MetLife

Ex-Servidores
Gastos Médicos Mayores

Condiciones generales

RECAS: CONDUSEF-000313-01

Contenido

1. Apartado uno – Definiciones 1

2. Apartado dos – Objeto del seguro 7

3. Apartado tres – Contrato 7

4. Apartado cuatro – Gastos médicos cubiertos 7

4.1. Gastos hospitalarios 7

4.2. Honorarios médicos 8

4.3. Medicamentos 8

4.4. Auxiliares de diagnóstico 8

4.5. Otros servicios médicos 8

4.5.1. Honorarios de enfermería 8

4.5.2. Transfusiones 8

4.5.3. Aparatos ortopédicos y prótesis 8

4.5.4. Ambulancia 8

4.5.5. Tratamientos de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia o quimioterapia 9

4.5.6. Menopausia 9

4.5.7. Deportes peligrosos 9

4.5.8. Circuncisión 9

4.5.8. Cataratas 9

4.5.9. Operaciones de nariz y/o senos paranasales 10

4.5.10. Otros padecimientos 10

4.6. Eventos sujetos a condiciones específicas 10

4.6.1. Recién nacidos 10

4.6.2. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por padecimientos congénitos 10

4.6.3. Cesárea 11

4.6.4. Parto 11

4.6.5. Aborto involuntario 11

4.6.6. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio 12

4.6.7. Tratamientos dentales 12

4.6.8. Cirugía reconstructiva 13

4.6.9. Trasplantes 13

4.6.10. Adherencias pélvicas y endometriosis 13

4.6.11. SIDA 13
4.6.12. Pago de complementos anteriores 13
4.6.13. Padecimientos preexistentes 13
5. Apartado cinco – Gastos médicos cubiertos con periodos de espera 14
5.1. Con sesenta meses (cinco años) de periodo de espera 14
5.2. Con treinta y seis meses (tres años) de periodo de espera 14
5.3. Con diez meses de periodo de espera 14
5.4. Con seis meses de periodo de espera 15
6. Apartado seis – Límites de la cobertura y gastos a cargo del Asegurado 15
6.1. Suma Asegurada 15
6.2. Deducible 15
6.3. Coaseguro 16
6.4. Pago de honorarios médicos en intervenciones quirúrgicas 16
6.5. Tabla de intervenciones quirúrgicas 17
7. Apartado siete – Exclusiones 18
8. Apartado ocho – Pago de siniestros e indemnizaciones 21
8.1. Información importante para el Asegurado 21
8.2. Pago de reclamaciones 21
8.3. Opciones de atención de siniestros y/o trámites de reclamación 22
8.3.1. Cirugía programada 22
8.3.2. Pago directo 23
8.3.3. Pago directo no programado por emergencia y/o accidente 23
8.4. Cirugía de corta estancia 24
8.5. Trámites por reembolso 24
8.6. Pago directo en el extranjero 25
9. Apartado nueve – Coberturas adicionales con costo 27
9.1. Cobertura de Emergencia en el Extranjero (su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza) 27
9.1.1. Gastos cubiertos por la cobertura de Emergencia en el Extranjero 27
9.1.2. Exclusiones de la cobertura de Emergencia en el Extranjero 27
9.2. Cobertura en el Extranjero (su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza) 28
9.2.1. Gastos cubiertos por la cobertura en el Extranjero 28

9.2.2 Exclusiones de la cobertura en el Extranjero 28
10. Apartado diez – Cláusulas generales 28
10.1. Claúsulas de interés para el Asegurado 28
10.1.1. Altas de asegurados 28
10.1.2. Edad 29
10.1.3. Forma de pago 29
10.1.4. Ocupación 30
10.1.5. Periodo de beneficio 30
10.1.6. Periodo de gracia 30
10.1.7. Primas 30
10.1.8. Rehabilitación 31
10.1.9. Reconocimiento de antigüedad 31
10.1.10. Régimen fiscal 31
10.1.11. Renovación 31
10.1.12. Obligacion de MetLife en el pago de un siniestro 32
10.1.13. Cambio de plan 32
10.2. Claúsulas operativas 32
10.2.1. Agravación del riesgo 32
10.2.2. Cancelación 32
10.2.3. Rescisión del contrato 32
10.2.4. Modificaciones al contrato 33
10.2.5. Residencia 33
10.2.6. Terminación del contrato 33
10.2.7. Vigencia del contrato 33
10.3. Cláusulas contractuales 33
10.3.1. Arbitraje médico para padecimiento preexistente 33
10.3.2. Comisión o compensación directa 33
10.3.3. Competencia 34
10.3.4. Comunicaciones 34
10.3.5. Indemización por mora 34
10.3.6. Moneda 34
10.3.7. Notificaciones 34
10.3.8. Omisiones o inexactas declaraciones 34

10.3.9. Prescripción 34

10.3.10. Responsabilidad 35

Anexo 1. Artículos citados en las condiciones generales 35

Anexo 1.2. Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros 36

Anexo 1.3. Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas 37

1. Apartado uno – Definiciones

1.1. MetLife

En lo sucesivo se entenderá por MetLife a la aseguradora MetLife México S.A.

1.2. Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que ocasione lesiones corporales en la persona del Asegurado que requieran de atención médica. No se considerará accidente, las lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Todas las lesiones sufridas por una persona en un accidente se considerarán como un solo evento.

1.3. Antigüedad generada en la compañía

Es el periodo de tiempo durante el cual el Asegurado, ha estado cubierto en forma continua e ininterrumpida en un plan de seguro de gastos médicos mayores con MetLife.

1.4. Antigüedad reconocida

Es el periodo de tiempo que el Asegurado ha estado cubierto en forma continua e ininterrumpida en un plan de seguro de gastos médicos mayores en alguna compañía de seguros debidamente establecida.

Para reconocer un periodo de antigüedad el Asegurado y/o el Contratante, deberá comprobar a MetLife que durante ese periodo la prima de la(s) póliza(s) en dónde haya estado el Asegurado fue pagada.

La antigüedad reconocida será tomada en cuenta para el cómputo de los periodos de espera señalados dentro de los gastos y tratamientos cubiertos de estas condiciones generales, con excepción de los padecimientos que indiquen lo contrario, para los cuales deberá transcurrir el periodo señalado de forma estricta y sin excepción alguna.

1.5. Aparatos ortopédicos

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

1.6. Asegurado

Persona física que se encuentra en los registros de MetLife bajo el rubro de Asegurado titular o dependiente económico en esta póliza cumpliendo con los requisitos de aceptación.

1.7. Asegurado titular

Persona física que se encuentra asegurada en la presente póliza al cumplir con los requisitos de aceptación de la misma. Las personas que pueden ser asegurados titulares son:

1.7.1. Los servidores públicos que causan baja de la colectividad asegurada de origen por dejar de cumplir con los requisitos de aceptación.

1.7.2. Los hijos(as) y ascendientes de los servidores públicos que causan baja de la colectividad asegurada de origen por dejar de cumplir con los requisitos de aceptación.

1.7.3. El(la) cónyuge, el(la) concubin(ario)(a) o cualquier figura reconocida por la legislación aplicable para parejas del mismo sexo de los servidores públicos que causen baja de la colectividad asegurada de origen por dejar de cumplir con los requisitos de aceptación, incluyendo viudez.

1.7.4. Servidores públicos activos que por negociaciones especiales con la dependencia requieran una póliza individual de gastos médicos mayores.

1.8. Beneficiario

Persona física titular de los derechos indemnizatorios.

1.9. Coaseguro

Porcentaje estipulado en la carátula y endosos de esta póliza, que se aplica al monto total de gastos cubiertos en cada reclamación, una vez descontado el deducible, de acuerdo a las condiciones establecidas.

1.10. Colectividad asegurada de origen

Personas que contaban con la protección de un seguro de gastos médicos mayores a través de una póliza colectiva contratada con MetLife a favor de los servidores públicos de las dependencias del poder ejecutivo federal, de los poderes legislativo y judicial de la unión, de la administración pública federal paraestatal y de los gobiernos de los estados, causando baja del servicio activo y solicitando en tiempo y forma el derecho a la conversión a la presente póliza.

Colectividad de servidores públicos activos cuya dependencia tengan alguna negociación especial con MetLife para comercializar este producto.

Son considerados dentro de la colectividad asegurada de origen, los dependientes económicos de los servidores públicos señalados en los párrafos anteriores.

1.11. Contratante

Persona física ó moral responsable ante MetLife de la contratación y pago de la(s) prima(s) de la póliza. Existe la opción de que el Contratante coincida o no con el Asegurado titular.

1.12. Contrato

El contrato de seguro es el documento (póliza así como sus adiciones y reformas asentadas por escrito) por virtud del cual MetLife se obliga frente al Asegurado o beneficiarios, mediante una prima, a pagar una indemnización, bajo los términos pactados, al producirse el evento previsto (siniestro) en dicho contrato.

1.13. Deducible

Cantidad inicial fija establecida en la carátula de la póliza con la cual participa el Asegurado en los gastos ocasionados por cada evento procedente, de acuerdo a las condiciones establecidas.

1.14. Dependiente económico

Para efectos de esta póliza, se podrá asegurar como dependiente(s) económico(s) del Asegurado titular, a las siguientes personas que provengan de la colectividad asegurada de origen:

1.14.1. El (la) cónyuge, el (la) concubin (ario) (a) del Asegurado titular o cualquier figura reconocida por la legislación aplicable para parejas del mismo sexo que: se haya instituido con ese carácter y cumpla con los requisitos de aceptación de la póliza.

1.14.2. Los hijos solteros menores de 25 años de edad, siempre y cuando: no tengan ingresos por trabajo personal y cumplan con los requisitos de aceptación de la póliza.

1.14.3. Los padres del Asegurado titular que cumplan con los requisitos de aceptación de la póliza.

También podrán ser dependientes económicos:

1.14.4. Los hijos de la asegurada titular, o de la cónyuge o concubina del Asegurado titular incluida en la póliza, nacidos durante la vigencia de la misma.

1.14.5. El cónyuge del Asegurado titular cuando este contraiga matrimonio dentro de la vigencia de la póliza.

En los casos de los dos párrafos precedentes, aplicará lo estipulado en el numeral 10.1.1. altas de asegurados, de las presentes condiciones generales.

1.15. Emergencia o urgencia médica

Se considera emergencia o urgencia médica, cuando una enfermedad o accidente cubierto por la póliza, pone en peligro la vida o viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado por la cual ingresa por el área de urgencias o emergencias de un hospital, dentro de las 24 horas de ocurrida dicha enfermedad o accidente, y que el afectado sea hospitalizado por un mínimo de 24 horas. En caso de que el evento sea procedente en términos de la presente póliza y la atención médica se realice con médicos y hospital de red, se podrá utilizar el servicio de pago directo, de otra manera se deberá solicitar el reembolso de los gastos erogados.

1.16. Endoso

Documento que modifica, previo acuerdo entre las partes, el clausulado del contrato de seguro y forma parte integral de éste.

Lo estipulado en un endoso prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contrapongan, siempre y cuando no se contravengan las disposiciones legales vigentes.

1.17. Enfermedad

Toda alteración de la salud que padezca el Asegurado y que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico prescrito por un médico titulado y con cédula profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión. Las recaídas, complicaciones y secuelas se considerarán como la misma enfermedad cubierta que les dio origen.

1.18. Enfermera

Persona que está legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia a los enfermos.

1.19. Evento

En el caso de enfermedad, el evento se refiere a cada enfermedad cubierta por esta póliza, independientemente del número de reclamaciones o veces que se utilice algún servicio y/o se efectúe algún pago derivado de la misma enfermedad.

Respecto al accidente cubierto, el evento se refiere a todos los gastos médicos derivados del mismo accidente.

1.20. Extraprima

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

1.21. Fecha de primer gasto

Es la fecha en la cual se erogó el primer gasto para la atención de un padecimiento.

1.22. Gasto Usual y Acostumbrado

Se entenderá como tal, aquel cuyo monto o valor ha sido convencionalmente pactado entre MetLife y los prestadores de servicios médicos y hospitalarios en consideración a la naturaleza, calidad técnica de los servicios, características de las instituciones y equipos hospitalarios respectivos, así como a las circunstancias de tiempo y costo de la utilización.

El monto máximo de los gastos médicos cubiertos por esta póliza para; médicos, hospitales, laboratorios clínicos y de gabinete (radiografías, ultrasonidos, tomografías axiales computarizadas, entre otros), con los que MetLife no tenga convenio de pago directo, no podrá exceder del que corresponda para servicios de la misma especialidad o categoría con los que exista dicho convenio.

1.23. Gasto médico

Es cualquier erogación que se realiza para la atención y/o tratamiento de un accidente y/o enfermedad.

1.24. Gasto médico mayor

Es la acumulación de gastos médicos que se generan como consecuencia de algún accidente y/o enfermedad cubiertos por esta póliza y que rebasan el deducible contratado, especificado en la carátula y/o endosos de ésta póliza.

1.25. Honorarios médicos

Es aquella remuneración que obtiene el profesionista médico legalmente autorizado para ejercer su profesión por los servicios que presta al Asegurado y que participa de manera activa y directa en su recuperación.

1.26. Hospital, clínica o sanatorio

Aquella institución legalmente constituida y registrada que cumple con los siguientes requisitos:

1.26.1. Dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar padecimientos, incluida cirugía. Los tratamientos han de ser efectuados dentro los confines del establecimiento o en infraestructuras controladas por el establecimiento.

1.26.2. Tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos originados a consecuencia de un padecimiento, por médicos legalmente autorizados durante las 24 horas del día y durante todos los días del año.

No se considerará como hospital, clínica o sanatorio:

1.26.3. Clínicas para el tratamiento de enfermedades mentales o cuyo principal objetivo sea el tratamiento de enfermedades psiquiátricas. Así mismo se excluyen tratamientos en los departamentos psiquiátricos de los hospitales.

1.26.4. Casas para ancianos, casas de descanso, centro para el tratamiento de drogadictos y/o alcohólicos y/o neuróticos.

1.26.5. Clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.

1.27. Hospitalización

Para efectos de esta póliza, es la estancia continua en un hospital, siempre y cuando ésta sea justificada y comprobable para la enfermedad o accidente, a partir del momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.

1.28. Lugar de residencia

Domicilio declarado en la solicitud por cada Asegurado.

1.29. Médico

Persona legalmente autorizada mediante cédula profesional vigente para ejercer la medicina.

1.30. Médico especialista

Médico especialista es el que, mediante una formación orientada a un órgano, aparato o sistema, adquiere destrezas específicas que le facilitan la práctica de técnicas diagnósticas invasivas o tratamientos de patologías poco frecuentes, o graves, referidas a órganos, aparatos o sistemas.

1.31. Médico tratante

Médico que está a cargo de la atención y evolución diaria del paciente durante su periodo de hospitalización.

1.32. Nivel de tabla de Intervenciones Quirúrgicas (IQ)

El monto máximo contratado para intervenciones quirúrgicas. Dicho monto corresponderá al procedimiento quirúrgico y en su caso, al lugar (zona geográfica) donde se realice.

1.33. Padecimiento

Cualquier alteración que sufra el Asegurado en su salud a consecuencia de un evento cubierto por la póliza.

1.34. Padecimiento o enfermedad congénita

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

El conjunto de alteraciones que se presenten durante el periodo gestacional que den origen a diversas malformaciones congénitas serán consideradas como un solo evento.

1.35. Padecimiento preexistente

Es aquel padecimiento y/o enfermedad, del cual:

1.35.1. Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia de la póliza, y /o

1.35.2. Se haya emitido un diagnóstico médico previo a la emisión de la presente póliza, 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.

1.35.3. Cuyos síntomas y/o signos sean aparentes a la vista o que no hayan podido pasar desapercibidos, y/o

1.35.4. El Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento del que se trate, antes de la emisión de la presente póliza.

1.36. Pago directo

Sistema de pago mediante el cual MetLife liquidará directamente al prestador de servicios médicos, los gastos en que incurra el Asegurado a consecuencia de alguna enfermedad o accidente cubierto por la presente póliza. Para que opere este servicio, es necesario que se cumplan todos y cada uno de los siguientes requisitos:

1.36.1. La atención médica sea proporcionada por la red médica contratada por MetLife.

1.36.2. Los servicios respectivos sean coordinados a través de MetLife.

1.36.3. Acreditación como Asegurado de la presente póliza a través de la tarjeta de identificación de MetLife.

1.36.4. La póliza se encuentre vigente.

1.36.5. La póliza no presente adeudo de primas.

1.37. Periodo al descubierto

Periodo de tiempo en el cual la prima de la póliza no está pagada. Inicia a partir de la hora en que finaliza el periodo de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada. No procederá el pago de reclamaciones por enfermedades y/o accidentes cubiertos cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado durante este periodo.

Al momento de originarse un periodo al descubierto de 30 o más días, cesarán los efectos del contrato y los asegurados que estén incluidos en el registro de la póliza perderán la antigüedad reconocida.

1.38. Periodo de espera

Es el tiempo que debe transcurrir de vigencia continua de cobertura sin periodos al descubierto para cada Asegurado, para que MetLife pueda cubrir las enfermedades establecidas con periodos de espera. Si el Asegurado recurre a los servicios de la red médica, se puede eliminar el periodo de espera en algunas enfermedades del apartado gastos médicos cubiertos con periodo de espera.

1.39. Prestadores de servicios médicos y hospitalarios afiliados

Hospitales y médicos vinculados con MetLife por convenios, que tienen por objeto proporcionar a los asegurados el servicio amparado por los gastos médicos cubiertos.

1.40. Prótesis

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

1.41. Reclamación

Es el trámite que efectúa el Asegurado ante MetLife, para obtener los beneficios de esta póliza, de acuerdo a lo establecido en las condiciones generales.

1.42. Red médica

Se integra por los médicos, hospitales, farmacias, laboratorios clínicos y gabinetes que prestan servicios bajo convenio a elección del Asegurado, coordinados por MetLife.

1.43. Reembolso

Sistema de pago que consiste en que los gastos realizados a consecuencia de alguna enfermedad o accidente cubierto, sean liquidados por el Asegurado directamente al prestador de servicios y aquellos que procedan conforme a las condiciones generales de la presente póliza, serán posteriormente reintegrados al Asegurado por MetLife, descontando, en su caso, el deducible y coaseguro correspondiente.

El monto máximo susceptible de reembolso de los gastos médicos cubiertos por esta póliza, no podrá exceder:

1.43.1. Del estipulado entre MetLife y los médicos, hospitales, farmacias, laboratorios clínicos y de gabinete de la red médica, para servicios de la misma especialidad y categoría.

1.43.2. Del estipulado en la carátula de la póliza mediante el concepto de Suma Asegurada.

1.44. Renovación

Emisión consecutiva de la póliza por un periodo establecido de tiempo, con el objeto de mantenerla en vigor.

1.45. Signo

Los signos son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica.

1.46. Sintoma

Referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por una enfermedad.

1.47. SMGM

Salario Mínimo General Mensual vigente en la Ciudad de México.

1.48. Suma Asegurada

Cantidad máxima que MetLife pagará por los gastos cubiertos, de acuerdo con los términos contratados para cada Asegurado, por la atención de cada padecimiento distinto e independiente. La Suma Asegurada queda fija a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto de cada enfermedad o accidente cubierto, misma que se determinará multiplicando el número de salarios indicado en la carátula y/o endosos de la póliza, por el Salario Mínimo General Mensual vigente en la Ciudad de México (SMGM).

Para cada gasto procedente por una misma enfermedad o accidente cubierto, la Suma Asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos totales pagados por esa misma enfermedad o accidente nunca rebasarán la Suma Asegurada contratada.

1.49. Tabla de Intervenciones Quirúrgicas (IQ)

Relación de Intervenciones Quirúrgicas donde se indica el porcentaje que se aplicará al nivel de tabla contratado para determinar el importe máximo cubierto para cada una de ellas.

1.50. Tarjeta de identificación

Tarjeta que MetLife expide a cada Asegurado en la fecha de alta al seguro y que permite tener acceso a los servicios que otorga la presente póliza.

1.51. Territorialidad

Los gastos médicos deberán ser erogados dentro de la República Mexicana. En caso de contratar adicionalmente la cobertura en el Extranjero o la cobertura de Emergencia en el Extranjero, los gastos médicos erogados fuera del territorio nacional serán cubiertos de acuerdo a lo establecido en estas condiciones generales para dichas coberturas.

2. Apartado dos – Objeto del seguro

MetLife protege al Asegurado durante la vigencia de este contrato y de acuerdo con las definiciones, condiciones generales y endosos del mismo, si a consecuencia directa de una enfermedad o accidente cubierto el Asegurado incurre en los gastos que se mencionan en la presente póliza.

MetLife pagará dichos gastos hasta por la Suma Asegurada estipulada en la carátula o endosos de esta póliza, sin que exista un periodo máximo de cobertura, siempre y cuando cada renovación anual de la póliza se siga efectuando en forma ininterrumpida con MetLife, terminando la obligación de ésta con el agotamiento de la Suma Asegurada vigente al momento de suceder cada siniestro o cuando se cancele la presente póliza.

En caso de que la renovación de esta póliza no se realice, la obligación de MetLife se limitará al pago de los gastos erogados mientras la póliza haya estado vigente y sin adeudo de primas a consecuencia directa de la ocurrencia de una enfermedad o accidente cubierto.

Periodo de beneficio

Si MetLife ha autorizado previamente el pago de una enfermedad o accidente cubierto y el Asegurado se encontrara hospitalizado al momento de la cancelación, rescisión o expiración de la vigencia, se le pagarán los gastos erogados en la vigencia de la póliza, así como los erogados dentro del plazo de 90 días siguientes contados a partir de la fecha de cancelación, rescisión o expiración de la vigencia, o el agotamiento de la Suma Asegurada, lo que ocurra primero.

3. Apartado tres – Contrato

Para fines de prueba, la oferta realizada por el proponente a MetLife como la solicitud de seguro de gastos médicos mayores individual, junto con los correspondientes cuestionarios de salud requisitados, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas se harán constar por escrito, siendo admisibles para probar la existencia del correspondiente contrato de seguro.

MetLife se reserva el derecho de extra-primar o excluir mediante endosos, la cobertura de determinados padecimientos que por su naturaleza influyan en la agravación del riesgo. Esto se hará en el momento de la contratación del seguro o por cambio de ocupación.

4. Apartado cuatro – Gastos médicos cubiertos

Se entenderá por gastos médicos cubiertos, aquéllos en los que incurra el Asegurado dentro de la República Mexicana, por servicios, materiales y/o tratamientos médicos requeridos para la atención de cualquier accidente cubierto o enfermedad cubierta, prescritos por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión, necesarios para el diagnóstico y/o tratamiento acordes a lo establecido en la presente póliza y endosos que se agreguen a la misma.

Los gastos médicos cubiertos por la póliza son los siguientes:

4.1. Gastos hospitalarios

4.1.1. Gastos de hospital, representados por el costo de habitación en un cuatro privado estándar y alimentos. Para efectos de esta póliza, el cuarto privado estándar se refiere a un cuarto de hospital, con teléfono, televisión y baño privado.

4.1.2. Costo de la cama extra para un acompañante durante el tiempo que el Asegurado se encuentre internado en el hospital.

4.1.3. Sala de operaciones, recuperación y curaciones.

4.1.4. Equipo de anestesia.

4.1.5. Gastos originados por la estancia del Asegurado en terapia intensiva y/o intermedia y/o unidad de cuidados coronarios.

4.2. Honorarios médicos

4.2.1. Honorarios médicos por intervención quirúrgica, que quedarán sujetos a los porcentajes estipulados en la tabla de intervenciones quirúrgicas (tabla de intervenciones quirúrgicas.)

4.2.2. Los honorarios por consultas o visitas médicas, están sujetos a lo pactado en la tabla de intervenciones quirúrgicas (tabla de intervenciones quirúrgicas) y máximo una diaria por Asegurado.

4.2.3. Las consultas médicas post-operatorias, quedarán comprendidas en los honorarios médicos por intervención quirúrgica.

4.2.4. Los honorarios de ayudantes e instrumentistas, en su conjunto, se cubrirán hasta por el 35% del total pagado por concepto de honorarios del cirujano. Distribuidos de la siguiente manera: 20% primer ayudante, 10% segundo ayudante y 5% instrumentista.

4.2.5. Los honorarios del anestesista se cubrirán hasta por el 30% del total pagado por concepto de honorarios del cirujano.

El total para estos conceptos, será el monto máximo que pagará MetLife.

4.3. Medicamentos

Medicamentos adquiridos para el Asegurado dentro o fuera del hospital que estén directamente relacionados con el padecimiento cubierto, siempre y cuando los que se adquieran fuera, sean prescritos por los médicos tratantes y se anexe la factura de la farmacia con copia de la receta. Dicha factura deberá cumplir con los requisitos fiscales aplicables.

4.4. Auxiliares de diagnóstico

Análisis de laboratorio, estudios de rayos X, isótopos radiactivos, electrocardiografía, electroencefalografía y, cualquier otro estudio indispensable para el tratamiento de una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza.

4.5. Otros servicios médicos

4.5.1. Honorarios de enfermería

Honorarios de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su oficio, cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante, con un máximo de 3 turnos durante 30 días topado a 1 Salario Mínimo General Mensual (SMGM) por día.

4.5.2. Transfusiones

Transfusiones, aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes prescritas por el médico tratante e indispensables para el tratamiento de un padecimiento cubierto. Se ampara el costo de los análisis y pruebas de compatibilidad de la sangre y/o sus derivados del donador de acuerdo al número de paquetes utilizados por el Asegurado.

4.5.3. Aparatos ortopédicos y prótesis

Compra o renta de aparatos ortopédicos o prótesis, así como pulmón artificial o dispositivo mecánico cardiaco artificial (marcapaso), que se requiera a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la presente póliza previa valoración y autorización de MetLife.

4.5.4. Ambulancia

4.5.4.1. Terrestre. Dentro de la República Mexicana siempre y cuando sea prescrita por el médico tratante derivado de una emergencia médica. Cuando MetLife lo considere conveniente, podrá solicitar una segunda opinión médica y pedirá al Asegurado se presente o reciba a un médico para su evaluación.

4.5.4.2. Aérea. Si a consecuencia de una emergencia médica el médico tratante prescribe que el Asegurado requiere de atención hospitalaria y en la localidad no se cuenta con los recursos médicos hospitalarios para su atención, MetLife cubrirá los gastos erogados por concepto de transportación aérea dentro de la República Mexicana.

Cláusulas especiales para ambulancia terrestre y aérea:

4.5.4.2.1. El pago de estos servicios correrá a cargo del Asegurado, quien someterá su solicitud de reembolso a MetLife proporcionando un informe médico sobre las condiciones del Asegurado. MetLife dictaminará la reclamación y en caso de procedencia reembolsará dichos gastos incurridos.

Para efectos de que MetLife pueda efectuar el reembolso, el Asegurado deberá entregar la factura original y la documentación médica que MetLife le requiera para dictaminar la procedencia del siniestro.

4.5.4.2.2. En aquellos casos en que sea posible el dictamen previo de la procedencia del servicio de ambulancia aérea, MetLife cubrirá directamente al proveedor de los servicios el monto de los gastos erogados.

4.5.4.2.3. Para este beneficio, se aplicará un coaseguro de 20% del monto de los gastos erogados por los servicios derivados del mismo.

4.5.4.2.4. Este beneficio no se brindará cuando:

4.5.4.2.4.1. El paciente se encuentre sujeto a proceso judicial, averiguación previa o sanción restrictiva de libertad de tránsito.

4.5.4.2.4.2. El paciente no esté autorizado por su médico para el traslado hasta el destino elegido.

4.5.4.2.4.3. El paciente no tenga confirmada su reservación de hospital y de ambulancia terrestre en el lugar del destino.

4.5.4.2.4.4. Los horarios y/o condiciones meteorológicas no permitan la operación segura del aeropuerto.

4.5.4.2.4.5. No exista en la localidad terreno adecuado para aterrizar la aeronave en condiciones seguras.

4.5.5. Tratamientos de radioterapia, inhaloterapia, fisioterapia o quimioterapia

Se cubrirán cuando éstos sean derivados de una enfermedad o accidente cubierto mediante esta póliza, se realicen bajo prescripción del médico tratante y se reciban en un hospital, clínica o sanatorio a institución o con médico tratante o especialista.

4.5.6. Menopausia

Tratamientos médicos a consecuencia de menopausia.

4.5.7. Deportes peligrosos

Se cubren los gastos derivados de las lesiones que sufra el Asegurado por realizar actividades propias de cualquier deporte en forma amateur u ocasional (no profesional), incluyendo deportes peligrosos, con excepción de box, lucha libre o artes marciales. El uso de motocicletas y vehículos de motor similares también serán cubiertos siempre y cuando el Asegurado lo utilice como medio de trabajo.

4.5.8. Circuncisión

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

4.5.8. Cataratas

Gastos derivados de la atención de catarata. Esta cobertura sólo aplica en territorio nacional, aún cuando se haya contratado la cobertura en el extranjero.

4.5.9. Operaciones de nariz y/o senos paranasales

Estarán cubiertas siempre y cuando no se trate de cirugía estética. La reclamación será procedente sólo si se presenta la tomografía y/o radiografía(s) realizada(s), con anterioridad a la intervención quirúrgica, así como fotografías anteriores y posteriores al padecimiento, así mismo, MetLife podrá solicitar toda clase de información sobre los hechos relacionados con dicho padecimiento y, en su caso, una segunda opinión de médico en convenio quien de ninguna manera participará en la atención del evento.

4.5.10. Otros padecimientos

Padecimientos relacionados con amígdalas, adenoides, enfermedad por reflujo gastroesofágico y sus complicaciones, padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia del piso perineal, padecimientos de la vesícula y vías biliares, litiasis renal y en vías urinarias.

Los tratamientos de hernias, eventraciones y diástasis.

Los padecimientos de las glándulas mamarias, de útero y ovarios, en este caso, será necesario presentar ultrasonido, mastografía (en su caso) y cualquier otro estudio que MetLife requiera para su valoración.

4.6. Eventos sujetos a condiciones específicas

A fin de reducir o eliminar los periodos de espera de los padecimientos mencionados a continuación, se reconoce la antigüedad registrada y reconocida de los asegurados a partir de la fecha de alta a la colectividad asegurada de origen, siempre y cuando hayan tenido periodos continuos e ininterrumpidos de cobertura con MetLife.

4.6.1. Recién nacidos

Los hijos de la asegurada titular, o de la cónyuge o concubina del Asegurado titular incluida en la presente póliza, que nazcan durante la vigencia de la póliza, quedarán asegurados en la póliza desde su nacimiento sin necesidad de selección médica, cubriéndoles padecimientos congénitos, prematurez y/o complicaciones que se presenten a partir de la fecha de su nacimiento, siempre y cuando la madre del recién nacido haya cumplido con los requisitos de antigüedad aplicables para el beneficio de maternidad y sus complicaciones (diez meses de periodo de espera), mismo periodo que no aplicará si el evento de parto o cesárea fue cubierto por la presente póliza, y el Asegurado titular y/o Contratante comunique por escrito a MetLife el nacimiento dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha del mismo.

4.6.2. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por padecimientos congénitos

4.6.2.1. Del hijo nacido dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuando se cumpla con las dos siguientes características:

4.6.2.1.1. Se haya notificado a MetLife sobre el nacimiento, dentro de los 30 días naturales siguientes a su acontecimiento, y

4.6.2.1.2. La madre tenga 10 meses de cobertura continua en el presente contrato al momento del nacimiento. Este periodo de espera no operará si el evento de parto o cesárea fue cubierto por este contrato.

Dichos gastos quedarán cubiertos a partir del nacimiento del nuevo Asegurado, siempre y cuando la póliza se encuentre pagada.

Los padecimientos congénitos o nacimientos prematuros a consecuencia de alcoholismo y/o drogadicción de los padres del recién nacido, quedan excluidos.

4.6.2.2. Del Asegurado con más de 10 años de edad, cuyos signos o síntomas iniciales del padecimiento se presenten durante la vigencia de este contrato o del certificado individual, siempre y cuando se cumpla con las dos siguientes características:

4.6.2.2.1. No se hayan erogado gastos o realizado un diagnóstico que señale que estos gastos tuvieron inicio en fecha anterior a la fecha de ingreso a la colectividad.

4.6.2.2.2. Sólo se cubrirán en la República Mexicana.

4.6.3. Cesárea

Gastos originados por la operación cesárea, entendiéndose como tales, los honorarios de médicos que participaron en la intervención quirúrgica y los gastos de hospitalización, los cuales quedarán cubiertos hasta por un monto máximo de 33.03 Salario Mínimo General Mensual (SMGM), con aplicación obligatoria del deducible contratado independientemente del sistema de pago que se utilice y eliminación del coaseguro siempre que el Asegurado utilice médico y hospital en convenio.

En caso de que el Asegurado no utilice hospital y/o médico de la red, el coaseguro contratado se aplicará sobre los costos del proveedor de servicios que no está en la red de MetLife, o bien, sobre los honorarios del médico que no haya aceptado el tabulador de MetLife.

Como operación cesárea, se considerará aquélla que sea prescrita por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión y que sea necesaria para resolver un embarazo que ponga en peligro la vida del niño o de la madre.

Dicha operación se cubrirá únicamente para la asegurada titular o la cónyuge o concubina del Asegurado titular, por lo que no quedarán protegidas las hijas ni la madre del Asegurado o asegurada titular.

Los gastos originados por la operación cesárea quedarán cubiertos siempre y cuando el periodo de gestación se inicie dentro de la vigencia de la póliza. Este periodo de espera no operará para la asegurada titular. Tratándose de la cónyuge del Asegurado titular, no se aplicará dicho periodo de espera siempre y cuando la asegurada cumpla los dos requisitos señalados a continuación:

4.6.3.1. Si se atiende a través de la red médica completa (hospital y médico de la red) o, en su caso, hospital de la red y médico que acepte el tabulador establecido para este contrato y;

4.6.3.2. Si el Asegurado titular solicita el ingreso de su cónyuge a la póliza, dentro de los de 30 días naturales siguientes a su matrimonio.

4.6.4. Parto

Se cubren los gastos originados por la atención de un parto normal, entendiéndose como tales, los honorarios de médicos y los gastos de hospitalización, los cuales quedarán cubiertos hasta por un monto máximo de 33.03 SMGM. Cabe señalar que para el pago de este siniestro, el Asegurado deberá cubrir el monto correspondiente al deducible y, en su caso, el coaseguro.

En caso de que el Asegurado no utilice hospital y/o médico de la red, el coaseguro contratado se aplicará sobre los costos del proveedor de servicios que no está en la red de MetLife, o bien, sobre los honorarios del médico que no haya aceptado el tabulador de MetLife.

Gastos derivados de la atención de las siguientes complicaciones del parto: erosión cervical, inserción velamentosa del cordón umbilical, laceración del canal del parto, polihidramnios y oligohidramnios, ruptura, inversión o atonía uterina o várices vulvares o vaginales. Estas complicaciones estarán incluidas en la Suma Asegurada para el parto.

Sólo se cubrirá a la asegurada titular o a la cónyuge o concubina del Asegurado titular cuya edad se ubique entre los 18 y 45 años, en el entendido de que no quedarán protegidas las hijas ni la madre del Asegurado o asegurada titular.

Los gastos originados quedarán cubiertos siempre y cuando el periodo de gestación se inicie dentro de la vigencia de la póliza. Este periodo de espera no operará para la asegurada titular. Tratándose de la cónyuge o concubina del Asegurado titular, no se aplicará dicho periodo de espera si éste solicita el ingreso de su cónyuge a la póliza dentro de los de 30 días naturales siguientes a su matrimonio.

4.6.5. Aborto involuntario

Se considerará como aborto involuntario, la interrupción de la gestación antes de la semana 20 del embarazo y sólo se cubrirá si su acontecimiento es involuntario para la asegurada y su realización se acredita mediante los correspondientes estudios de laboratorio y/o gabinete.

Se cubren los gastos originados por la atención de un aborto involuntario, entendiéndose como tales, los honorarios de médicos y los gastos de hospitalización, los cuales quedarán cubiertos hasta por un monto máximo de 33.03 Salario Mínimo General Mensual (SMGM). Cabe señalar que para el pago de este siniestro, el Asegurado deberá cubrir el monto correspondiente al deducible y, en su caso el coaseguro.

En caso de que el Asegurado no utilice hospital y/o médico de la red, el coaseguro contratado se aplicará sobre los costos del proveedor de servicios que no está en la red de MetLife, o bien, sobre los honorarios del médico que no haya aceptado el tabulador de MetLife.

Sólo se cubrirá a la asegurada titular o a la cónyuge o concubina del Asegurado titular cuya edad se ubique entre los 18 y 45 años, en el entendido de que no quedarán protegidas las hijas ni la madre del Asegurado o asegurada titular.

Los gastos originados quedarán cubiertos siempre y cuando el periodo de gestación se inicie dentro de la vigencia de la póliza. Este periodo de espera no operará para la asegurada titular. Tratándose de la cónyuge o concubina del Asegurado titular, no se aplicará dicho periodo de espera si éste solicita el ingreso de su cónyuge o concubina a la póliza dentro de los 30 días naturales siguientes a su matrimonio.

4.6.6. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio

Se cubren los tratamientos médicos y/o quirúrgicos por las siguientes complicaciones del embarazo, parto y puerperio, siempre y cuando la gestación inicie dentro de la vigencia de la póliza (este periodo de espera no operará para la asegurada titular, tratándose de la cónyuge o concubina del Asegurado titular no se aplicará dicho periodo de espera si éste solicita el ingreso de su cónyuge o concubina a la póliza dentro de los 30 días naturales siguientes a su matrimonio:

4.6.6.1. La intervención quirúrgica o tratamiento médico realizado con motivo de embarazo extrauterino. Para ser procedente debe presentarse ultrasonografía y/o estudio histopatológico;

4.6.6.2. La toxicosis gravídica (preeclampsia y eclampsia, enfermedades hipertensivas). Para ser procedente debe presentarse ultrasonografía y/o estudio histopatológico y/o estudios de laboratorio;

4.6.6.3. La mola hidatiforme (embarazo molar), será procedente sólo si se presenta estudio histopatológico y ultrasonografía;

4**.6.6.4.** El puerperio patológico, fiebre puerperal, sepsis puerperal, infecciones;

4.6.6.5. Placenta previa (indispensable presentar ultrasonografía);

4.6.6.6. Placenta acreta;

4.6.6.7. Diabetes gestacional;

4.6.6.8. Purpura trombocitopénica;

4.6.6.9. Huevo muerto retenido;

4.6.6.10. Cerclaje

Cualquier otra complicación del embarazo no mencionada en los numerales anteriores, no quedará cubierta, aunque provengan de un accidente sufrido por la asegurada.

Se cubren los gastos originados por las complicaciones del embarazo, entendiéndose como tales, los honorarios de médicos y los gastos de hospitalización, los cuales quedarán cubiertos hasta por un monto máximo de 33.03 SMGM. Esta Suma Asegurada es independiente a la cobertura de parto o cesárea.

Sólo se cubrirá a la asegurada titular o a la cónyuge o concubina del Asegurado titular cuya edad se ubique entre los 18 y 45 años, en el entendido de que no quedarán protegidas las hijas ni la madre del asegurado o Asegurada titular.

4.6.7. Tratamientos dentales

Los gastos por tratamientos dentales, alveolares o gingivales que resulten indispensables a consecuencia de un accidente procedente, serán cubiertos siempre y cuando se presenten radiografías post-traumáticas donde se haga constar el daño sufrido a consecuencia del accidente.

4.6.8. Cirugía reconstructiva

Los tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter reconstructivo (no estético), solo si son indispensables a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto, siempre que éstos ocurran dentro de la vigencia de la póliza.

4.6.9. Trasplantes

En cirugía de trasplantes orgánicos, los gastos amparados del donante (siempre y cuando sea un Asegurado por la presente póliza quien requiera la donación), serán exclusivamente los relacionados con las pruebas de compatibilidad, los inherentes al acto quirúrgico para la extracción del órgano y los gastos de recuperación intrahospitalaria inmediatos a dicho acto quirúrgico.

4.6.10. Adherencias pélvicas y endometriosis

Las adherencias pélvicas y endometriosis sólo se cubrirán previa valoración del acto quirúrgico por parte del médico designado por MetLife.

4.6.11. SIDA

Los tratamientos médicos y/o quirúrgicos que requiera el Asegurado afectado por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o sero-positivo, se cubrirán una vez transcurridos cinco años de estar Asegurado en forma continua e ininterrumpida con MetLife, quedando excluido todo tipo de gasto cuando el diagnóstico de SIDA se hace dentro de este periodo de cinco años o con anterioridad a él. así mismo, no se cubrirán durante el mismo lapso, los estudios de diagnóstico para la detección de este padecimiento.

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

4.6.12. Pago de complementos anteriores

Los gastos erogados que sean complementarios de una reclamación inicial pagada por MetLife durante la vigencia de póliza(s) anterior(es) a la presente póliza, se cubrirán hasta el agotamiento del remanente de la Suma Asegurada individual contratada en la fecha del primer gasto, siempre y cuando: no existan periodos al descubierto, los gastos erogados se encuentren amparados por la presente póliza al momento de su erogación, y ésta se encuentre vigente y sin adeudo en el pago de primas.

El gasto complementario se pagará hasta por el remanente de Suma Asegurada de acuerdo a las condiciones contratadas de la póliza en la cual se originó el primer gasto. Es decir, son erogaciones subsecuentes derivadas de un padecimiento presentado y procedente en una póliza contratada con MetLife.

MetLife se obliga a pagar los gastos complementarios mencionados en el párrafo anterior siempre y cuando hayan sido efectuados dentro del periodo de vigencia de esta póliza.

Para los padecimientos originados dentro de la vigencia de pólizas anteriores con MetLife, se aplicarán los límites, condiciones, deducible y coaseguro de la póliza en la cual se aceptó el siniestro y se iniciaron los gastos para su tratamiento médico y/o quirúrgico.

4.6.13. Padecimientos preexistentes

Los gastos por padecimientos preexistentes que requieran los asegurados de la presente póliza, quedarán amparados una vez transcurridos seis meses (para el Asegurado titular, cónyuge o concubina o concubinario y pareja del mismo sexo e hijos) y tres años en el caso de los ascendientes registrados en la presente póliza, de estar asegurados en forma continua e ininterrumpida con MetLife, siempre y cuando el padecimiento preexistente no sea causa de erogación de gasto, presente signos o síntomas durante los periodos de espera antes mencionados.

Los gastos por padecimientos preexistentes que queden amparados, estarán sujetos a la Suma Asegurada, deducible y coaseguro de la cobertura básica.

Los padecimientos preexistentes que, en su caso queden cubiertos, quedarán amparados únicamente dentro de la República Mexicana.

No se encuentran cubiertos los padecimientos preexistentes que cumplan con al menos uno de los siguientes supuestos:

4.6.13.1. El o los padecimiento(s) por el cual se haya(n) realizado reclamación(es) en la póliza de seguro colectivo de la cual emana la presente póliza y haya resultado improcedente. En caso de haber sido procedente la reclamación en la póliza de seguro colectivo, ésta será cubierta de acuerdo a la cláusula de pago de complementos anteriores.

4.6.13.2. El o los padecimiento(s) que haya(n) presentado síntomas, signos y/o gastos antes de cumplirse los periodos de espera de seis meses y tres años antes mencionados.

4.6.13.3. El o los padecimiento(s) excluidos explícitamente en el apartado denominado “exclusiones” de estas condiciones generales.

5. Apartado cinco – Gastos médicos cubiertos con periodos de espera

En los siguientes padecimientos, el Asegurado deberá cumplir el periodo de cobertura continua en la póliza, con excepción de los ocasionados a consecuencia de un accidente, insuficiencia respiratoria aguda, infarto agudo al miocardio, accidente y enfermedad cardiovascular cerebral y apendicitis.

5.1. Con sesenta meses (cinco años) de periodo de espera

5.1.1. Para la cobertura de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el Asegurado deberá cumplir con al menos cinco años de cobertura continua e ininterrumpida con MetLife.

5.2. Con treinta y seis meses (tres años) de periodo de espera

5.2.1. Para que los ascendientes del Asegurado titular registrados en la póliza puedan gozar de la cobertura de padecimientos preexistentes, éstos deberán cumplir con tres años de cobertura continua e ininterrumpida con MetLife.

5.3. Con diez meses de periodo de espera

5.3.1. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos por padecimientos congénitos

Este periodo de espera no operará si el evento de parto o cesárea fue cubierto por la póliza.

5.3.2. Cesárea

Este periodo de espera no aplica para la asegurada titular. Tratándose del cónyuge del Asegurado titular, no se aplicará dicho periodo de espera siempre y cuando la asegurada cumpla con los dos requisitos señalados a continuación:

5.3.2.1. Se atienda a través de la red médica completa (hospital y médico de la red) o, en su caso, hospital de la red y médico que acepte el tabulador establecido para este contrato y;

5.3.2.2. El Asegurado titular solicite el ingreso de su cónyuge a la póliza, dentro de los 30 días naturales siguientes a su matrimonio.

5.3.3. Parto y complicaciones

Este periodo de espera no aplica para la asegurada titular. Tratándose de la cónyuge del Asegurado titular, no se aplicará dicho periodo de espera siempre y cuando el Asegurado titular solicite el ingreso de su cónyuge a la póliza, dentro de los de 30 días naturales siguientes a su matrimonio.

5.3.4. Aborto involuntario

Este periodo de espera no aplica para la asegurada titular. Tratándose de la cónyuge del Asegurado titular, no se aplicará dicho periodo de espera siempre y cuando el Asegurado titular solicite el ingreso de su cónyuge a la póliza, dentro de los 30 días naturales siguientes a su matrimonio.

5.3.5. Complicaciones del embarazo

Este periodo de espera no aplica para la asegurada titular. Tratándose de la cónyuge del Asegurado titular, no se aplicará dicho periodo de espera siempre y cuando el Asegurado titular solicite el ingreso de su cónyuge a la póliza, dentro de los 30 días naturales siguientes a su matrimonio.

5.4. Con seis meses de periodo de espera

5.4.1. Para que el Asegurado titular, cónyuge o concubina o concubinario y pareja del mismo sexo e hijos puedan gozar de la cobertura de padecimiento preexistente, éstos deberán cumplir con al menos seis meses de cobertura continua e ininterrumpida con MetLife.

6. Apartado seis – Límites de la cobertura y gastos a cargo del Asegurado

Cuando el Asegurado presente una reclamación amparada por la póliza, los gastos se ajustarán a los límites estipulados en la carátula, cláusulas y endosos de la póliza.

6.1. Suma Asegurada

Es la cantidad máxima de responsabilidad que ampara MetLife por cada Asegurado, a consecuencia de cada enfermedad o accidente cubierto.

En caso de que por algún accidente o enfermedad cubierta llegase a disminuir o agotarse la Suma Asegurada contratada, ésta se reinstalará automáticamente por una sola vez dentro de la vigencia de la presente póliza por otro tanto igual, sólo para cubrir nuevos accidentes o enfermedades de cada Asegurado.

En ningún caso, incluyendo renovaciones posteriores de la presente póliza, se reinstalará la Suma Asegurada disminuida o agotada para un mismo accidente o enfermedad cubierto por esta póliza o por otra compañía. En caso de que ocurra el agotamiento de la Suma Asegurada por enfermedad o accidente y a causa del padecimiento cubierto se continúen erogando gastos médicos, estos últimos correrán a cargo del Asegurado.

6.2. Deducible

En toda reclamación que se origine durante la vigencia de la presente póliza, será necesario que el total de los gastos procedentes sea superior al deducible contratado.

El deducible aplicará en todos los casos al momento de realizarse el primer gasto de cada enfermedad o accidente cubierto por las condiciones generales de la póliza y por una sola ocasión cuando se trate de la misma enfermedad o accidente. Una vez rebasada esta cantidad, comienza la obligación de MetLife.

En el caso de reclamaciones de gastos complementarios no se aplicará el deducible, siempre y cuando se haya rebasado el monto del deducible contratado a la fecha del primer gasto,

6.2.1. Hospitales cuyo deducible se incrementa en 1 Salario Mínimo General Mensual (SMGM)

En caso de que la atención médica que reciba el Asegurado se efectúe en alguno de los hospitales que se listan a continuación, el deducible contratado y que se señala en la carátula de la póliza se incrementará en 1 Salario Mínimo General Mensual (SMGM).

- Hospital Mocel
- Hospital Dalinde
- Hospital Español
- Hospital Angeles Metropolitano
- Hospital Santa Fé
- Hospital Christus Muguerza Monterrey

6.2.2. Hospitales cuyo deducible se incrementa en Salario Mínimo General Mensual (SMGM)

Si la atención médica que recibe el Asegurado se realiza en alguno de los siguientes hospitales, el deducible contratado que se señala en la carátula de la póliza se incrementará en 2 Salario Mínimo General Mensual (SMGM)

- Hospital Ángeles del Pedregal
- Hospital Ángeles de las Lomas
- Médica Sur
- Hospital ABC
- Hospital ABC Santa Fe

En caso de que la atención médica que reciba el Asegurado se realice en cualquier otro hospital distinto a los ya mencionados, el deducible que se descontará del monto total del siniestro, será el contratado y que se indica en la carátula de la póliza.

6.3. Coaseguro

Aplicará para todos los gastos cubiertos por la póliza relacionados con la atención médica recibida por el Asegurado y después de haber descontado el deducible. Se aplicará para cada enfermedad cubierta por la póliza incluyendo las reclamaciones complementarias que se presenten, considerando las siguientes reglas:

6.3.1. Accidente

En caso de accidente, mientras el primer tratamiento médico o quirúrgico sea recibido por el Asegurado dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha de ocurrido, no se aplicará coaseguro. Si el primer tratamiento médico o quirúrgico se recibe después de dicho periodo, se aplicará el coaseguro estipulado en la carátula de la póliza correspondiente.

6.3.2. Honorarios médicos

Si el Asegurado acude con médicos pertenecientes a la red o si el médico tratante no pertenece a la red pero ajusta sus honorarios al tabulador de honorarios quirúrgicos de MetLife, se eliminará el coaseguro sobre los honorarios médicos; en caso contrario aplicará el coaseguro contratado.

En caso de que el Asegurado cuente con la cobertura en el extranjero y el pago de los honorarios médicos se tramite a través del pago directo, se eliminará el coaseguro sobre los honorarios médicos. En caso de solicitar un reembolso para el pago de honorarios de un médico que no pertenece a la red médica o que no se ajusta al tabulador de honorarios quirúrgicos, se aplicará el coaseguro contratado.

6.3.3. Hospital

Si el Asegurado decide acudir a un hospital perteneciente a la red, se eliminará el coaseguro sobre los gastos de hospitalización. En caso de que la atención médica se realice en un hospital no perteneciente a la red, se aplicará el coaseguro estipulado en la carátula de la póliza.

En caso de que el Asegurado cuente con la cobertura en el extranjero y el pago de la factura hospitalaria se tramite a través del pago directo, se eliminará el coaseguro sobre dicha factura. En caso de solicitar un reembolso para el pago de un hospital que no pertenece a la red médica, se aplicará el coaseguro contratado.

6.3.4. Otros gastos

Aplicará el coaseguro estipulado en la carátula de la póliza para cualquier otro gasto diferente al recibo de honorarios médicos y/o factura hospitalaria.

6.4. Pago de honorarios médicos en intervenciones quirúrgicas

El pago de los honorarios quirúrgicos que deba efectuar MetLife, en ningún caso excederá lo pactado según la tabla de intervenciones quirúrgicas

6.4.1. Operaciones en una misma región del cuerpo

Cuando en una misma sesión quirúrgica el cirujano practique al Asegurado dos o más operaciones en una misma región, MetLife pagará únicamente el importe de la mayor o, una de ellas, cuando los porcentajes estipulados en la tabla de intervenciones quirúrgicas sean iguales.

6.4.2. Operaciones en distintas regiones del cuerpo

Si el cirujano efectúa otra intervención diferente a la principal, en una región distinta del cuerpo del Asegurado, en una misma sesión quirúrgica, los honorarios de la segunda intervención se pagarán al 50% de lo que marca la tabla de intervenciones quirúrgicas. Cualquier otra intervención adicional no quedará cubierta.

6.4.3. Segunda intervención quirúrgica

Si hubiera necesidad de una segunda intervención quirúrgica, se le dará tratamiento normal, como si se tratara de otra afección, siempre que se realice después de transcurridas 24 horas de haberse efectuado la primera intervención quirúrgica.

6.4.4. Intervención quirúrgica de distinta especialidad

Si se requiere otra intervención quirúrgica de diferente especialidad, en la misma sesión, los honorarios del segundo cirujano se cubrirán al 100% de acuerdo al porcentaje marcado en la tabla de intervenciones quirúrgicas.

6.4.5. Reconstrucción quirúrgica

Cuando sea necesaria la reconstrucción quirúrgica de varios elementos (neurorrafias, arteriorrafias, tenorrafias) en la misma sesión y por la misma incisión, se pagará el 50% del porcentaje pactado en la tabla de intervenciones quirúrgicas para la más elevada y el 25% del porcentaje estipulado en la misma tabla, para las restantes.

6.4.6. Intervención quirúrgica de padecimientos cubiertos y no cubiertos

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

6.4.6.1. Honorarios médicos

De acuerdo a lo estipulado en la tabla de honorarios médicos para el padecimiento cubierto.

6.4.6.2. Anestesiólogo y ayudante

De acuerdo a las políticas y porcentajes establecidos en la tabla de honorarios médicos para el padecimiento cubierto.

6.4.6.3. Hospital

Se pagará el 60% de la factura total.

6.4.7. Cirugía en ambos lados del cuerpo

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

6.5. Tabla de intervenciones quirúrgicas

En dicha tabla se indica el monto máximo contratado para intervenciones quirúrgicas. En caso de que el médico tratante no se encuentre en la red médica y existan diferencias entre el monto establecido en la tabla de intervenciones quirúrgicas y los gastos erogados, el Asegurado estará a cargo de las diferencias.

En caso de que el médico ratante pertenezca a la red médica, el Asegurado no deberá hacer ningún desembolso extra por concepto de diferencia contra la tabla de intervenciones quirúrgicas para los gastos y padecimientos cubiertos de acuerdo a estas condiciones generales.

7. Apartado siete – Exclusiones

El contrato contenido en la presente póliza no cubre los conceptos que a continuación se enumeran, ni los gastos por complicaciones que se originen directamente de cualquier estudio, tratamiento, padecimiento, lesión, afección, intervención, enfermedad o accidente expresamente excluido en este contrato.

7.1. Servicio de acompañantes en el traslado del Asegurado en calidad de paciente, dentro y fuera del país.

7.2. Peluquería, barbería, pedicurista, compra o alquiler de aparatos y/o servicios para la comodidad personal.

7.3. Tratamientos estéticos, de calvicie o cirugía para cambio de sexo.

7.4. Afecciones propias del embarazo y del parto, y toda complicación del embarazo o del parto que no se encuentren entre las cubiertas por esta póliza, así como complicaciones del embarazo cuando sea a consecuencia de un tratamiento de infertilidad y/o esterilidad. En estos casos no se pagará ningún gasto relacionado al recién nacido ni tampoco a los que presente la madre.

7.5. Tratamientos de lesiones pigmentarias de la piel conocidos como lunares o nevus.

7.6. Gastos por gestión administrativa en hospitales.

7.7. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, así como tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir la calvicie, tratamientos dietéticos, la reducción o aumento de peso, la obesidad, anorexia y bulimia, el acné.

7.8. Tratamientos con fines preventivos.

7.9. Curas de reposo, exámenes médicos, check up's, o estudios de cualquier naturaleza para la comprobación del estado de salud.

7.10. Anteojos, lentes de contacto, lentes intraoculares ni aparatos auditivos.

7.11. Compra o renta de zapatos ortopédicos, plantillas o cualquier modificación o accesorio a los zapatos ortopédicos.

7.12. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, a menos que sean indispensables a consecuencia de un accidente cubierto, en los términos que se indican en el numeral 4.6.8. "tratamientos dentales", de la presente póliza.

7.13. Legrados uterinos que se deriven de hechos o actos en que haya intervenido la Asegurada directamente.

7.14. Tratamientos médicos o quirúrgicos por esterilidad, infertilidad, control de la natalidad, impotencia sexual y sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.

7.15. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir xifosis, lordosis o escoliosis de columna vertebral.

7.16. Control, vigilancia y atención prenatal.

7.17. Reposición o reparación de aparatos ortopédicos y prótesis existentes a la fecha de incorporación a esta póliza, cualquiera que sea la naturaleza y/o causa de la reposición o reparación.

7.18. Tratamientos psiquiátricos, psicológicos o psíquicos, trastornos de enajenación mental, demencia, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria nerviosa, así como sus complicaciones, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas así como los tratamientos para corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje o alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías, aún las que resulten de enfermedades o accidentes cubiertos.

7.19. Tratamiento médico o quirúrgico por prematurez, malformaciones, y padecimientos congénitos de los asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza no reportados durante los 30 días naturales posteriores a su nacimiento o cuya madre no haya cumplido con el periodo de espera estipulado, ni los derivados de alcoholismo, drogadicción y tratamientos de infertilidad y/o esterilidad.

7.20. Tratamientos que requiera el Asegurado afectado por el SIDA, antes de cumplir cinco años de estar cubierto en forma continua e ininterrumpida con MetLife, así como los gastos requeridos para su detección.

Además de lo mencionado en el párrafo anterior, una vez transcurridos los cinco años del periodo de espera no se cubrirá cualquier cirugía, tratamiento o examen no reconocido por la norma oficial mexicana para la prevención y control de la infección por VIH publicada por la Secretaría de Salud vigente al momento en que se haya erogado el gasto.

7.21. Tratamientos médicos o quirúrgicos realizados por quiroprácticos, naturistas, vegetarianos y de acupuntura, efectuados por personas sin cédula profesional para realizar dichos tratamientos.

7.22. Tratamientos médicos o quirúrgicos que no son reconocidos por la práctica médico científica y que son de naturaleza experimental y/o de investigación.

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

7.24. Todo tipo de padecimientos, intervenciones, complicaciones o tratamientos, incluyendo los tratamientos de rehabilitación, que resulten a consecuencia de alcoholismo, drogadicción o cualquier tipo de toxicomanías o fármaco-dependencias.

7.25. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de encontrarse bajo los efectos de estimulantes, medicamentos o drogas no prescritas médicamente.

7.26. Lesiones originadas por cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.

7.27. Lesiones originadas por actos delictivos en los que el Asegurado actúe como sujeto activo del delito, o lesiones derivadas de riñas en las que el Asegurado actúe como provocador de acuerdo a lo estipulado en las conclusiones del acta del Ministerio Público.

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

7.29. Práctica profesional de cualquier deporte.

7.30. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje en cualquier vehículo de motor en competencia, entrenamiento, carreras, pruebas de seguridad, resistencia o velocidad.

7.31. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como pasajero, mecánico o parte de la tripulación en cualquier aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de personas.

7.32. Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en planeadores.

7.33. Honorarios médicos cuando el médico tratante sea familiar (padre, madre, hermano(a), hijo(a), cónyuge) del Asegurado o el mismo Asegurado.

7.34. Uso de motocicletas y vehículos de motor similares, ya sea como piloto o pasajero. Excepto lo establecido en el numeral 4.5.7. “deportes peligrosos”.

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

7.36. Gastos personales del Asegurado o los acompañantes.

7.37. Atención de recién nacidos sanos (cunero, incubadora, pediatra, entre otros).

7.38. Gastos efectuados fuera de la República Mexicana, salvo los erogados bajo las coberturas que otorgan protección en el extranjero indicadas en el capítulo coberturas adicionales opcionales de estas condiciones generales y cuya contratación se indique en la carátula de la presente póliza.

7.39. Complementos vitamínicos.

7.40. Los gastos en que incurra el Asegurado a consecuencia de tratamientos oftalmológicos originados por miopía, presbiopía, hipermetropía y astigmatismo, cirugía correctiva por defectos de refracción de córnea, queratotomía radiada, queratomileusis, epiqueratofaquía y similares.

8. Apartado ocho – Pago de siniestros e indemnizaciones

8.1. Información importante para el Asegurado

8.1.1. Tarjeta de identificación MetLife

Esta tarjeta, acompañada de una identificación oficial vigente con fotografía, le permitirá al Asegurado obtener, de manera más fácil y rápida, el servicio con cualquiera de los proveedores de servicios médicos afiliados a MetLife.

8.1.2. Pago de prima

Para que las reclamaciones procedentes presentadas por el Asegurado sean cubiertas, es necesario que la prima correspondiente al seguro haya sido pagada. De lo contrario, la reclamación no será cubierta; si la póliza se encuentra dentro del periodo de gracia y la prima no se ha pagado, la reclamación tendrá que ser tramitada vía reembolso.

8.1.3. Orientación y asistencia médica

Centro de Atención Telefónica, las 24 horas del día los 365 días del año.

Ciudad de México y Área Metropolitana: 53-28-72-22

Interior de la República: 01-800-019-3300

En este centro de atención telefónica, el Asegurado recibirá la siguiente información:

8.1.3.1. Primeros auxilios

8.1.3.2. Algunas enfermedades, signos y síntomas

8.1.3.3. Uso de medicamentos

8.1.3.4. Planificación familiar y educación sexual

8.1.3.5. Vacunación

8.1.3.6. Síndrome menstrual y embarazo

8.1.3.7. Prevención de auto medicamentos

8.1.3.8. Tabaquismo, alcoholismo y fármaco dependencia

8.1.3.9. Referencia de médicos de diferentes especialidades

8.1.3.10. Referencia de hospitales, laboratorios, gabinetes y farmacias

8.1.3.11. Solicitar el servicio de ambulancia terrestre, en el lugar y momento de una emergencia con un costo que el Asegurado pagará al recibir el servicio

8.1.3.12. En caso de así solicitarlo, el Asegurado podrá obtener consulta médica en su domicilio con un costo preferencial, el cual deberá cubrir al momento de recibir la atención

8.2. Pago de reclamaciones

Es obligación del Asegurado dar aviso por escrito a MetLife de cualquier padecimiento que pueda ser motivo de indemnización.

En toda reclamación deberá comprobarse la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a MetLife los formatos de reclamación correspondientes llenados en su totalidad y firmados que para tal efecto se le proporcionen, así como los comprobantes originales que reúnan los requisitos fiscales de los gastos efectuados y cualquier otra información que MetLife juzgue necesaria para la mejor apreciación del siniestro.

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

El pago de reclamaciones sólo procederá si son presentados los requisitos mencionados para cada caso. MetLife quedará liberada de cualquier obligación derivada de la reclamación en tanto no sean satisfechos dichos requisitos.

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

MetLife sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado y se pueda corroborar en el expediente clínico con la nota y firma respectiva, y que no sean familiares directos del Asegurado (padres, hijos, cónyuge, hermanos, suegros, cuñados o primos en primer grado e incluso el mismo Asegurado), y cuando los gastos de internación sean efectuados en hospitales, clínicas y/o sanatorios legalmente autorizados. No se hará por parte de MetLife ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencias, asistencia social o cualquier otro semejante en donde no se exija remuneración, ni a establecimientos que no expidan recibos con todos los requisitos fiscales.

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

En ningún caso procederá el pago de reclamaciones si no se cumplen los requisitos mencionados para cada caso, en las condiciones generales. En caso de no cumplirse estos requisitos MetLife quedará liberada de cualquier obligación derivada de la reclamación.

Las indemnizaciones que resulten procedentes serán liquidadas en el curso de los 30 días naturales siguientes a la fecha en que MetLife reciba los documentos e información completa que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

Todas las indemnizaciones por reembolso cubiertas por MetLife serán liquidadas al Contratante de la póliza.

El pago del impuesto al valor agregado será cubierto por MetLife. Cualquier otro impuesto quedará a cargo del Contratante de la póliza.

MetLife tendrá derecho en todo momento, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Asegurado o Contratante de la póliza para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará MetLife de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

8.3. Opciones de atención de siniestros y/o trámites de reclamación

8.3.1. Cirugía programada

Es recomendable que cuando al Asegurado se le programe una cirugía, ésta se realice utilizando nuestro grupo médico asociado, de esta forma MetLife liquidará los gastos de acuerdo a las condiciones de la póliza directamente al médico y hospital que tengan convenio con MetLife.

8.3.1.1. Procedimiento

8.3.1.1.1. Solicitar al médico tratante que llene y firme completamente el informe médico.

8.3.1.1.2. Solicitar al médico tratante el presupuesto de sus honorarios, en caso de que el médico no pertenezca a la red médica.

8.3.1.1.3. Llenar y firmar el aviso de accidente o enfermedad.

8.3.1.1.4. El Asegurado deberá elegir junto con el médico, el hospital del convenio en que será atendido.

8.3.1.1.5. Presentar directamente en cualquiera de los centros de atención de MetLife, o a través del siguiente correo electrónico: cirugiaprogramada@metlife.com.mx, con un mínimo de cinco días hábiles de anticipación al evento quirúrgico, la documentación mencionada anexando los estudios de laboratorio o gabinete realizados correspondientes al diagnostico, así como la interpretación de los mismos.

En caso de haber presentado la documentación a través del correo electrónico, la respuesta del dictamen se realizará a través del mismo medio.

Una vez que sea valorado el caso por MetLife, se indicará al Asegurado por escrito si la programación de cirugía procede o no de acuerdo a las coberturas contratadas en la póliza.

Si es procedente, MetLife otorgará la autorización correspondiente en donde se especificará el monto autorizado para gastos hospitalarios, si fuera el caso, la aplicación del deducible y coaseguro, así como los honorarios médicos que se cubrirán por el evento quirúrgico.

El Asegurado podrá recoger la respuesta a su solicitud en cualquiera de nuestras áreas de atención en donde inicialmente entregó la documentación.

Al ingresar al hospital, deberá entregar la autorización al personal de admisión, y mostrar una identificación oficial vigente con fotografía.

8.3.2. Pago directo

El sistema de pago directo permite al Asegurado atenderse en cualquier hospital de acuerdo al plan contratado con los que MetLife ha establecido convenio sin desembolsar el costo total del internamiento, protegiéndolo así de un probable desequilibrio económico. Si el padecimiento está dentro de las coberturas contratadas en su póliza y ésta se encuentra vigente y pagada, MetLife se hace cargo de liquidar al hospital los gastos erogados por concepto de la hospitalización, quedando únicamente a cargo del Asegurado el deducible y coaseguro que en su caso señale su póliza y los gastos no cubiertos.

Ahora bien, si el Asegurado elige atenderse con algún médico de la red médica, o si el médico tratante acepta el proceso de pago de MetLife y la tabla de intervenciones quirúrgicas, serán también liquidados por MetLife los honorarios por atención médica dentro del hospital (cirujano, ayudante, anestesia), por lo que el desembolso del Asegurado se limitará al deducible y coaseguro que en su caso señale la póliza, por gastos hospitalarios no cubiertos así como gastos personales, es decir una parte mínima con respecto al total.

8.3.3. Pago directo no programado por emergencia y/o accidente

El procedimiento de pago directo no programado opera cuando MetLife recibe el reporte hospitalario, una vez que el Asegurado se encuentra en el hospital. Este caso solo operará en internamientos mayores a 24 horas.

8.3.3.1. Procedimiento

8.3.3.1.1. En cuanto el Asegurado llegue al hospital deberá acudir al departamento de admisión e identificarse como Asegurado de MetLife.

8.3.3.1.2. Si por política de la institución hospitalaria es necesario cubrir un importe por concepto de depósito, éste deberá ser cubierto por el Asegurado. En caso de que el siniestro sea procedente, el depósito será devuelto al Asegurado al momento en que sea dado de alta.

8.3.3.1.3. Es necesario que el Asegurado tenga disponible en su habitación, además de la tarjeta de identificación de MetLife, una identificación oficial vigente con fotografía.

8.3.3.1.4. Verificar en el departamento de admisión del hospital, que el ingreso del Asegurado haya sido reportado a MetLife. Es posible ratificar el reporte a través de una llamada al Centro de Atención Telefónica de MetLife para dar aviso inmediato del ingreso al hospital.

Ciudad de México y Área Metropolitana: 5328-7222

Interior de la República: 01800-019-3300

8.3.3.1.5. Si la causa del internamiento es por cirugía de nariz, fracturas o cirugía de mama, los estudios de gabinete (radiográficos, ultrasonografía y mastografía) deben permanecer en la habitación.

8.3.3.1.6. En un lapso no mayor a 24 horas (si se cuenta con la información médica y administrativa completa) un médico de MetLife llamará al Asegurado o asistirá a valorar el caso. En caso de que el padecimiento se encuentre cubierto por la póliza, se le entregará al Asegurado la autorización de pago directo y se le indicará el monto que correrá a su cargo por conceptos como: gastos personales, deducible, coaseguro, honorarios médicos en caso de que el médico tratante no acepte la tabla de intervenciones quirúrgicas, etc.

8.3.3.1.7. El médico dejará una copia de la autorización de pago directo en el departamento de admisión y, en el caso de médicos pertenecientes a la red médica o si el médico tratante ajustó sus honorarios a los aranceles de MetLife, se entregará una copia de la autorización de pago directo también en la caja médica del hospital.

8.3.3.1.8. Si el evento no está cubierto, el médico informará al Asegurado este hecho, además hará de su conocimiento que los gastos erogados por dicho evento correrán a cargo del Asegurado. Dicha notificación se realiza con el formato de admisión hospitalaria.

8.4. Cirugía de corta estancia

Todas las hospitalizaciones que vayan a realizarse por un lapso de unas cuantas horas, es decir que el paciente ingrese y egrese el mismo día del hospital, deberán tramitarse bajo el esquema de cirugía programada. En caso contrario dicha cirugía se tramitará por vía reembolso.

8.4.1. Emergencias

En caso de una emergencia, sólo podrá operar el servicio de pago directo no programado, en aquellos casos que justifiquen la permanencia del Asegurado por un lapso mayor a 24 horas.

8.5. Trámites por reembolso

Los gastos efectuados por el Asegurado y que estén amparados por la póliza contratada, serán reembolsados al Asegurado previa revisión y autorización de los comprobantes por MetLife.

Para esto, es necesario que el Asegurado presente la siguiente documentación ya sea en los centros de atención, sucursales y/o con los médicos coordinadores cuya referencia puede obtener en el centro de atención telefónica.

En caso de que el Asegurado decida atenderse con un médico no perteneciente a la red médica o en un hospital que no esté en convenio con MetLife, deberá pagar todos los gastos en que se incurra y posteriormente realizar el trámite de pago por reembolso.

8.5.1. Documentación necesaria

El Asegurado deberá comprobar la realización del siniestro y para tal efecto deberá presentar la siguiente documentación debidamente llenada y firmada:

8.5.1.1. Formato de “solicitud de reembolso de gastos médicos mayores”.

8.5.1.2. Formato de “aviso de accidente o enfermedad”.

8.5.1.3. Formato de “informe médico”.

Los formatos se encuentran a disposición del Asegurado en los centros de servicio de MetLife, oficinas del interior de la República, en la página de Internet www.metlife.com.mx y anexas a estas condiciones generales.

8.5.1.4. Facturas originales con los requisitos fiscales completos vigentes de todos y cada uno de los gastos que se hayan hecho, conteniendo el desglose de cada concepto que se está cobrando.

8.5.1.5. Notas de farmacia, acompañadas de la receta médica correspondiente y especificando cada unos de los medicamentos comprados.

8.5.1.6. Facturas del hospital indicando el desglose de cada concepto facturado.

8.5.1.7. Recibos de honorarios médicos y/o quirúrgicos especificando claramente el concepto que se está cobrando. En caso de que el recibo sea de un médico nuevo en el tratamiento, o éste no aparezca mencionado en el formato de informe médico, será necesario un informe detallado y claro del mismo acerca de su intervención.

8.5.1.8. Resultados de estudios de laboratorio y gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, electroencefalograma, ultrasonido y electrocardiogramas, será necesario el original de la interpretación.

8.5.1.9. En todos aquellos casos de cirugía, en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de un órgano, será necesario el reporte de histopatología.

8.5.1.10. MetLife se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales que se requieran para valorar el caso.

Todas las facturas y comprobantes de los proveedores de servicios médicos (hospitales, médicos, farmacias, laboratorios, gabinetes, etc.) deberán contener todos los requisitos fiscales vigentes y estar a nombre del Asegurado titular.

Al entregar la documentación requerida, el Asegurado recibirá un contra recibo que avala los documentos que entrega para validar la procedencia del pago del reembolso de los gastos erogados.

En el caso del Ciudad de México y el Área Metropolitana, el Asegurado recibirá respuesta por escrito en el centro de atención a clientes del área de reclamaciones de gastos médicos mayores en MetLife después de 5 días hábiles a partir de la fecha de entrega de la documentación completa.

En el resto de la República Mexicana, la respuesta se dará por escrito en la oficina de la red médica correspondiente.

8.6. Pago directo en el extranjero
(la contratación de coberturas que cubran gastos en el extranjero debe especificarse en la carátula de la póliza)

MetLife ha establecido una alianza con una importante administradora de Estados Unidos de América como su representante en el extranjero, ofreciendo una amplia red de prestadores de alto nivel en todo el mundo, principalmente en los Estados Unidos de América, proporcionando asistencia y coordinación con los hospitales en caso de ocurrir un siniestro fuera del territorio nacional.

Si usted se encuentra de viaje en el extranjero y requiere hospitalización mayor a 48 horas, comuníquese de inmediato a los siguientes números que aparecen también al reverso de su credencial de MetLife y/o tarjeta de identificación.

Teléfono desde cualquier parte del mundo: 1 (305) 459.48.86

Desde E.U.A. y Canadá: 1.800.649.06.72

Para hospitalizaciones en los Estados Unidos de América y en Canadá, la hospitalización deberá ser mayor a las 24 horas.

Hasta en tanto MetLife no notifique al domicilio del Asegurado cambios en los teléfonos para la solicitud de servicios aplicaran los indicados en las presentes condiciones.

8.6.1. Pago directo no programado en el extranjero

8.6.1.1. Procedimiento

8.6.1.1.1. El Asegurado deberá reportar su ingreso hospitalario a la administradora de forma inmediata. En caso contrario, no podrá realizarse el pago directo a los proveedores en el extranjero.

8.6.1.1.2. La administradora tomará el reporte y empezará a recabar la información necesaria para que MetLife dictamine el siniestro una vez que se cuente con la información médica y administrativa completa.

8.6.1.2. En caso de procedencia del siniestro

8.6.1.2.1. La administradora se pondrá en contacto con el hospital y médico para la programación y manejo del convenio.

8.6.1.2.2. La administradora otorgará una pre-autorización a los proveedores y lo notificará al Asegurado.

8.6.1.2.3. Durante la hospitalización, la administradora, se pondrá en contacto con los proveedores internacionales para dar el seguimiento correspondiente.

8.6.1.2.4. El Asegurado, al momento del alta, cubrirá los cargos por deducible y coaseguro, así como cargos no amparados por la póliza.

8.6.1.2.5. En caso de que el hospital requiera que el Asegurado realice un depósito por los gastos de hospitalización, el Asegurado deberá hacerlo. Posteriormente, MetLife, a través de la administradora, se encargará de cubrir los montos de hospitalización y honorarios médicos procedentes

8.6.2. Pago directo programado en el extranjero

El Asegurado podrá programar su cirugía y/o tratamiento en el extranjero, mediante los proveedores de convenio presentando a MetLife la siguiente documentación.

8.6.2.1. Documentación necesaria

8.6.2.1.1. Informe médico llenado en su totalidad y firmado por el médico tratante, incluyendo teléfono de contacto, localidad donde se llevará a cabo la intervención, nombre del hospital y el nombre del médico tratante en el extranjero.

8.6.2.1.2. Aviso de accidente y/o enfermedad llenado en su totalidad y firmado por el Asegurado.

8.6.2.1.3. Historia clínica amplia y detallada por parte del médico tratante.

8.6.2.1.4. Estudios y resultados de los mismos que avalen el diagnóstico.

8.6.2.1.5. Nombre del hospital o clínica en donde se llevará a cabo la cirugía.

8.6.2.1.5. Formato de confidencialidad que permita a MetLife, a través de la administradora, el acceso al historial clínico del Asegurado en el extranjero.

Una vez que sea valorado el caso por MetLife se le indicará por escrito al Asegurado si la programación de cirugía procede o no de acuerdo a las coberturas contratadas en la póliza.

El tiempo de respuesta a partir de que MetLife cuente con la información médica y administrativa completa es de cinco días hábiles.

8.6.2.2. En caso de procedencia del siniestro

8.6.2.2.1. MetLife dará aviso al Asegurado de la procedencia de la solicitud y especificará la Suma Asegurada y gastos a cubrir por parte de esta última, así como los gastos que el Asegurado deberá cubrir: deducible, coaseguro y gastos personales entre otros.

8.6.2.2.2. MetLife avisará a la administradora del internamiento del Asegurado.

8.6.2.2.3. La administradora se pondrá en contacto con el hospital y médico para la programación y manejo del convenio.

8.6.2.2.4. Durante la hospitalización, la administradora, se pondrá en contacto con los proveedores internacionales para dar el seguimiento correspondiente.

8.6.2.2.5. El Asegurado, al momento del alta, cubrirá los cargos por deducible y coaseguro, así como cargos no amparados por la póliza.

8.6.2.2.6. MetLife, a través de la administradora, se encargará de cubrir los montos de hospitalización y honorarios médicos procedentes.

9. Apartado nueve – Coberturas adicionales con costo

9.1. Cobertura de Emergencia en el Extranjero (su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

En caso de contratación de esta cobertura adicional, se hace constar que si durante la vigencia de la póliza y como resultado de un accidente o de una enfermedad cubierta sufrida en el extranjero, el Asegurado requiere de tratamiento médico de emergencia, quedará cubierto por los gastos realizados mientras dure el estado de emergencia.

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

Para efectos de esta cobertura, se entiende por emergencia médica la enfermedad o accidente cubierto por la póliza que pone en peligro la vida o la viabilidad de alguno de los órganos del Asegurado, por la cual ingresa al área de urgencias o emergencias de un hospital, dentro de las 24 horas siguientes inmediatas de ocurrida dicha enfermedad o accidente y cuya atención médica requiere de una hospitalización de 24 horas o más. Esto, de acuerdo al punto 1.15. emergencia o urgencia médica del apartado definiciones de estas mismas condiciones generales.

Suma Asegurada: el equivalente en Moneda Nacional a $50,000 dólares.

Deducible: el equivalente en Moneda Nacional a $50 dólares

Coaseguro: no aplica

9.1.1. Gastos cubiertos por la cobertura de Emergencia en el Extranjero

9.1.1.1. Los gastos por servicios de hospital: cuarto semiprivado y alimentos, medicamentos, unidades de cuidado intensivo, salas de operación y recuperación, sala de emergencias, servicios especiales de enfermería, análisis de laboratorios, rayos X, electroencefalogramas y electrocardiogramas.

9.1.1.2. Los gastos por servicios médicos: visitas médicas, intervención quirúrgica, anestesia, servicios de primeros auxilios, análisis de laboratorio y rayos X.

9.1.1.3. Los gastos por otros servicios, ambulancia terrestre y aérea, transfusiones, prescripciones médicas, oxígeno.

9.1.2. Exclusiones de la cobertura de Emergencia en el Extranjero

Además de las señaladas en la cobertura básica, se excluye la cobertura de Emergencia en el Extranjero, en los siguientes casos.

9.1.2.1 Todo tipo de gasto realizado por los acompañantes del Asegurado durante la internación de éste en sanatorios u hospitales.

9.1.2.2. Cualquier tratamiento de rehabilitación para alcoholismo, y/o drogadicción y/o adicciones similares.

9.1.2.3. Servicios de enfermería fuera del hospital.

9.1.2.4. Los gastos inherentes por: maternidad, parto ó cesárea y su rehabilitación.

9.1.2.5. Los gastos del hospital representados por el costo de habitación y alimentos, que quedarán limitados al costo correspondiente a cuarto semi-privado.

Todos los gastos realizados en el extranjero y cubiertos por esta póliza, se indemnizarán de acuerdo al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en Moneda Extranjera pagaderas en la República Mexicana, fijado por el Banco de México, publicado en el Diario Oficial de la Federación, vigente para la moneda en la fecha en que se erogaron dichos gastos.

9.2. Cobertura en el Extranjero (su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

Con la contratación de este beneficio, se hace constar que se cubre a los asegurados registrados para efecto de esta cobertura hasta por el total de la Suma Asegurada básica, por las erogaciones efectuadas por servicios médicos fuera del territorio nacional y de acuerdo a las condiciones estipuladas en la carátula de la póliza.

Para las reclamaciones en el extranjero que ampara esta cobertura, operará una protección sujeta a las mismas definiciones, condiciones y cláusulas generales, coberturas, exclusiones, deducible, coaseguro, honorarios quirúrgicos y Suma Asegurada que se especifican en la carátula de la póliza, y siendo el límite de honorarios e intervenciones quirúrgicas la Suma Asegurada contratada en la cobertura básica.

9.2.1. Gastos cubiertos por la cobertura en el Extranjero:

9.2.1.1. Se aplicará el deducible y coaseguro contratado establecido en la carátula de la póliza, independientemente del sistema de pago (pago directo o reembolso), si es con médicos de red y si se trata de accidente o enfermedad.

9.2.1.2. Todos los gastos realizados en el extranjero y cubiertos por esta póliza, se indemnizarán de acuerdo al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera pagaderas en la República Mexicana, fijado por el Banco de México, publicado en el Diario Oficial de la Federación, vigente para la moneda en la fecha en que se erogaron dichos gastos.

9.2.1.3. En caso de que algún Asegurado de la póliza, vaya a permanecer en el extranjero por más de 3 meses, se deberá dar aviso por anticipado a MetLife, a fin de que se calcule el importe de la extraprima y se emita el recibo correspondiente. Si el Asegurado no da aviso de este hecho o no paga el importe de la extraprima antes mencionada, cualquier siniestro que ocurra en ese periodo fuera de la República Mexicana, no será cubierto por la póliza.

9.2.1.4. La presente cobertura no podrá operar de forma simultánea con la cobertura de Emergencia en el Extranjero.

9.2.2 Exclusiones de la cobertura en el Extranjero

Además de las señaladas en la cobertura básica, se excluye la cobertura en el Extranjero, en los siguientes casos.

9.2.2.1 La presente cobertura no podrá operar de forma simultánea con la cobertura de Emergencia en el Extranjero.

9.2.2.2 Se excluye el tratamiento y atención de padecimientos preexistentes fuera de la República Mexicana.

10. Apartado diez – Cláusulas generales

10.1. Claúsulas de interés para el Asegurado

10.1.1. Altas de asegurados

El alta de asegurados es exclusiva para los siguientes casos:

Los hijos nacidos dentro de la vigencia de esta póliza quedarán cubiertos desde el momento del nacimiento, sin necesidad de presentar pruebas médicas, siempre y cuando se haya notificado a MetLife, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de su nacimiento. De no haber sido notificado dicho evento dentro de ese término, su inclusión quedará sujeta a la aprobación por parte de MetLife, debiéndose llenar el cuestionario médico y cumplir con los demás requisitos de asegurabilidad que en su caso solicite MetLife.

Si el Asegurado titular contrae matrimonio, su cónyuge podrá quedar cubierto por la presente póliza desde la fecha de la boda civil, siempre y cuando se notifique a MetLife dentro de los 30 días naturales siguientes a la ocurrencia del hecho. De no haber sido notificada dentro de ese término, su inclusión quedará sujeta a la aprobación de MetLife, debiéndose llenar el cuestionario médico y cumplir con los demás requisitos de asegurabilidad que en su caso solicite MetLife.

En los casos de los dos párrafos precedentes, se requerirá que el Asegurado titular lo notifique por escrito a MetLife anexando copia certificada de cada acta de nacimiento o de matrimonio, según sea el caso. Así mismo, se obliga a efectuar el pago de la prima correspondiente al nuevo Asegurado.

10.1.2. Edad

10.1.2.1. Para efecto de esta póliza, los límites de aceptación son:

10.1.2.1.1. Sin límite para el Asegurado titular.

10.1.2.1.2. Cónyuge, concubin(ario)(a) y padres del Asegurado titular hasta los 85 años de edad, sin límite de aceptación para las renovaciones.

10.1.2.1.3. Los hijos dependientes económicos desde su nacimiento hasta los 25 años de edad, sin límite de aceptación para las renovaciones.

MetLife se reserva el derecho de exigir en cualquier momento pruebas fehacientes de la edad de cada Asegurado. Una vez comprobada, MetLife deberá registrarlo en la propia póliza y extender la constancia de tal hecho al Asegurado, sin tener derecho de exigir nuevas pruebas sobre la edad.

10.1.2.2. Inexactitud en la indicación de la edad

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, MetLife no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por MetLife, pero en este caso se devolverá al Contratante la parte de la prima de ese Asegurado, correspondiente al tiempo que falte para la terminación de la vigencia de la presente póliza, previa deducción de los gastos en que incurra MetLife. Esta acción se podrá llevar a cabo a partir del momento en que MetLife tenga conocimiento del hecho.

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

10.1.2.2.1. 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.

10.1.2.2.2. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima mas elevada que la correspondiente a la edad real, MetLife estará obligada a rembolsar al Contratante la prima en exceso que se hubiese pagado por ese Asegurado. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.

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

10.1.3. Forma de pago

El Contratante puede optar por liquidar la prima anual o de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre las partes en la fecha de celebración del contrato.

La prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada periodo pactado.

El Contratante gozará de un periodo de gracia de 30 días naturales para liquidar el total de la prima, o la primera fracción pactada en el contrato. A las 12 horas del último día del periodo de gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el Contratante no ha cubierto el total de la prima o de la fracción pactada.

Las primas convenidas se pagarán en las oficinas de MetLife contra entrega del recibo correspondiente. Previo acuerdo entre las partes, las primas convenidas podrán ser pagadas a través de los medios que se convengan como pudiera ser de manera enunciativa más no limitativa, por medio de tarjetas bancarias, transferencias electrónicas, depósito en cuenta, el estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de dicho pago.

En caso de siniestro, MetLife podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

Si las partes optan por el pago en forma fraccionada, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes, venciendo éstos a las doce horas del primer día de la vigencia del periodo que comprendan.

10.1.4. Ocupación

El Asegurado deberá comunicar por escrito a MetLife cualquier cambio de ocupación, a más tardar dentro de los 30 días naturales siguientes al momento en que este ocurra. Si el Asegurado cambia de ocupación a una más peligrosa, deberá dar aviso por escrito a MetLife, quien se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al cual se expone por dicha ocupación.

MetLife, de aceptar el riesgo, cobrará la extraprima que corresponda a la nueva ocupación, o bien podrá excluir los siniestros derivados de dicho riesgo. En caso de no darse aviso a MetLife y si dicha agravación influyó en la realización del siniestro, MetLife no tendrá la obligación de cubrir gasto alguno por reclamación que se origine a consecuencia de la nueva ocupación.

10.1.5. Periodo de beneficio

Cuando la presente póliza se cancele, rescinda o expire su vigencia:

No se cubrirán los gastos efectuados después de la fecha de cancelación, rescisión o expiración de la vigencia.

Si MetLife ha autorizado previamente el pago de una enfermedad o accidente cubierto y el Asegurado se encontrara hospitalizado al momento de la cancelación, rescisión o expiración de la vigencia, se le pagarán los gastos erogados en la vigencia de la póliza, así como los erogados dentro del plazo de 90 días contados a partir de la fecha de cancelación, rescisión o expiración de la vigencia, o el agotamiento de la Suma Asegurada, lo que ocurra primero.

10.1.6. Periodo de gracia

Lapso de 30 días naturales a partir de la fecha de vencimiento de la prima, que tiene el Contratante para liquidar el total de ésta o cada una de las parcialidades pactadas en el contrato.

Durante este periodo, el Asegurado gozará de la cobertura de la póliza, quedando el pago de los siniestros ocurridos durante dicho periodo, sujeto a que la póliza se encuentre vigente. Las reclamaciones presentadas durante este periodo se harán por el sistema de reembolso y no se otorgará el servicio de pago directo.

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

10.1.7. Primas

La prima de esta póliza será la suma de las correspondientes a cada Asegurado de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de iniciación de la póliza, la edad, sexo y ocupación de cada uno de ellos y en su caso, la extraprima correspondiente.

En cada renovación, la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada, ocupación y sexo de cada Asegurado aplicando las tarifas en vigor a esa fecha y en su caso, la extraprima correspondiente.

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, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada por las partes al momento de celebrarse el contrato.

MetLife no tiene obligación de cobrar las primas ni de dar aviso de su vencimiento. En caso de que así lo hiciere, ello no establece precedente ni obligación alguna para MetLife.

En caso de siniestro dentro del periodo de gracia, MetLife podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

Las primas convenidas se pagarán en las oficinas de MetLife contra entrega del recibo correspondiente.

El Asegurado podrá optar por liquidar la prima correspondiente mediante tarjeta de crédito, en ese caso, el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente será prueba suficiente de dicho pago. Por otra parte, el cese de efectos del contrato por falta de pago de primas operará si por causas imputables al Asegurado no puede hacerse el cargo.

10.1.8. Rehabilitación

No obstante lo dispuesto por las cláusulas 10.1.8. primas y 10.1.7. periodo de gracia de este contrato, por una sola vez en su vigencia, el Contratante podrá rehabilitar el seguro, si dentro de los treinta días siguientes al término del periodo de gracia, paga la prima o la parte correspondiente a ella si se ha pactado su pago fraccionado. Los efectos del presente seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago y la vigencia original se ampliará automáticamente por un lapso igual al comprendido entre el último día del mencionado periodo de gracia y la hora y el día que surta efecto la rehabilitación.

Sin embargo, si a más tardar al hacer el pago de que se trata, el Contratante solicita por escrito que este seguro conserve su vigencia original, MetLife ajustará y en su caso devolverá de inmediato, a prorrata, la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo conforme al artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro cuyos momentos, inicial y terminal, se indican al final del primer párrafo de esta cláusula.

Bajo ninguna circunstancia MetLife responderá de enfermedades o accidentes ocurridos dentro del periodo comprendido entre el vencimiento del aludido periodo de gracia y el momento de la rehabilitación.

En caso de que no se consigne la hora en el comprobante de pago, se entenderá rehabilitado el seguro desde las 12:00 horas de la fecha de pago.

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

10.1.9. Reconocimiento de antigüedad

Es el periodo de tiempo durante el cual el Asegurado, ha estado cubierto en forma continua e ininterrumpida en un plan de seguro de gastos médicos mayores en MetLife o en otra compañía de seguros.

Para considerar un periodo de antigüedad el Asegurado y/o el Contratante, deberá comprobar a MetLife que durante ese periodo la prima de la(s) póliza(s) en dónde haya estado el Asegurado fue pagada.

La antigüedad reconocida será tomada en cuenta para el cómputo de los periodos de espera señalados dentro de los gastos y tratamientos cubiertos de estas condiciones generales, con excepción de los padecimientos que indiquen lo contrario, para los cuales deberá transcurrir el periodo señalado de forma estricta y sin excepción alguna.

10.1.10. Régimen fiscal

El régimen fiscal de esta póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago del siniestro.

10.1.11. Renovación

El Asegurado podrá renovar su contrato en cualquiera de los planes que se encuentren vigentes al momento de su renovación. En caso de que el Asegurado desee cambiar su plan, éste deberá presentar la solicitud de seguro de gastos médicos correspondiente, cuestionarios adicionales y anexo de la solicitud y la aceptación estará sujeta a la aprobación por parte de MetLife.

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

10.1.12. Obligacion de MetLife en el pago de un siniestro

MetLife, tendrá la obligación de cubrir el pago de siniestros ocurridos dentro de la vigencia de la presente póliza, teniendo como límite, lo que ocurra primero:

a) El agotamiento de Suma Asegurada;

b) El monto de gastos incurridos durante el periodo de vigencia de la presente póliza y el periodo establecido en la cláusula 10.1.6. periodo de beneficio o

c) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al Asegurado.

10.1.13. Cambio de plan

En caso de que el Asegurado realizara un cambio de plan a un seguro individual dentro de MetLife o alguna otra aseguradora, los beneficios ganados por antigüedad no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan los contemple, así mismo la antigüedad será reconocida siempre y cuando no pierda continuidad en el cambio, es decir, se realice dentro de los treinta días naturales siguientes a la baja del seguro anterior.

Lo anterior sin limitar a MetLife o aseguradora de que se trate, para llevar a cabo los procedimientos de suscripción cuando el Asegurado solicite cambios de beneficios o incrementos de Suma Asegurada.

10.2. Claúsulas operativas

10.2.1. Agravación del riesgo

Si el Asegurado cambia de ocupación, inicia la práctica de algún deporte o inicia la exposición a un riesgo modificando las condiciones de su contrato inicial, deberá avisar por escrito a MetLife, quien se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al que se exponga. Si MetLife acepta el riesgo, podrá cobrar la extraprima correspondiente a la nueva ocupación y/o deporte, o bien, excluirá las enfermedades o accidentes derivados del nuevo riesgo.

Si el Asegurado no avisa por escrito a MetLife y si dicha agravación influye en el siniestro, ésta no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamación que se derive del nuevo riesgo.

10.2.2. Cancelación

Esta póliza será cancelada si el Contratante no paga la prima respectiva dentro del periodo de gracia precisado en el numeral 10.1.7 de las presentes condiciones generales, transcurrido dicho plazo y sin necesidad de notificación o declaración judicial cesarán los efectos del presente contrato de seguro a las 12:00 horas del último día del periodo de gracia.

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el contrato de seguro deberá comunicarlo por escrito a MetLife, quien una vez notificado, devolverá al Contratante la prima pagada (sin incluir derechos de póliza) correspondiente al periodo comprendido entre la fecha en que MetLife reciba el comunicado de cancelación y la fecha de término del periodo cubierto por el último recibo pagado.

Para tal efecto el Contratante presentará a la aseguradora documento escrito en el cual solicite la cancelación de la póliza. El monto correspondiente a la prima objeto de cancelación se encontrará a disposición a los 10 días hábiles posteriores de que la aseguradora reciba su solicitud.

En caso de cancelación antes de los 30 días se cobrarán los gastos de expedición.

10.2.3. Rescisión del contrato

En caso de que alguno de los asegurados que forman parte de la póliza, incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisión, MetLife podrá rescindir el contrato en términos de lo previsto por el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, devolviendo al Contratante la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza sin incluir derechos de póliza.

10.2.4. Modificaciones al contrato

Sólo tendrán validez, previo acuerdo entre las partes, las modificaciones a las condiciones generales, cláusulas generales de la presente póliza, así como a los endosos respectivos. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por MetLife, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones al presente contrato. En caso de que el contenido de la póliza no concuerde con la oferta, se podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que se reciba la póliza, de acuerdo a lo establecido en el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

10.2.5. Residencia

Para efecto de este contrato, sólo podrán quedar protegidas por este seguro, las personas que radiquen permanentemente en la República Mexicana. Se deberá notificar por escrito a MetLife el lugar de residencia de los dependientes económicos incluidos en la póliza, cuando éstos no vivan con el Asegurado titular.

En caso de que algún Asegurado permanezca en el extranjero por más de 3 meses y se haya contratado la protección de la cobertura en el Extranjero, deberá avisarse anticipadamente a MetLife, a fin de que se calcule y se emita el importe de la extraprima correspondiente. Si el Asegurado no da aviso de este hecho, o no paga el importe de la extraprima antes mencionada, cualquier siniestro que ocurra en ese periodo fuera de la República Mexicana, no será cubierto por la póliza.

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

10.2.6. Terminación del contrato

La vigencia de la cobertura contratada concluirá en la fecha de terminación indicada en la carátula de la presente póliza, o antes si se presenta cualquiera de los siguientes eventos:

10.2.6.1. La cancelación de la presente póliza a solicitud del Contratante.

10.2.6.2. El término del periodo de gracia antes del pago de la prima vencida o de cada una de las fracciones de la misma pactadas en este contrato, salvo que sea rehabilitado en términos de la presente póliza.

10.2.7. Vigencia del contrato

Este contrato estará vigente durante el periodo pactado que aparece en la carátula de la póliza, siempre que la prima vencida sea pagada dentro del periodo convenido.

10.3. Cláusulas contractuales

10.3.1. Arbitraje médico para padecimiento preexistente

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

MetLife acepta que si el reclamante acude a esta instancia se someterá a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el arbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que se emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por MetLife.

10.3.2. Comisión o compensación directa

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

10.3.3. Competencia

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 5328 7000, lada sin costo 01 800 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. en los teléfonos 5328-9002 o lada sin costo en el 01800-907-1111, 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 5340-0999 o lada sin costo 01800-999-8080, en el correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx. y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código postal 03100, Ciudad de México o en su portal www.condusef.gob.mx

10.3.4. Comunicaciones

Todas las comunicaciones deberán hacerse por escrito al domicilio social de MetLife estipulado en la carátula de la póliza.

Las comunicaciones que MetLife haga al Contratante se dirigirán al último domicilio que se conozca.

10.3.5. Indemización por mora

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

10.3.6. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o de MetLife, se efectuarán en Moneda Nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la época de los mismos.

Los gastos que se originen en el extranjero y que procedan de acuerdo con las estipulaciones de este contrato, se reembolsarán de acuerdo al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en Moneda Extranjera pagaderas en la República Mexicana, fijado por el Banco de México, publicado en el Diario Oficial de la Federación, vigente para la moneda y la fecha en que se erogaron dichos gastos.

10.3.7. Notificaciones

Toda reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de seguro deberá hacerse por escrito y dirigirse a MetLife a su domicilio mismo que se hace constar en la carátula de la póliza.

Las que MetLife deba hacer al Contratante las dirigirá al último domicilio de que tenga conocimiento.

10.3.8. Omisiones o inexactas declaraciones

El Contratante y los asegurados están obligados a declarar por escrito a MetLife, de acuerdo con la solicitud y los cuestionarios relativos al seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato (artículo 8, 9, 10 y 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Si la omisión o inexacta declaración se descubre al ocurrir un siniestro, MetLife quedará facultada para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (artículo 47 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de MetLife a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia por parte del reclamante, deberá ser reintegrado a MetLife por el Contratante.

10.3.9. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de esta póliza de seguro prescribirán en dos años, contados en 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 Sobre el Contrato de Seguro.

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 éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

De acuerdo a lo establecido en los 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 interposición de la reclamación 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 sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esa institución, conforme lo dispuesto por el artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

10.3.10. Responsabilidad

El Asegurado acepta que la responsabilidad civil, penal o de cualquier otro carácter jurídico que pudiera derivar del servicio médico recibido, será exclusiva y directa de los médicos y prestadores de servicios que los realizaron, en términos de la legislación civil que les sea aplicable.

Por lo anterior, la única responsabilidad que adquiere MetLife es la derivada del presente contrato.

10.3.11. Subrogación

De conformidad con el artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la empresa aseguradora que pague la indemnización, se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. La empresa podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones, si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del Asegurado. Si el daño fue indemnizado solo en parte, el Asegurado y la aseguradora concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

Anexo 1. Artículos citados en las condiciones generales

Anexo 1.1. 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 25.- Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Artículo 40.- Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, 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 el mayor previsto en este artículo.

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

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

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

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

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 84.- Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de que trata el artículo 37 de la presente ley.

Artículo 175.- El Asegurado, aun en el caso de que haya designado en la póliza a un tercero como beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho derivado de éste, por acto entre vivos o por causa de muerte.

Si sólo se hubiere designado un beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación hecha en los términos del artículo siguiente.

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

Anexo 1.2. 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 institución financiera estime procedente. Dicho informe deberá realizarse en el formato que al efecto autorice, o en su caso proponga la propia institución financiera

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.

Anexo 1.3. 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. Cuando la obligación principal se denomine en Moneda Extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la institución de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

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

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

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

   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.

La documentación contractual y la Nota Técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0034-0407-2013 de fecha 04 de julio de 2014.

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 21 de abril de 2015, con número RESP-S0034-0401-2015 / CONDUSEF-000313-01.

MetLife México, S.A.

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 5328 7000, lada sin costo 01 800 00 METLIFE (638 5433) o en nuestro portal www.metlife.com.mx

En caso de incorformidad, podrás comunicarte con la Unidad Especializada de MetLife México, S.A. en los teléfonos 5528-9002 o lada sin costo en el 01 800-907-111, 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 podrás comunicarte con la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en los teléfonos 5340-0999 o lada sin costo 01-800-999-8080, en el correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación 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

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)

Insurgentes
Avenida de los Insurgentes número 1738
planta baja, Colonia Florida
Código postal 01030, Alcaldía Álvaro Obregón
Ciudad de México
(estación del Metrobus Francia)

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. filial de MetLife Inc. que opera bajo la marca “MetLife”.

metlife.com.mx
01 800 00 METLIFE