se impondrán de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos días multa, así como decomiso de los instrumentos, objetos y productos del delito, al que desvíe o por cualquier medio contribuya a desviar precursores químicos, productos químicos esenciales o máquinas, al cultivo, extracción, producción, preparación o acondicionamiento de narcóticos en cualquier forma prohibida por la Ley.

La misma pena de prisión y multa, así como la inhabilitación para ocupar cualquier empleo, cargo o comisión públicos hasta por cinco años, se impondrá al servidor público que, en ejercicio de sus funciones, permita o autorice cualquiera de las conductas comprendidas en este artículo.

Son precursores químicos, productos químicos esenciales y máquinas los definidos en la ley de la materia.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

a) Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines;

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

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

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

Capítulo II

Operaciones con recursos de procedencia ilícita

Artículo 400 Bis. Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de mil a cinco mil días multa al que, por sí o por interpósita persona realice cualquiera de las siguientes conductas:

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

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

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

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

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

Artículo 400 Bis 1. Las penas previstas en este capítulo se aumentarán desde un tercio hasta en una mitad, cuando el que realice cualquiera de las conductas previstas en el artículo 400 Bis de este Código tiene el carácter de consejero, administrador, funcionario, empleado, apoderado o prestador de servicios de cualquier persona sujeta al régimen de prevención de operaciones con recursos de procedencia ilícita, o las realice dentro de los dos años siguientes de haberse separado de alguno de dichos cargos.

Además, se les impondrá inhabilitación para desempeñar empleo, cargo o comisión en personas morales sujetas al régimen de prevención hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta. La inhabilitación comenzará a correr a partir de que se haya cumplido la pena de prisión.

Las penas previstas en este capítulo se duplicarán, si la conducta es cometida por servidores públicos encargados de prevenir, detectar, denunciar, investigar o juzgar la comisión de delitos o ejecutar las sanciones penales, así como a los ex servidores públicos encargados de tales funciones que cometan dicha conducta en los dos años posteriores a su terminación. Además, se les impondrá inhabilitación para desempeñar empleo, cargo o comisión hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta. La inhabilitación comenzará a correr a partir de que se haya cumplido la pena de prisión.

Asimismo, las penas previstas en este capítulo se aumentarán hasta en una mitad si quien realice cualquiera de las conductas previstas en el artículo 400 Bis, fracciones I y II, utiliza a personas menores de dieciocho años de edad o personas que no tienen capacidad para comprender el significado del hecho o que no tiene capacidad para resistirlo.

Circular Única de Seguros y Fianzas

4.6.4. Los estados de cuenta deberán emitirse por periodos que no excedan de tres meses, a través de medios electrónicos o en papel impreso. En caso de que la entrega se realice por medios electrónicos, se deberá también remitir en papel impreso cuando menos semestralmente.

A solicitud de los interesados, se podrá establecer que, en sustitución de la obligación referida en el párrafo anterior, pueda consultarse el citado estado de cuenta a través de cualquier otro medio que al efecto se acuerde entre las partes. La Institución de Seguros deberá mantener en sus expedientes la evidencia de dicha solicitud.

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 9 de septiembre de 2026, con número de registro CNSF-S0034-0388-2026/ CONDUSEF-007165-03.

MetLife México, S.A. de C.V.

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 555328 7000, 800 00 METLIFE (638 54) o en nuestro portal www.metlife.com.mx

En caso de inconformidad, controversia o competencia, podrás contactar a la Unidad Especializada de MetLife México, S.A. de C.V. en los teléfonos 55 5328-9002 u 800-907-1111, en el correo electrónico unidadespecializada@metlife.com.mx o en la dirección Avenida Insurgentes Sur número 1457, pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920.

También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en los teléfonos 555340-0999, 800-999-8080, en el correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03100, Ciudad de México o en su portal www.condusef.gob.mx

Horarios de atención:
Lunes a jueves de 8:00 a 16:00 horas.
Viernes de 8:00 a 14:00 horas.

Centros de servicio

CDMX Reforma
Avenida Paseo de la Reforma número 265
planta baja, Colonia Cuauhtémoc
Código postal 06500, Alcaldía Cuauhtémoc
Ciudad de México
(frente a la glorieta de la Palma)

CDMX Universidad
Avenida Universidad número 1897
planta baja y piso 1,
Colonia Oxtopulco Universidad
Código postal 04310, Alcaldía Coyoacán,
Ciudad de México

Guadalajara
Avenida Patria número 888
planta baja, piso 6 y 7 "Edificio Patria 888"
Colonia Loma Real, Código postal 45129
Zapopan, Jalisco
(esquina Ceja de la Barranca)

Monterrey
Calzada del Valle número 120 oriente, planta baja,
Colonia del Valle, Código postal 66220, San Pedro
Garza García, Nuevo León.

Los productos y servicios son ofrecidos por MetLife México, S.A. de C.V. filial de MetLife Inc. que opera bajo la marca “MetLife”.

metlife.com.mx
800 00 METLIFE