MédicaLife Familiar
2026

Condiciones generales

RECAS: CONDUSEF-007324-01.

Contenido

1. Apartado uno - Objeto del seguro 1
2. Apartado dos – Definiciones 1
   2.1. Accidente 1
   2.2. Agravación del riesgo 1
   2.3. Antigüedad generada en MetLife 1
   2.4. Aparatos ortopédicos 1
   2.5. Asegurado 1
   2.6. Asegurado dependiente 1
   2.7. Asegurado titular 1
   2.8. Beneficiario 1
   2.9. Cirugía bariátrica 2
   2.10. Coaseguro 2
   2.11. Complementos anteriores 2
   2.12. Contratante 2
   2.13. Deducible 2
   2.14. Deducible Reinstalable 2
   2.15. Dependientes económicos 2
   2.16. Deportista amateur 2
   2.17. Deportista profesional 2
   2.18. Deportista por contrato 2
   2.19. Derecho de póliza 2
   2.20. Emergencia médica 3
   2.21. Endoso 3
   2.22. Enfermedad 3
   2.23. Evento o siniestro 3
   2.24. Evento preexistente 3
   2.25. Extraprima 3
   2.26. Fecha de ocurrencia 3
   2.27. Gasto médico 4
   2.28. Gasto médico mayor 4
   2.29. Grupo de hospitales 4
   2.30. Grupo médico asociado 4
   2.31. Honorarios médicos 4
   2.32. Hospital, clínica, sanatorio y centros de infusión 4
   2.33. Hospitalización 4
   2.34. Inicio de cobertura 4
   2.35. Medicamento 5
   2.36. Médico 5
   2.37. Médico especialista 5
   2.38. Médico tratante 5
   2.39. MetLife 5
   2.40. Muerte accidental 5
   2.41. Obesidad mórbida, obesidad grave u obesidad clase III 5
   2.42. Padecimiento 5
   2.43. Padecimiento congénito y genético 5
   2.44. Padecimiento preexistente 5
   2.45. Pago directo 6
   2.46. Periodo al descubierto 6
   2.47. Periodo de espera 6
   2.48. Periodo de gracia 6
   2.49. Plan hospitalario 7
   2.50. Póliza 7
   2.51. Prestador de servicios médicos independientes (red de proveedores) 7
   2.52. Prima 7

2.53. Prima neta 7
2.54. Prima neta no devengada 7
2.55. Primer gasto 7
2.56. Procedimiento médico estético 7
2.57. Producto contratado 8
2.58. Programación de cirugías 8
2.59. Prótesis 8
2.60. Recién nacido prematuro 8
2.61. Reclamación 8
2.62. Reconocimiento de antigüedad o antigüedad reconocida 8
2.63. Reembolso 8
2.64. Región anatómica 8
2.65. Renovación 9
2.66. Segunda valoración médica 9
2.67. SIDA 9
2.68. Síntoma y/o signo 9
2.69. Suma Asegurada 9
2.70. Tabulador de honorarios médicos o Gasto Usual y Acostumbrado (GUA) 9
2.71. Tarjeta de identificación 10
2.72. Territorialidad 10
2.73. Tratamiento médico experimental 10
2.74. Unidad de Medida y Actualización (UMAM) 10
2.75. Urgencia médica 10
2.76. Vigencia o periodo de validez de la póliza 10
2.77. VIH 10
3. Apartado tres – Contrato 10
4. Apartado cuatro – Gastos médicos cubiertos 10
4.1. Gastos hospitalarios 11
4.2. Honorarios médicos 11
4.2.1. Honorarios por consultas médicas y/o tratamientos médicos 11
4.2.2. Honorarios por procedimientos quirúrgicos 11
4.3. Medicamentos 12
4.4. Auxiliares de diagnóstico 13
4.5. Otros servicios médicos 13
4.5.1. Ambulancia 13
4.5.2. Honorarios de enfermería 14
4.5.3. Prótesis y endoprótesis 14
4.5.4. Aparatos ortopédicos 14
4.5.5. Renta de equipo de hospital 14
4.5.6. Tratamientos de inhalo terapia, terapia radioactiva o quimioterapia 14
4.5.7. Rehabilitación física o neurorrehabilitación 14
4.5.8. Menopausia o andropausia 15
4.5.9. Cirugía asistida por robot 15
4.5.10. Tratamientos dentales bajo MetDental 15
4.6. Eventos cubiertos sujetos a condiciones específicas 20
4.6.1. Padecimientos del recién nacido 21
4.6.2. Maternidad: parto y cesárea 21
4.6.3. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio 22
4.6.4. Actividades deportivas 22
4.6.5. Tratamientos dentales 22
4.6.6. Síndrome de Prader-Willi 22
4.6.7. Cirugía reconstructiva 23
4.6.8. Trasplantes 23
4.6.9. Adherencias pélvicas y endometriosis 23
4.6.10. Infección por VIH / SIDA 23
4.6.11. Daño psiquiátrico y psicológico 23

4.6.12. Eventos preexistentes 24
4.6.13. Emergencia en gastos médicos no cubiertos 25
4.6.14. Cirugía bariátrica 26
4.6.15. Tratamiento sujeto a segunda valoración médica 26
4.7. Periodo de beneficio 27
5. Apartado cinco - Gastos médicos cubiertos con periodos de espera 27
5.1. Eventos cubiertos con 10 meses de periodo de espera 27
5.2. Padecimientos cubiertos con 12 meses de periodo de espera 28
5.3. Padecimientos cubiertos con 24 meses de periodo de espera 28
5.4. Padecimientos cubiertos con 48 meses de periodo de espera 28
5.5.Padecimientos cubiertos con 60 meses de periodo de espera 28
6. Apartado seis - Exclusiones 28
6.1. Padecimientos o tratamientos no cubiertos 28
6.2. Lesiones no cubiertas 30
6.3. Honorarios médicos no cubiertos 31
6.4. Gastos hospitalarios no cubiertos 31
6.5. Otros servicios médicos no cubiertos 31
6.6. Otras exclusiones 31
7. Apartado siete – Gastos a cargo del Asegurado 32
7.1. Planes hospitalarios 32
7.2. Red preferente 33
7.3. Deducible 33
7.3.1 Deducible para pólizas del plan MédicaLife Práctico 33
7.4. Coaseguro 34
7.4.1. Honorarios médicos 34
7.4.2. Region de atención 34
7.4.3. Hospital (Gastos hospitalarios) 35
7.4.4. Otros gastos 35
7.4.5. Medicamentos fuera del hospital por pago directo 36
7.4.6. Tope de coaseguro 36
8. Apartado ocho – Pago de reclamaciones 37
8.1. Pago de reclamaciones - generalidades 37
8.2. Arbitraje médico 38
8.3. Mecanismos para el pago de reclamaciones 38
9. Apartado nueve - Clausulas generales 42
9.1. Altas de asegurados 42
9.2. Baja de Asegurados 43
9.3. Edad 43
9.4. Prima 44
9.5. Pago de prima 44
9.6. Periodicidad de pago 44
9.7. Carencia de restricciones 44
9.8. Cambio de ocupación 44
9.9. Agravación del riesgo 45
9.10 Rehabilitación 46
9.11. Régimen fiscal 46
9.12. Reconocimiento de antigüedad 46
9.13. Exclusión proveedores no vigentes 46
9.14. Cláusulas operativas 47
9.15. Cláusulas contractuales 49
10. Apartado diez - Beneficios o coberturas adicionales 52
10.1. Emergencia en el extranjero 52
10.2. Enfermedades catastróficas en el extranjero 53
10.3. Cobertura en el extranjero (plan internacional) 54
10.4. Últimos gastos 55
10.5. Muerte accidenta 55
10.6. Renta diaria por hospitalización 56

10.7. Visión 57
10.8. MetDental Plus 59
10.9. Franja Fronteriza 63
10.10. Reducción de deducible por accidente 64
10.11. Incremento al tabulador de honorarios médicos 65
10.12. Protección garantizada 65
10.13. Estudiantes en el extranjero 66
10.14. Incremento de la Suma Asegurada 67
11. Apartado once - Asistencia integral 68
12. Anexo 1 Glosario 71
Anexo 1.1. Ley Sobre el Contrato de Seguro 71
Anexo 1.2. Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros 74
Anexo 1.3. Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas 74
Anexo 1.4 Ley del Impuesto Sobre la Renta 77

1. Apartado uno - Objeto del seguro

MetLife México, S.A. de C.V., en adelante denominada MetLife, se compromete a cubrir los gastos médicos y hospitalarios que sean necesarios para la recuperación de la salud del Asegurado, cuando esta se haya afectado por causa de una enfermedad o accidente que esté amparado bajo las coberturas y las características o condiciones contratadas en el presente seguro.

2. Apartado dos – Definiciones

2.1. Accidente

Suceso que sufre el Asegurado ajeno a su voluntad, derivado de una causa externa que se presenta en forma súbita, fortuita y violenta, produciendo lesiones corporales que requieren de atención médica.

Por la definición anterior, las lesiones corporales (o la muerte) provocadas intencionalmente por el Asegurado no son consideradas como accidentes.

2.2. Agravación del riesgo

La agravación del riesgo es cuando diferentes situaciones, ajenas o no a la voluntad del asegurado, provocan una peligrosidad superior a la inicialmente prevista en la póliza del asegurado. Ante esta situación, es obligación notificar a la institución asegurada, y esta opte entre la continuación de su cobertura o la rescisión del contrato de acuerdo con lo establecido en La Ley Sobre el Contrato de Seguro.

2.3. Antigüedad generada en MetLife

Es el reconocimiento de antigüedad por productos de gastos médicos mayores individuales de MetLife.

2.4. 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).

2.5. Asegurado

Es la persona expuesta a cualquier enfermedad o accidente amparado por esta póliza.

2.6. Asegurado dependiente

Cónyuge, concubina o concubinario, hijos o ascendientes del Asegurado titular, que se encuentren cubiertos en la misma póliza.

2.7. Asegurado titular

Es la persona física protegida a través del presente contrato y firma como responsable de la veracidad de las respuestas asentadas en la solicitud de seguro sobre su persona y la de los demás Asegurados en la presente póliza.

2.8. Beneficiario

Persona(s) física(s) o moral(es) que, por designación del Asegurado titular o a falta de ésta, por disposición legal, tienen derecho a recibir la Suma Asegurada contratada de las coberturas en que aplique, en la proporción correspondiente a cada uno.

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

2.9. Cirugía bariátrica

Conjunto de procedimientos quirúrgicos usados para tratar la obesidad mórbida, obesidad grave u obesidad clase III. Los procedimientos siguientes son enunciativos más no limitativos: manga gástrica, bypass gástrico, banda gástrica, switch duodenal, banda y derivación biliopancreática, mini bypass.

2.10. Coaseguro

Porcentaje establecido en la carátula de la póliza como participación del Asegurado en los gastos cubiertos, el cuál aplicará a los gastos procedentes del evento en exceso del deducible.

2.11. Complementos anteriores

Son los gastos erogados por el Asegurado en la vigencia de esta póliza, derivados de una reclamación inicial pagada por la compañía aseguradora inmediata(s) anterior(es) a la póliza actual. En el caso de Plan Smart, los siniestros anteriores de una póliza de Plan Familiar de vigencias anteriores serán considerados como complementos, bajo las reglas de este nuevo plan.

2.12. Contratante

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

2.13. 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.

2.14. Deducible Reinstalable

Cantidad establecida en la carátula de la póliza con la cual participa el Asegurado de manera anual en los gastos ocasionados por cada evento (enfermedad o accidente) procedente. Es decir, es un deducible que se reactiva en cada aniversario de la póliza.

2.15. Dependientes económicos

Se consideran dependientes económicos del Asegurado titular a las siguientes personas:

a) El cónyuge, concubinario o concubina que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en el Código Civil Federal.

b) Los hijos del Asegurado titular solteros menores de 25 años.

c) Los ascendientes del titular.

2.16. Deportista amateur

Persona que practica deporte(s) como un pasatiempo sin recibir una remuneración económica incluso si participa en torneos o ligas; realiza el deporte por afición, pasión, desarrollo personal o salud.

2.17. Deportista profesional

Persona que practica deporte(s) con exigencias técnicas de preparación y entrenamiento que le permita buen rendimiento en competencias para tener logros deportivos de alto nivel y/o recibir una remuneración económica por diversos medios como sueldos, premios, becas, patrocinios o contratos. En ese caso, suele estar sujeto a regulaciones laborales y deportivas específicas y su ocupación principal es el deporte.

2.18. Deportista por contrato

Persona que firma un acuerdo con una organización, club o entidad deportiva para realizar la práctica de algún deporte de interés para las partes; práctica que puede ser temporal o limitada a ciertos eventos. Este contrato establece condiciones como duración, salario, obligaciones, derechos y cláusulas específicas.

2.19. Derecho de póliza

Es el costo por la expedición de la póliza.

2.20. Emergencia médica

Es una situación crítica donde el Asegurado sufre en forma súbita e imprevista una alteración órgano-funcional que ponga en peligro su vida, o la viabilidad funcional de alguno de sus órganos y que requiera atención para tratamiento médico y/o quirúrgico inmediato (urgente) en un hospital, clínica o sanatorio.

2.21. Endoso

Documento integrante de la póliza que aclara o modifica sus condiciones generales, o bien, adiciona, elimina o modifica coberturas, límites o algún elemento contractual. Lo estipulado en un endoso siempre prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

2.22. Enfermedad

Toda alteración de la salud que padezca el Asegurado y que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico prescrito por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de la profesión y en su caso, con la especialidad médica correspondiente. Las recaídas, complicaciones y secuelas se considerarán como parte de la misma enfermedad cubierta que les dio origen.

2.23. Evento o siniestro

Es toda afectación que sufra el Asegurado en su salud derivada de una enfermedad, padecimiento o accidente amparados por la póliza, así como todas las lesiones, complicaciones, enfermedades, recaídas, secuelas o afecciones consecuentes. Para este seguro, el embarazo y parto o cesárea serán considerados como un evento por cada gestación.

En el caso de enfermedad o padecimiento, el evento se refiere a cada diagnóstico de enfermedad o padecimiento cubierto 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 o padecimiento. Respecto a los accidentes, el evento se refiere a todos los gastos médicos derivados de un mismo accidente.

2.24. Evento preexistente

Se entenderá como evento preexistente aquel:

a) Que haya presentado el Asegurado previamente a la celebración del presente contrato, comprobable 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.

b) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya realizado gastos para recibir un tratamiento médico, comprobables documentalmente.

Cuando MetLife cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de enfermedades o lesiones por accidentes, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente o el expediente médico o clínico para resolver si el evento es preexistente.

2.25. Extraprima

Cantidad adicional de prima que el Contratante se obliga a pagar a MetLife, por cubrir un riesgo agravado.

2.26. Fecha de ocurrencia

Para enfermedades será:

a) La fecha de elaboración de un expediente médico firmado por un médico, en el que se haya diagnosticado la enfermedad mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

b) La fecha en la que se efectuó el primer gasto médico comprobable a causa de la enfermedad.

Para un accidente, embarazo, parto o cesárea será la fecha en que sucedió el mismo.

2.27. Gasto médico

Es cualquier pago que se realiza para la atención médica, tratamiento o procedimiento médico o quirúrgico, prescrito por un médico a consecuencia de un evento.

2.28. Gasto médico mayor

Es la acumulación de gastos médicos cuyo monto supera el deducible contratado, especificado en la carátula y/o endosos de la póliza.

2.29. Grupo de hospitales

Conjunto de hospitales a los cuales puede acceder el Asegurado de acuerdo con el producto contratado.

2.30. Grupo médico asociado

Conjunto de médicos que cumplen con el aval de las autoridades de educación superior, salubridad, educación pública y consejos de especialidad, para el debido ejercicio de su profesión y que celebran convenios con MetLife con fines de homologar el pago de sus honorarios correspondientes por la atención de los asegurados.

2.31. Honorarios médicos

Pago que obtiene el médico por los servicios que presta al Asegurado de acuerdo con los términos de la presente póliza y que MetLife cubrirá de acuerdo con el tabulador de honorarios médicos del seguro contratado.

2.32. Hospital, clínica, sanatorio y centros de infusión

Institución pública o privada legalmente constituida y registrada para ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos proporcionados por médicos legalmente autorizados con infraestructura especializada en dichos servicios y protocolos de seguridad ante riesgos de salud. Los hospitales en particular tienen un área de atención durante las 24 horas del día todos los días del año.

No se considerará como hospital, clínica o sanatorio:

a) **Clínicas para el tratamiento de enfermedades mentales o cuyo principal objetivo sea el tratamiento de enfermedades psiquiátricas. Asimismo, se excluyen tratamientos en los departamentos psiquiátricos de los hospitales.**

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

c) **Clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.**

2.33. Hospitalización

Es la estancia del Asegurado en un hospital, clínica o sanatorio, siempre y cuando ésta sea médicamente justificada y comprobable para el padecimiento, enfermedad o accidente que provocó la estancia.

2.34. Inicio de cobertura

Es la fecha a partir de la cual el Asegurado tiene derecho a la cobertura y beneficios contratados en la póliza, salvo por coberturas o beneficios que explícitamente indiquen un periodo de espera. Si la presente póliza se cancela o no se renueva, los asegurados perderán su antigüedad. Si el Contratante solicita con posterioridad una nueva póliza con MetLife, la nueva fecha de emisión será el inicio de cobertura.

2.35. Medicamento

Producto farmacéutico empleado para el tratamiento de un accidente, enfermedad, embarazo, parto vaginal o cesárea cubierta, el cual se encuentra registrado bajo este rubro en la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM) o en la farmacopea del país donde sea dispensado, entendiendo como farmacopea el documento expedido por las autoridades sanitarias del país, en el caso de México está será la Secretaría de Salud, que consigna los métodos generales de análisis y los requisitos sobre identidad, pureza y calidad de los fármacos, aditivos, medicamentos, productos biológicos y demás insumos para la salud.

2.36. Médico

Persona legalmente autorizada mediante cédula profesional vigente para ejercer la medicina, incluyendo médicos homeópatas y quiroprácticos.

2.37. Médico especialista

Médico avalado por un organismo colegiado de la ciencia médica en una especialidad, que cuente con cédula profesional o documento vigente con validez oficial en dicha especialidad.

2.38. Médico tratante

Médico que está a cargo de la atención y evolución diaria del paciente asegurado durante el período de hospitalización o tratamiento médico de un evento.

2.39. MetLife

En lo sucesivo se entenderá por MetLife a la aseguradora MetLife México, S.A. de C.V.

2.40. Muerte accidental

Es el fallecimiento que ocurre durante los 90 días naturales siguientes a la fecha de un accidente que afectó al fallecido y se determina que su deceso ocurrió por consecuencia de las lesiones provocadas por dicho accidente.

Por lo anterior, el fallecimiento provocado intencionalmente por el Asegurado no corresponde a una muerte accidental.

2.41. Obesidad mórbida, obesidad grave u obesidad clase III

Es el término para la obesidad caracterizada por un Índice de Masa Corporal (IMC) de 40.0 o mayor.

2.42. Padecimiento

Cualquier alteración que sufra el Asegurado en su salud a consecuencia de un accidente o enfermedad, amparado por la póliza.

2.43. Padecimiento congénito y genético

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

El conjunto de alteraciones que durante el período gestacional originó diversas malformaciones congénitas, será considerado como un solo evento.

2.44. Padecimiento preexistente

Para efectos de esta póliza, se entenderá como preexistencia a cualquier padecimiento:

a) Que previamente a la celebración del contrato se haya declarado como tal, que se pueda comprobar 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.

b) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente para recibir tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

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

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 médico privado previo acuerdo entre ambas partes.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro y las partes que en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral bajo el esquema de amigable composición.

En el convenio que fundamente el juicio arbitral en amigable composición, las partes seleccionarán de común acuerdo al médico facultándolo como árbitro propuesto para resolver en conciencia, a verdad sabida y buena fe guardada la controversia planteada, siendo el árbitro independiente a las partes en conflicto y fijarán de común acuerdo y de manera específica las cuestiones que deberán ser objeto del arbitraje, estableciendo las etapas, formalidades, términos y plazos a que deberá sujetarse el arbitraje.

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 la institución de seguros.

Para todo lo no previsto en el procedimiento arbitral, se aplicará supletoriamente el código de comercio.

2.45. Pago directo

Mecanismo mediante el cual MetLife autoriza y liquida directamente al prestador de servicios médicos y/u hospitalarios los gastos procedentes, siempre y cuando supere el deducible contratado, derivados de la atención médica del Asegurado por un padecimiento amparado por la póliza.

2.46. Periodo al descubierto

Periodo de tiempo posterior al periodo de gracia en el cual la prima de la póliza no está pagada. Inicia a partir de la hora en que finaliza el período de gracia y termina cuando MetLife recibe los pagos de primas adeudadas y acepta expresamente la rehabilitación de la póliza.

No procederá el pago de reclamaciones por eventos cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado u originado durante el periodo al descubierto.

Al momento de originarse un periodo al descubierto, los asegurados que estén incluidos en el registro de la póliza pierden el reconocimiento de la antigüedad y de la generada en MetLife para los efectos de esta póliza.

2.47. Periodo de espera

Es el tiempo que debe transcurrir de manera continua desde la fecha de alta del Asegurado en la póliza para que determinados padecimientos puedan ser cubiertos conforme a las presentes condiciones. Durante este periodo de tiempo, MetLife no cubrirá los gastos médicos efectuados ni los eventos originados, salvo por lo estipulado en el reconocimiento de antigüedad.

Si el evento objeto de valoración fuera preexistente a la fecha de antigüedad reconocida, se deberá aplicar para éste la cláusula de preexistencia establecida en esta póliza y/o endoso correspondiente.

2.48. Periodo de gracia

Lapso de 30 días naturales contados a partir de la fecha de vencimiento de la prima que tiene el Contratante para liquidar el total de la prima o la parcialidad pactada en la póliza en el caso de pago en parcialidades. Durante este periodo, el Asegurado goza de la cobertura de la póliza. Las reclamaciones presentadas durante este periodo se realizarán únicamente por el sistema de reembolso.

Los efectos del seguro 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.

2.49. Plan hospitalario

Es la clasificación que se le da a un grupo de hospitales, clínicas y sanatorios que pertenecen a los prestadores de servicios médicos independientes. Todo hospital, clínica o sanatorio será clasificado sólo en un plan.

2.50. Póliza

Es el contrato de seguro, conformado por las condiciones generales, la carátula de la póliza, los endosos y demás documentos contractuales, celebrados entre el Contratante y MetLife, en donde se establecen los derechos y obligaciones de las partes.

2.51. Prestador de servicios médicos independientes (red de proveedores)

Conjunto de hospitales, clínicas, sanatorios, centros de infusión, médicos, especialistas, farmacias, laboratorios clínicos, gabinetes, centros de rehabilitación, proveedores de equipo médico, entre otros, que, por un contrato de administración de pago celebrado con MetLife, se obligan a prestar los servicios médicos contratados directamente a los Asegurados.

Los prestadores de servicios médicos independientes:

Llevan a cabo sus actividades con completa autonomía profesional, técnica, administrativa y directiva, sin que MetLife pueda intervenir en el criterio médico adoptado por aquellos, o ejercer funciones de dirección en el desempeño de estas.

Son libremente elegidos por el Contratante o Asegurado para la procedencia de su atención médica mediante del mecanismo de pago directo o cirugía programada.

Se encuentran legalmente autorizados por las autoridades competentes para proporcionar los servicios correspondientes de acuerdo con su especialidad.

El conjunto de prestadores de servicios médicos independientes que MetLife pone a disposición de los Asegurados:

a) Tiene como único objetivo establecer un beneficio para éstos, ya que, por virtud de los contratos celebrados, los Asegurados se benefician de costos preferenciales, otros servicios médicos, entre otros.

b) Tienen fines referenciales y de ninguna manera éstos se encuentran obligados a solicitar los servicios de aquellos, sino que, en todo momento, queda en completa libertad de seleccionar o elegir a cualquier prestador de servicios que mejor convenga a sus intereses.

2.52. Prima

Es la contraprestación económica prevista en la póliza a cargo del Contratante, a favor de MetLife, la cual podrá ser anual o en parcialidades no menores a un mes, según lo establezca la póliza.

2.53. Prima neta

Es la prima sin incluir derechos de póliza, impuestos (IVA), ni recargo por pago fraccionado.

2.54. Prima neta no devengada

Porción de prima neta que corresponde al periodo de la vigencia del seguro que no ha transcurrido.

2.55. Primer gasto

Es el gasto más antiguo en que el Asegurado incurre para la atención de un padecimiento.

2.56. Procedimiento médico estético

Procedimiento médico realizado para modificar la apariencia de alguna parte del cuerpo pudiendo o no existir una patología adyacente que lo justifique.

2.57. Producto contratado

Es el conjunto de coberturas y condiciones de la póliza tales como el plan hospitalario, Suma Asegurada, deducible, coaseguro, tabulador de honorarios médicos, entre otras, incluyendo sus endosos.

2.58. Programación de cirugías

Servicio mediante el cual MetLife confirma el pago directo al prestador de servicios médicos y hospitalarios afiliado y/o independiente, previo a la intervención quirúrgica y/o tratamiento con hospitalización o cirugía ambulatoria, en los términos de la póliza.

2.59. Prótesis

Pieza o implante para la sustitución de una parte del esqueleto o de un órgano interno o externo, que reproduce la parte que ha de sustituir.

2.60. Recién nacido prematuro

Es el recién nacido que nazca antes de las 37 semanas de gestación y que por ello requiera manejo hospitalario especializado.

2.61. Reclamación

Es el trámite que realiza el Contratante o Asegurado ante MetLife para obtener los beneficios de esta póliza a consecuencia de un evento.

2.62. Reconocimiento de antigüedad o antigüedad reconocida

Es el periodo de tiempo durante el cual el Asegurado ha estado cubierto en forma continua e ininterrumpida en esta u otra compañía de seguros en pólizas de gastos médicos mayores del mismo Contratante, colectividad, grupo de negocio y/o pólizas individuales.

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 protegido 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 en estas condiciones generales.

El reconocimiento de antigüedad no aplica para padecimientos preexistentes.

2.63. Reembolso

Sistema mediante el cual MetLife reintegra al Asegurado los gastos procedentes efectuados por él mismo a consecuencia de un padecimiento cubierto.

2.64. Región anatómica

División del cuerpo humano en segmentos de zonas específicas delimitadas por sus características funcionales y estructurales. Se entiende como segmentos del cuerpo humano a su división conceptual con base en su función.

Los segmentos y regiones anatómicas para efecto de este contrato de seguro son las siguientes:

Segmento	Región anatómica
Cabeza	Cráneo
	Cara
Cuello	Cuello anterior
	Cuello posterior

Tronco	Tórax anterior (pecho)
	Tórax posterior (espalda)
	Abdomen
	Pelvis (incluye cadera y perineo)
Extremidad superior	Brazo (incluye hombro)
	Antebrazo (incluye codo)
	Mano (incluye muñeca y dedos)
Extremidad inferior	Muslo
	Rodilla
	Pierna
	Pie (incluye tobillo y dedos)

2.65. Renovación

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

2.66. Segunda valoración médica

Cuando, a criterio de MetLife, existan elementos que no sean certeros y claros, impidiéndole corroborar lo referente al padecimiento, tratamiento y/o procedimiento por el cual se esté tramitando una reclamación, MetLife solicitará al Asegurado se someta a una segunda valoración médica con un médico especialista en la materia que MetLife designe. Dicho médico deberá ser ajeno a la atención médica del Asegurado, con la finalidad de verificar la procedencia de la reclamación.

Los honorarios generados por la segunda valoración serán cubiertos por MetLife.

2.67. SIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

2.68. Síntoma y/o signo

Síntoma, referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por una enfermedad; signo, son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica.

2.69. Suma Asegurada

Obligación máxima de MetLife por cada padecimiento amparado por las coberturas contratadas, que esta especificada en la carátula de la póliza y será válida siempre y cuando el padecimiento ocurra durante la vigencia del seguro.

La Suma Asegurada es independiente para cada evento y quedará fija a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto reclamado (más antiguo) para la atención de una enfermedad o accidente.

La responsabilidad de MetLife cesará cuando se agote la Suma Asegurada del evento y cualquier gasto médico adicional relacionado con el mismo, quedará a cargo del Asegurado.

2.70. Tabulador de honorarios médicos o Gasto Usual y Acostumbrado (GUA)

Obligación máxima de MetLife por cada padecimiento amparado por la póliza con base en las coberturas contratadas. Relación en donde se especifica el monto máximo que pagará MetLife por cada procedimiento médico y/o quirúrgico y/o renta de equipo y/o tratamientos especiales y/o tratamientos dentales, de acuerdo con el producto contratado y al lugar donde éste se realice.

El tabulador de honorarios médicos está disponible en la siguiente página de Metlife México, S.A. de C.V.: https://www.metlife.com.mx/servicios/tabulador-gastos-medicos/.

2.71. Tarjeta de identificación

Documento físico o electrónico emitido por MetLife, que identifica al Asegurado para facilitarle el acceso a los prestadores de servicios médicos independientes y permitirle hacer uso del producto contratado.

2.72. Territorialidad

Los gastos médicos deberán ser erogados dentro de la República Mexicana.

2.73. Tratamiento médico experimental

Tratamiento o procedimiento médico o quirúrgico que cumple con alguna de las siguientes puntualidades:

a) Aún no está aprobado para su uso o tratamiento de la patología por la FDA (Food and Drug Administration) ni las autoridades sanitarias nacionales o por el colegio de medicina de la especialidad en que se aplica.

b) No es aceptado por las autoridades sanitarias competentes como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de padecimientos o como procedimiento quirúrgico.

c) Su beneficio terapéutico no ha sido aprobado de forma objetiva por las autoridades sanitarias competentes.

d) Se encuentran bajo estudio científico y/o fases de investigación clínica, periodo de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico o protocolo de estudio y no cuenta con el nivel de evidencia médica necesaria para normar su uso.

2.74. Unidad de Medida y Actualización (UMAM)

La UMA es la referencia económica oficial en México que guarda el valor de la moneda mexicana en el tiempo, con la cuál se determinan pagos de transacciones futuras; al estar elevado al mes, es la UMAM.

2.75. Urgencia médica

Es un problema de salud por un evento que sufre el Asegurado en forma imprevista que no llega a poner en peligro su vida, sin embargo, requiere de atención pronta para tratamiento médico y/o quirúrgico en un hospital, clínica o sanatorio para prevenir secuelas o complicaciones.

2.76. Vigencia o periodo de validez de la póliza

Es el tiempo durante el cual el Asegurado tiene derecho a la cobertura y beneficios de la póliza. La fecha de inicio y fin de este periodo se establecen en su carátula.

2.77. VIH

Virus de Inmunodeficiencia Humana.

3. Apartado tres – Contrato

Para fines de prueba, las declaraciones proporcionadas por escrito a MetLife en la solicitud de seguro, cuestionarios llenados y firmados, la carátula de póliza, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas asentadas por escrito, serán admisibles para probar existencia del presente contrato de seguro.

4. Apartado cuatro – Gastos médicos cubiertos

Se entenderá por gastos médicos cubiertos aquellos gastos que erogue el Asegurado dentro de la república mexicana, para el tratamiento médico o quirúrgico requerido para la atención de un evento cubierto por la póliza, siempre y cuando dicho evento haya ocurrido dentro de la vigencia de esta póliza y los gastos sean procedentes de acuerdo con las condiciones del presente contrato. El tratamiento antes citado debe ser prescrito por un médico y su cobertura está sujeta a los límites establecidos en la póliza y en todo lo concerniente a estas condiciones generales, endosos y cláusulas que se agreguen.

Los gastos médicos efectuados fuera del territorio nacional podrán ser cubiertos en caso de contratar una o más de las siguientes coberturas bajo los límites y condiciones que éstas establezcan:

- Plan MédicaLife Internacional
- Cobertura adicional Emergencia en el Extranjero,
- Cobertura adicional Franja Fronteriza
- Cobertura adicional Enfermedades Catastróficas en el Extranjero

Para los padecimientos cubiertos, quedarán amparados, y a cargo de MetLife, los gastos hospitalarios, honorarios médicos y por procedimientos quirúrgicos, medicamentos, auxiliares de diagnóstico y otros servicios médicos, de acuerdo con las siguientes descripciones, considerándose para todos ellos como gasto cubierto al monto bruto total facturado por los conceptos procedentes, sin considerar la aplicación de posibles descuentos derivados de convenios entre MetLife y el proveedor de servicios médicos. Relevante hacer notar que existen Gastos Médicos que se cubrirán sólo por causas sujetas a condiciones específicas, mismo que se describen en la sección correspondiente.

4.1. Gastos hospitalarios

Cuando la hospitalización del Asegurado sea médicamente justificable por el médico tratante, se cubrirán los siguientes gastos efectuados en hospitales, clínicas o sanatorios legalmente autorizados:

4.1.1. El costo de un cuarto privado estándar y alimentos del paciente Asegurado.

4.1.2. Sala de operaciones, de recuperación o de curaciones, así como unidad de terapia intensiva, intermedia o cuidados coronarios.

4.1.3. Insumos hospitalarios y auxiliares de diagnóstico, así como tratamientos médicos indispensables, siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante.

4.1.4. Sueros y soluciones intravenosas prescritas por el médico tratante e indispensables para el tratamiento de un evento cubierto.

4.1.5. Se cubre el costo de los análisis y pruebas de compatibilidad de la sangre y/o sus derivados del donador de acuerdo con el número de paquetes utilizados por el Asegurado.

4.1.6. Costo de la cama extra para el acompañante.

4.2. Honorarios médicos

4.2.1. Honorarios por consultas médicas y/o tratamientos médicos

Se cubrirán de acuerdo tabulador de honorarios médicos del producto contratado. Para reclamaciones por pago directo, si el médico pertenece al grupo médico asociado, el Asegurado no pagará diferencia alguna por este concepto. Esta es una garantía de MetLife.

4.2.2. Honorarios por procedimientos quirúrgicos

4.2.2.1. Se cubrirán los honorarios médicos del cirujano hasta el monto establecido en el tabulador de honorarios médicos del producto contratado. Para reclamaciones por pago directo, si el médico pertenece al grupo médico asociado, el asegurado no pagará diferencia alguna por este concepto. Esta es una garantía de MetLife.

4.2.2.2. El monto cubierto para el anestesiólogo tendrá un tope del 30% del monto total cubierto al cirujano principal.

4.2.2.3. El monto cubierto para el primer ayudante tendrá un tope del 20%, y para el segundo ayudante y/o instrumentista se limitará hasta un 10%, del monto total cubierto al cirujano principal para cada uno.

Los conceptos del segundo ayudante y/o instrumentista se cubrirían siempre y cuando el procedimiento quirúrgico que se practique lo justifique conforme al criterio de MetLife y sean facturados de forma independiente a la factura hospitalaria.

4.2.2.4. Cuando en una misma sesión quirúrgica:

4.2.2.4.1. Se practiquen al Asegurado dos o más operaciones en una misma región anatómica de la misma especialidad, MetLife pagará únicamente el importe de la mayor, o una de ellas cuando las cantidades estipuladas en el tabulador de honorarios médicos sean iguales.

4.2.2.4.2. Se requiera de un equipo interdisciplinario de diferentes especialidades médicas, para cirugías neurológicas, trasplantes, cirugías de columna, corazón o politrauma; se pagará al cirujano principal el 100% de lo estipulado en el tabulador de honorarios médicos, el 25% de este importe a cada uno de los demás especialistas y para los ayudantes y anestesiólogo(s) participantes, sus porcentajes serán los de las cláusulas 4.2.2.2 y 4.2.2.3 del importe de cada especialista al que hayan apoyado.

4.2.2.4.3. El mismo cirujano efectúa otra intervención diferente a la principal en una región anatómica distinta, los honorarios de la segunda intervención se pagarán al 50% de lo estipulado en el tabulador de honorarios médicos. Cualquier otra intervención adicional no quedará cubierta.

4.2.2.4.4. Se requiere de otro cirujano de diferente especialidad en la misma región anatómica, se sumará un 25% adicional a lo tabulado para la cirugía principal. El monto resultante se repartirá equitativamente entre ambos equipos quirúrgicos.

4.2.2.4.5. Un cirujano diferente realiza otra intervención quirúrgica diferente a la principal en una región anatómica distinta, los honorarios del segundo cirujano se cubrirán al 100% de lo estipulado en el tabulador de honorarios médicos. Cualquier otra intervención en otra región anatómica distinta a las primeras dos no quedará cubierta.

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

4.2.2.4.7. Se traten dos padecimientos, de los cuales uno esté cubierto y el otro no, se pagará la reclamación de la siguiente manera:

- Honorarios médicos: de acuerdo con lo estipulado en el tabulador de honorarios médicos para el padecimiento cubierto.
- Anestesiólogo y ayudante: de acuerdo con las políticas y porcentajes establecidos en el tabulador de honorarios médicos para el padecimiento cubierto.
- Hospital: se pagará el 50% de la factura total.

No se cubrirá el costo de las consultas médicas post-operatorias realizadas en los siguientes 15 días naturales a la intervención, dicho costo queda incluido dentro de los honorarios médicos por procedimiento quirúrgico.

4.3. Medicamentos

La cobertura ampara el costo de medicamentos administrados al Asegurado dentro o fuera del hospital, clínica o sanatorio, sujeto a las siguientes condiciones:

En territorio nacional:

4.3.1. Que sean prescritos por un médico de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

4.3.2. Que estén relacionados con el evento cubierto.

4.3.3. Que presenten la factura emitida por el proveedor autorizado por la autoridad sanitaria.

4.3.4. Que se trate de medicamentos autorizados por las autoridades sanitarias para su venta en territorio nacional.

En el extranjero:

4.3.5. Presentar receta emitida por el médico tratante con licencia profesional del lugar donde se brinda atención.

4.3.6. Que estén relacionados con el evento cubierto.

4.3.7. Que presente factura del proveedor en el extranjero que surte el medicamento.

4.3.8. Que se trate de medicamentos autorizados por las autoridades sanitarias correspondientes en el extranjero.

4.4. Auxiliares de diagnóstico

Análisis de laboratorio, de gabinete, imagenología, o cualquier otro indispensable para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un evento cubierto, siempre que sea prescrito por el médico tratante y que se refiera o tenga relación directa con el evento cubierto.

4.5. Otros servicios médicos

4.5.1. Ambulancia

4.5.1.1. **Terrestre:** siempre y cuando sea prescrita por el médico tratante derivado de una emergencia médica o que sea médicamente necesaria. 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.

4.5.1.2. **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 efectuados por concepto de transportación aérea dentro de la República Mexicana.

Si el producto contratado tiene cobertura en el extranjero, se cubrirá además de los destinos nacionales, los internacionales. Ambos con un máximo de siete horas de vuelo.

Formas de pago para ambulancia aérea:

Reembolso: El pago de estos servicios correrá a cargo del Asegurado, quien someterá su solicitud de reembolso a MetLife, quién dictaminará la reclamación y en caso de procedencia reembolsará los gastos médicos cubiertos. Para efectos de que MetLife pueda dictaminar la procedencia del reembolso, el Asegurado deberá entregar:

- Informe médico sobre las condiciones del paciente Asegurado
- Factura original
- La documentación médica que MetLife le requiera

Pago directo: En aquellos casos en que MetLife dictamine la procedencia del servicio de ambulancia aérea previo a su utilización, MetLife cubrirá directamente al prestador de servicios médicos independientes el monto de los gastos procedentes.

El servicio de ambulancia aérea no se brindará cuando:

- **El Asegurado no esté autorizado por su médico para el traslado hasta el destino elegido.**
- **El Asegurado no tenga confirmada su reservación de hospital y de ambulancia terrestre en el lugar del destino.**
- **Los horarios y/o condiciones meteorológicas no permitan la operación segura del aeropuerto.**
- **No exista en la localidad de destino un terreno adecuado para aterrizar la aeronave en condiciones seguras.**

Aplicará un coaseguro del 20% del monto de los gastos por los servicios de ambulancia, ya sea terrestre o aérea, sin que apliquen las reglas de tope de coaseguro del evento cubierto.

4.5.2. Honorarios de enfermería

Honorarios de un(a) enfermero(a) titulado(a) y legalmente autorizado(a) para el ejercicio de su profesión, que bajo prescripción del médico tratante sea necesaria para la convalecencia domiciliaria, o bien, mientras el Asegurado se encuentre hospitalizado, con un límite máximo de 1 UMAM por día y hasta un máximo de 30 días naturales por evento cubierto.

4.5.3. Prótesis y endoprótesis

Si se requieren a consecuencia de un evento cubierto, de acuerdo con el tabulador de honorarios médicos.

4.5.4. Aparatos ortopédicos

La renta o adquisición de aparatos ortopédicos que se requieran a consecuencia de un evento cubierto de acuerdo con el tabulador de honorarios médicos.

Para los casos de adquisición se aplicará una segunda valoración y será necesaria la autorización de MetLife para realizar el gasto.

Solamente se cubrirán los aparatos ortopédicos en una única ocasión.

4.5.5. Renta de equipo de hospital

Se cubre únicamente la renta de equipo de hospital, suministros y atención especializada que sea necesario para el cuidado médico domiciliario, siempre y cuando sea prescrito por el médico tratante, sujeto a segunda valoración y aceptación de MetLife aplicando el tabulador de honorarios médicos correspondiente.

4.5.6. Tratamientos de inhalo terapia, terapia radioactiva o quimioterapia

Cuando se reciban bajo prescripción del médico tratante o especialista en un hospital, clínica o sanatorio.

4.5.7. Rehabilitación física o neurorrehabilitación

Tratamientos de medicina de rehabilitación física o neurorrehabilitación cuando el Asegurado lo requiera a consecuencia de un evento ya cubierto, que sean prescritos por el médico tratante y que se realicen en centros especializados o a domicilio.

Únicamente se pagará una sesión por día de acuerdo con el tabulador de honorarios médicos del producto contratado, independientemente del tipo de terapia y número de especialistas que la proporcionen, teniendo un máximo de 40 sesiones por evento.

En caso de enfermedades que ameriten extender este beneficio, se podrá solicitar una segunda valoración médica para determinar la continuidad de sesiones de rehabilitación.

4.5.8. Menopausia o andropausia

Los tratamientos médicos a consecuencia de menopausia o andropausia.

4.5.9. Cirugía asistida por robot

Por cada intervención quirúrgica de los procedimientos que figuran en la lista siguiente, asistidos por robot, la renta o uso del robot (y sus componentes) estará cubierto hasta por un monto máximo de $220,000.00 pesos mexicanos, los cuales forman parte del evento que originó el gasto. El resto de los gastos relacionados con la hospitalización, insumos hospitalarios, estudios, honorarios médicos y de las posibles complicaciones derivadas, se cubrirán conforme a los términos, condiciones y límites establecidos en la póliza vigente.
Listado de procedimientos quirúrgicos asistidos por robot que están cubiertos:

*) Apendicectomía.
*) Cistectomía.
*) Cirugías para padecimientos neurológicos.
*) Colecistectomía.
*) Colectomía o hemicolectomía.
*) Funduplicatura.
*) Hernioplastia.
*) Histerectomía.
*) Miomectomía.
*) Nefrectomía radical/ parcial.
*) Prostatectomía radical o resección de próstata.
*) Resección anterior baja (exclusivamente para casos de cáncer rectal).
*) Sigmoidectomía.

En caso de que el Asegurado opte por el uso o asistencia de un robot quirúrgico para procedimientos que no se encuentren en la lista previamente establecida y el procedimiento en sí resulta procedente, entonces, el evento hospitalario estará cubierto hasta un monto equivalente al gasto usual acostumbrado para dicho tipo de intervención vía laparoscópica. El resto de los gastos relacionados con honorarios médicos y de las posibles complicaciones derivadas, se cubrirán conforme a los términos, condiciones y límites establecidos en la póliza vigente.

Para la autorización del procedimiento por cualquier vía de reclamo se deberá presentar la certificación del médico en el uso del robot. El uso de robot estará sujeto a la validación de parte de MetLife conforme al registro de COFEPRIS o la institución sanitaria correspondiente.

4.5.10. Tratamientos dentales bajo MetDental

Esta cobertura y los servicios derivados de la misma serán otorgados por el prestador de servicios médicos independientes.

Los gastos médicos cubiertos por este beneficio serán exclusivamente los correspondientes a tratamientos odontológicos derivados de una patología dental como consultas, caries dental, operatoria dental, odontopediatría, radiología, y cirugía dental, entre otros.

El límite de responsabilidad de esta cobertura quedará definido en el anexo a la póliza correspondiente.

Los tratamientos dentales cubiertos serán pagados directamente por la compañía articuladora de servicios dentales al odontólogo tratante o en caso de reembolso, directamente al Contratante.

Los beneficios dentales que se otorgan serán los siguientes:

Beneficios dentales cubiertoss		Copago
Servicios básicos	Evaluación oral y periodontal, limpieza	0%
	Rayos X	20%
Restaurativo básico (Restauraciones con amalgamas y resinas)		20%
Procedimientos quirúrgicos menores (Extracciones simples y otros procedimientos menores)		20%
Periodoncia (Tratamiento de la enfermedad de encías y hueso)		20%

Límite anual por persona: 50 UMAM (Unidad de Medida y Actualización Mensual)

I. Servicios básicos (evaluación oral, rayos X, limpiezas		**Copago (sobre el honorario máximo**	
Descripción del tratamiento	**Alcance del beneficio**	**Dentro de red**	**Fuera de la red se reembolsa**
Evaluación periodontal completa – paciente nuevo o establecido.	1 (una) cada 12 (doce) meses.	0%	100%
Intraoral – periapical de diagnóstico.	Hasta 4 (cuatro) en 12 (doce) meses	20%	80%
Placa panorámica de diagnóstico.	1 (una) cada 5 (cinco) años.	20%	80%
Profilaxis (limpieza) en adulto y en niño menor de 14 (catorce) años.	Hasta 2 (dos) en 12 (doce) meses.	0%	100%

II. Restaurativos básicos (restauraciones con amalgamas y resinas)		**Copago (sobre el honorario máximo**	
Descripción del tratamiento	**Alcance del beneficio**	**Dentro de red**	**Fuera de la red se reembolsa**
Amalgama - de una a cuatro superficies en dientes primarios o permanentes	1 cada 3 años por diente o superficie	20%	80%
Composite con base de resina – de una o más superficies en diente anterior	1 cada 3 años por diente o superficie	20%	80%
Composite con base de resina –1 (una) a 2 (dos) superficies - en diente posterior.	1 cada 3 años por diente o superficie	20%	80%
Restauración con resina fluida en dientes permanentes- hasta 16 (dieciséis) años	1 cada 3 años por diente o superficie	20%	80%

III. Procedimientos quirúrgicos menores (extracciones simples y otros procedimientos menores)		**Copago (sobre el honorario máximo**	
Descripción del tratamiento	**Alcance del beneficio**	**Dentro de red**	**Fuera de la red se reembolsa**
Extracción, restos coronales – dientes primarios		20%	80%

Extracción, diente o raíz expuesta (remoción con elevador y/o fórceps)		20%	80%
Reimplantación y/o estabilización de diente desprendido o desplazado por accidente Dental	1 por diente de por vida	20%	80%
Biopsia en tejido oral – duro y blando (sin costo de laboratorio)	1 en 12 meses de cualquier combinación	20%	80%
Incisión y drenaje de abscesos – tejido blando intraoral		20%	80%
Extracción, restos coronales – dientes primarios		20%	80%

IV. Tratamientos o procedimientos de periodoncia		**Copago (sobre el honorario máximo**	
Descripción del tratamiento	**Alcance del beneficio**	**Dentro de red**	**Fuera de la red se reembolsa**
Gingivectomía o gingivoplastía – uno o más dientes contiguos o espacios entre dientes por cuadrante	1 cada 5 años – mismo diente	20%	80%
Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo alisado radicular – uno o más dientes contiguos o espacios entre dientes vinculados por cuadrante	1 cada 5 años – mismo diente	20%	80%
Alargamiento de corona clínica – en tejido duro – máximo 2 sitios por cuadrante	1 cada 5 años – mismo diente	20%	80%
Cirugía ósea (incluyendo colgajo de entrada y cierre) – de uno o más dientes contiguos o espacios entre dientes, por cuadrante	1 cada 5 años – mismo diente	20%	80%
Injerto de reemplazo de hueso - primer sitio en el cuadrante **(no incluye material)** - máximo 2 sitios por cuadrante	1 cada 5 años – mismo diente **ver exclusión***	20%	80%
Injerto para reemplazo de hueso – cada sitio adicional en cuadrante **(no incluye material)** – máximo 2 sitios por cuadrante	1 cada 5 años – mismo diente **ver exclusión***	20%	80%
Procedimiento de injerto de pedículo de tejido blando **(no incluye material)** – máximo 2 (dos) sitios por cuadrante	1 cada 5 años – mismo diente	20%	80%
Procedimiento de cuña distal o proximal (independiente de procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica)	1 cada 5 años – mismo diente	20%	80%
Aloinjerto de tejido blando **(no incluye material)** – máximo 2 sitios por cuadrante	1 cada 5 años – mismo diente	20%	80%
Injerto de tejido conectivo combinado e injerto de pedículo doble, por diente - máximo 2 (dos) sitios por cuadrante	1 cada 5 años – mismo diente	20%	80%
Raspado y alisado periodontal de raíz – de uno o más dientes por cuadrante	1 cada 2 años – mismo cuadrante	20%	80%
Debridación completa de boca para permitir evaluación y diagnóstico periodontal total	1 de por vida	20%	80%

Procedimientos para el mantenimiento periodontal (siguiendo una terapia activa)	2 en el 1er año después de cirugía	20%	80%

*** Se excluye el material de reemplazo del hueso.**

Para recibir los servicios dentales descritos bajo este beneficio, el Asegurado deberá mostrar credencial vigente de gastos médicos mayores MetLife e identificación oficial con fotografía.

Exclusiones

1. **Tratamientos o materiales por malformaciones óseas y dentales congénitas y tratamientos o procedimientos por afecciones durante el desarrollo de los dientes, por ejemplo: hipocalcificación o hipoplasia del esmalte.**

2. **Tratamientos o procedimientos dentales que incrementan la dimensión vertical de una oclusión, reemplacen la pérdida de la estructura de los dientes por desgaste, tales como, atrición, bruxismo, rechinamiento, apretamiento de los dientes, abrasión, erosión, abfracción y por hábitos orales que dañen la integridad de los dientes, excepto que sea parte del tratamiento dental necesario y debido a un accidente dental o lesión bucal y directamente atribuible a éste. Tampoco se cubren los protectores o guardas oclusales y los ajustes oclusales.**

3. **Tratamientos, procedimientos, intervenciones quirúrgicas o materiales realizados primariamente por motivos estéticos para mejorar la apariencia del Asegurado, mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos; tratamiento de fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes); tratamiento por pigmentación dental a consecuencia de medicamentos; carillas de porcelana u otras carillas que no tienen el propósito de restauración; así como cualquier otro tratamiento o material que sea considerado como tal, de acuerdo a los estándares generalmente aceptados de la práctica dental, excepto que sea parte de algún tratamiento dental necesario y debido a un accidente dental o lesión bucal directamente atribuible a éste. Si los tratamientos o procedimientos realizados en un diente en particular no están excluidos, el tratamiento cosmético de los dientes adyacentes o que están cerca del afectado estarán excluidos.**

4. **Gastos dentales a consecuencia de tratamientos o procedimientos dentales incorrectos que hubieran sido proporcionados antes de la vigencia de la póliza de seguro o por dentistas fuera de la red del prestador del servicio independiente durante la vigencia de la póliza.**

5. **Tratamientos o procedimientos prestados o materiales suministrados por un dentista antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza de seguro o antes de la fecha de inicio de la cobertura de los asegurados.**

6. **Utilización de medicamentos por auto prescripción que causen una lesión bucal que amerite una urgencia dental.**

7. **Gastos por radiografías que se necesiten tomar para realizar los diferentes tratamientos y aquellas posteriores al tratamiento para comprobar la calidad, del mismo, no serán pagados ya que su costo está incluido en el honorario máximo autorizado de cada tratamiento.**

8. **Ferulización para tratamiento de enfermedad periodontal, e injertos extraorales (injertos de tejido en la parte de afuera de la boca).**

9. **Programas de control preventivo de la placa dentobacteriana, incluyendo programas de instrucción de higiene oral, que no estén incluidos en el tratamiento o procedimiento de evaluación oral o consulta.**

10. **Terapia miofuncional (de la función de los músculos). Equilibrio de la oclusión, gnatología (estudio y o corrección de las fuerzas masticatorias y las partes anatómicas involucradas) y tratamientos o procedimientos asociados. Diagnóstico o tratamiento por la disfunción de la articulación temporomandibular o musculatura, nervios u otros tejidos asociados.**

11. **Medicamentos y enjuagues bucales, incluyendo los de aplicación tópica para tratamientos de enfermedad periodontal, premedicación, analgesia, sedación intravenosa, anestesia general. Asimismo, los cargos separados por anestesia local no estarán cubiertos ya que éstos forman parte de los gastos del tratamiento o procedimiento dental.**

12. **Tratamientos o procedimientos, materiales para injerto de hueso o materiales similares usados con el mismo fin, para el relleno de defectos en zonas sin dientes.**

13. **Tratamientos o procedimientos de con Inlay (incrustaciones).**

14. **Tratamientos o procedimientos dentales de naturaleza experimental o de investigación, o que no sean considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la práctica dental.**

15. **Tratamientos o procedimientos dentales prestados o materiales suministrados después de la terminación de la vigencia de la póliza de seguro, a menos de que el tratamiento o procedimiento haya comenzado durante la vigencia de la póliza de seguro.**

16. **En los casos donde los tratamientos o procedimientos dentales requieran ser realizados o suministrados en un hospital o en cualquier instalación para tratamientos quirúrgicos, el prestador del servicio independiente no cubre cualquier honorario adicional cobrado por el dentista por dichos tratamientos o procedimientos dentales en hospital, ni cubrirá cualquier gasto del hospital y/o quirófano, de los materiales, de anestesia o de la instalación para tratamientos quirúrgicos.**

17. **Servicios de administración del consultorio dental, servicios de administración para el cobro de los siniestros y cualquier otro costo administrativo que no esté expresamente incluido en el plan.**

18. **Servicios de transportación de ambulancia, hospitalización por cualquier causa objeto de este seguro.**

19. **Cualquier servicio de fase de no-tratamiento como puede ser la provisión de un ambiente antiséptico, la esterilización de equipo o control de infecciones, así como cualquier material auxiliar que se use en el tratamiento o procedimiento cuando su costo deba estar incluido en el costo del tratamiento o procedimiento (honorario máximo del dentista), de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la práctica dental, como pueden ser, pero no limitados a algodones, mascarillas y las técnicas de relajación como música.**

20. **Tratamiento en dientes sin restaurar o reemplazo de restauraciones existentes para cualquier propósito diferente que el de restaurar lesiones por caries activas (con cavidad) o por desajuste demostrable de la restauración.**

21. **Tratamientos o procedimientos de ortodoncia (tratamientos para la corrección de dientes o mandíbulas mal posicionadas). No se cubren extracciones por indicación ortodóntica.**

22. **Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en la póliza de seguro.**

23. **Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico causada por negligencia del Asegurado a las indicaciones del dentista tratante.**

24. **Ningún tratamiento que no esté especificado dentro de los beneficios del plan.**

25. **En incisiones y drenajes de abscesos se excluye la "Angina de Ludwig".**

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

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

    I. **Delitos dolosos o intencionales en los cuales el Asegurado sea considerado como sujeto activo o partícipe del delito.**

    II. **Lesiones autoinfligidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**

4.6. Eventos cubiertos sujetos a condiciones específicas

Los gastos erogados por los eventos que se mencionan a continuación podrán ser cubiertos siempre y cuando cumplan las condiciones específicas que se describen para cada uno de ellos.

4.6.1. Padecimientos del recién nacido

4.6.1.1. Quedarán cubiertos los gastos médicos del recién nacido por reflujo gastroesofágico, padecimientos congénitos, genéticos, nacimiento prematuro y complicaciones de la salud del recién nacido, siempre y cuando al momento del parto o cesárea el Asegurado titular o la madre biológica asegurada tenga al menos 10 meses de cobertura continua e ininterrumpida en el presente contrato y el recién nacido sea dado de alta en la póliza durante los siguientes 30 días naturales a la fecha de nacimiento del mismo, de lo contrario, **quedarán excluidos los padecimientos congénitos y/o genéticos detectados desde el nacimiento hasta el momento de la solicitud, así como los gastos médicos por nacimiento prematuro y/o complicaciones de la salud del recién nacido.**

Las condiciones de la reclamación se establecerán con base en el producto contratado al momento del nacimiento.

4.6.1.2. Los padecimientos congénitos, genéticos, recién nacido prematuro y complicaciones en la salud del recién nacido de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza y para los nacidos sin que el Asegurado titular ni la madre biológica asegurada hayan tenido 10 meses de cobertura continua en el presente contrato al momento del parto o cesárea, estarán cubiertos sólo cuando dichos padecimientos no sean preexistentes.

Para la cobertura de los padecimientos congénitos, genéticos, nacimiento prematuro y complicaciones del recién nacido sólo se reconocerá la antigüedad generada en MetLife.

Adicional a las exclusiones generales, descritas en el apartado 6, no quedarán cubiertos los gastos por padecimientos congénitos o nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción o cuando la madre haya sido sometida a alguna técnica de reproducción asistida. Tampoco quedarán cubiertos los padecimientos o complicaciones que presente el recién nacido originados por otro padecimiento excluido o no cubierto de la madre asegurada.

4.6.2. Maternidad: parto y cesárea

Quedarán cubiertos los gastos médicos que erogue la Asegurada con motivo de la atención médica que reciba a consecuencia de parto normal o cesárea tanto en territorio nacional como en el extranjero, incluyendo óbito fetal, sin aplicar tabulador de honorarios quirúrgicos, ni deducible, ni coaseguro, siempre y cuando la madre asegurada tenga por lo menos diez meses de cobertura continua en un plan de gastos médicos mayores individual en MetLife y el deducible contratado en la póliza sea igual o menor a $90,000 (noventa mil pesos).

La Suma Asegurada será la siguiente, de acuerdo con el plan contratado que estará indicado en la carátula de la póliza:

Plan contratado	Suma Asegurada
Internacional con gasto en territorio extranjero	32 UMAM
Internacional con gasto en territorio nacional	22 UMAM
Ejecutivo	22 UMAM
Más	17 UMAM
Smart	17 UMAM
Básico	12 UMAM
Práctico	12 UMAM

Para este beneficio no opera la eliminación o reducción de periodos de espera.

Este beneficio no es reinstalable al cambio de plan.

4.6.3. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio

Quedarán cubiertos únicamente los siguientes gastos:

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

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

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

4.6.3.4. El puerperio patológico, fiebre puerperal, sepsis puerperal, infecciones puerperales;

4.6.3.5. Placenta previa (indispensable presentar ultrasonografía);

4.6.3.6. Placenta acreta;

4.6.3.7. Diabetes gestacional;

4.6.3.8. Purpura trombocitopénica;

4.6.3.9. Huevo muerto retenido;

4.6.3.10. Incompetencia del istmo cervical (Cerclaje)

Este beneficio aplicará siempre y cuando la asegurada cumpla con al menos diez meses de cobertura continua en un plan de gastos médicos mayores individual en MetLife.

Las condiciones de cobertura son las que se tengan contratadas al momento en que inicia la gestación.

Para este beneficio no opera la eliminación o reducción de periodos de espera.

4.6.4. Actividades deportivas

Se cubren los gastos derivados de las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de un accidente ocurrido durante la práctica amateur y ocasional (práctica no profesional) de cualquier deporte, incluyendo deportes peligrosos, exceptuando lo siguiente:

Adicional a las exclusiones generales, descritas en el apartado 6, no estarán cubiertos los gastos derivados de lesiones a consecuencia de la práctica de box, lucha libre o artes marciales.

4.6.5. Tratamientos dentales

Los gastos por tratamientos dentales, maxilofaciales, o prótesis dentales que resulten indispensables a consecuencia de un accidente procedente, serán cubiertos siempre que se hayan dañado piezas naturales y se presenten radiografías post-traumáticas.

Esta cobertura tiene un período máximo de beneficio de un año a partir de la fecha en la cual se erogó el gasto inicial derivado del evento cubierto.

En este beneficio no es reinstalable y no aplica el deducible reinstalable del plan Smart. El año de cobertura que otorga este beneficio será ininterrumpido en las vigencias que esta abarque.

4.6.6. Síndrome de Prader-Willi

Se cubren los tratamientos o intervenciones quirúrgicas de control de peso sólo si son indispensables a consecuencia del síndrome de Prader-Willi.

4.6.7. Cirugía reconstructiva

Los tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter reconstructivo (no estético), sólo si son indispensables a consecuencia de un evento cubierto.

Se excluyen intervenciones quirúrgicas de carácter reconstructivo estético.

4.6.8. Trasplantes

Se cubrirán los gastos médicos y hospitalarios en donde el Asegurado sea el receptor del órgano y para el donante final únicamente se cubrirán los relacionados con las pruebas de compatibilidad, los inherentes al acto quirúrgico para la extracción del órgano y sus gastos de recuperación intrahospitalaria inmediatos a dicho acto quirúrgico solo en caso de que dicha recuperación sea necesaria para el donante.

Las complicaciones derivadas de la donación del órgano no se cubrirán para el donante final.

En caso de que el donante sea el Asegurado no se cubrirán los gastos derivados de la donación del órgano ni sus complicaciones.

4.6.9. Adherencias pélvicas y endometriosis

Se cubrirán previa valoración y aceptación por parte del médico designado por MetLife.

4.6.10. Infección por VIH / SIDA

Los tratamientos médicos y/o quirúrgicos reconocidos por la Norma Oficial Mexicana vigente para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) publicada por la Secretaría de Salud que requiera el Asegurado afectado a causa de infección por el mismo virus, sea Seropositivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se cubrirán una vez transcurridos cuatro años de estar asegurado en forma continua en pólizas individuales de MetLife.

Queda excluido de la cobertura del seguro cualquier evento a causa de infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) sea Seropositivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) que haya ocurrido antes de los cuatro años referidos en el párrafo anterior.

Para este beneficio solo se reconocerá la antigüedad generada en MetLife.

Para la determinación de la enfermedad se requieren de pruebas confirmatorias como Elisa, Western Blot, PCR o determinación de carga viral CD3 Y CD4, de acuerdo con el estadio o etapa de la enfermedad en el que se encuentre el paciente.

4.6.11. Daño psiquiátrico y psicológico

Se cubren los honorarios médicos por consultas y medicamentos hasta el tope máximo que se describe más adelante, a consecuencia del daño psiquiátrico o psicológico de acuerdo con lo establecido a continuación:

Si a juicio de su médico tratante y derivado del diagnóstico por parte de un médico psiquiatra o psicólogo, requiera tratamiento psiquiátrico o psicológico a consecuencia de alguno de los siguientes eventos siempre y cuando ocurran dentro del período de cobertura del Asegurado.

4.6.11.1. Pérdida orgánica derivada de un accidente.

4.6.11.2. Haber sido diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades, siempre y cuando hayan sido cubiertas por la póliza:

- Cáncer
- Accidente vascular cerebral
- Infarto del miocardio
- Insuficiencia renal

• Intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias
• Infección por VIH

4.6.11.3. En caso de que el Asegurado sufriera cualquiera de los siguientes acontecimientos:

• Robo con violencia,
• Secuestro
• Violación

Para la reclamación se deberá presentar copia certificada de la averiguación previa efectuada por el ministerio público o el diagnóstico del médico tratante comprobando que sufrió alguno de los eventos antes mencionados.

Los gastos cubiertos son:

4.6.11.4. Honorarios del médico psiquiatra y psicólogo, con un máximo de 0.25 UMAM por consulta y por un máximo de 20 consultas o un año a partir de la fecha de la primera consulta.

4.6.11.5. Todos los medicamentos que sean necesarios para su tratamiento durante un año a partir de la fecha de la primera consulta psiquiátrica o psicológica, hasta un máximo total de 25 UMAM.

Este beneficio sólo se brindará en la República Mexicana.

Este beneficio no es reinstalable y no aplica deducible reinstalable del plan Smart. El año de cobertura será ininterrumpido en las vigencias que este abarque.

Adicional a las exclusiones generales, descritas en el apartado 6, quedan excluidos:

4.6.11.6. La ansiedad o depresión, a menos que se derive de un padecimiento descrito en los puntos 4.6.11.1. al 4.6.11.3.

4.6.11.7. Los acontecimientos descritos en la cláusula 4.6.11.3 ocurridos con anterioridad al inicio de la vigencia de la presente póliza.

4.6.11.8. No aplica el periodo de beneficio.

4.6.12. Eventos preexistentes

Con este beneficio, se cubren los gastos derivados de eventos preexistentes a la contratación de la póliza, bajo lo siguiente casos:

4.6.12.1. Los eventos preexistentes declarados por el Asegurado en su solicitud no serán cubiertos durante los primeros dos años de vigencia, sin embargo, dichos eventos podrán ser cubiertos si el Asegurado solicita por escrito a MetLife su cobertura, una vez transcurrido este periodo.

Con la solicitud de cobertura deberá adjuntar un dictamen médico de estado de salud, respecto del evento preexistente declarado a la contratación del seguro, emitido por un médico especialista para el tratamiento de dicho padecimiento, el cual estará sujeto a valoración por parte de MetLife para determinar la procedencia de la solicitud. MetLife podrá solicitar información médica adicional si así lo requiere. Como resultado de su solicitud, MetLife notificará al Contratante si los eventos preexistentes declarados estarán cubiertos o no, y en caso de que sí estén cubiertos será bajo las condiciones de Suma Asegurada, deducible y coaseguro de la cobertura básica vigente.

4.6.12.2. Los eventos preexistentes que no hayan sido declarados por el Asegurado en su solicitud no serán cubiertos durante los primeros cinco años de vigencia continua, sin embargo, podrán ser cubiertos si el Asegurado solicita por escrito a MetLife su cobertura una vez que haya transcurrido este periodo.

Con la solicitud de cobertura deberá adjuntar un dictamen médico de estado de salud, respecto del evento preexistente declarado a la contratación del seguro, emitido por un médico especialista para el tratamiento de dicho padecimiento, el cual estará sujeto a valoración por parte de MetLife para determinar la procedencia de la solicitud. MetLife podrá solicitar información médica adicional si así lo requiere.

En caso de no resultar procedente su solicitud, MetLife notificará al Contratante los eventos preexistentes no declarados que no estarán cubiertos.

En caso de resultar procedente la solicitud, MetLife notificará al Contratante los eventos preexistentes no declarados que estarán cubiertos bajo las condiciones de deducible y coaseguro de la cobertura básica vigente y la Suma Asegurada que aplicará será la indicada en la siguiente tabla:

Antigüedad con la póliza	Suma Asegurada máxima
5-9 años	100 UMAM
10 años en adelante	200 UMAM

Para este beneficio solo se reconocerá la antigüedad generada en MetLife.

Los gastos definidos como complementos anteriores quedan excluidos de esta cobertura.

Adicional a las exclusiones generales, descritas en el apartado 6, se excluyen:

4.6.12.3. Cualquier evento preexistente declarado o no declarado que haya efectuado gastos o haya sido diagnosticado durante los periodos de espera indicados en las cláusulas 4.6.12.1. y 4.6.12.2. cuyo vencimiento es necesario para tener derecho a los beneficios mencionados en esas mismas cláusulas.

4.6.12.4. Eventos preexistentes que MetLife no haya aceptado cubrir, aun cuando hayan transcurrido los plazos indicados en las cláusulas 4.6.12.1. y 4.6.12.2.

4.6.13. Emergencia en gastos médicos no cubiertos

Se cubren en el territorio nacional los gastos médicos originados a partir de cualquier emergencia médica por las complicaciones posteriores al alta hospitalaria del paciente Asegurado de las siguientes exclusiones declaradas en el apartado 6 de exclusiones:

4.6.13.1. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, incluidos tratamientos para corregir el acné.

4.6.13.2. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir calvicie, anorexia y bulimia, o tratamientos dietéticos para reducción de peso o para obesidad.

4.6.13.3. Tratamientos médicos o quirúrgicos por técnicas de reproducción asistida, control de la natalidad o disfunción eréctil psicógena.

4.6.13.4. Tratamientos con fines preventivos.

4.6.13.5. Tratamientos de acupuntura.

4.6.13.6. Tratamientos de origen dental, alveolar, gingival o maxilofacial.

4.6.13.7. Trasplantes en caso de que el donante sea el Asegurado.

Al estar estabilizada y controlada la condición patológica o traumática del Asegurado afectado, cesará la emergencia médica y, por lo tanto, cesará la cobertura.

La Suma Asegurada para este beneficio será de 250 UMAM.

No quedarán cubiertos los gastos médicos por las causas antes descritas si es preexistente al momento de la contratación de la póliza.

4.6.14. Cirugía bariátrica

Quedarán cubiertos los gastos médicos que realicen los Asegurados con motivo de la atención médica que reciba a consecuencia del tratamiento quirúrgico por obesidad mórbida, obesidad grave u obesidad clase III, aplicando el deducible y coaseguro descritos en la carátula de la póliza con un periodo de espera de 12 meses en un plan de gastos médicos mayores individual en MetLife.

La Suma Asegurada será la siguiente de acuerdo con el plan contratado diez meses antes de la fecha de la cirugía:

Plan contratado	Suma Asegurada máxima
Internacional con (gasto en territorio extranjero)	45 UMAM
Internacional con (gasto en territorio nacional)	40 UMAM
Ejecutivo	40 UMAM
Más	35 UMAM
Smart	35 UMAM
Básico	30 UMAM
Práctico	25 UMAM

Para este beneficio solo se reconocerá la antigüedad generada en MetLife.

Este beneficio no es reinstalable al cambio de plan.

4.6.15. Tratamiento sujeto a segunda valoración médica

MetLife podrá solicitar una segunda valoración médica, con el fin de determinar la procedencia de las reclamaciones de cualquier tratamiento.

A continuación, se enlistan algunos de los tratamientos que pueden ser sujetos a segunda valoración médica:

4.6.15.1. Traumatología y ortopedia, tales como:

- Cirugía de rodilla

- Cirugía de columna
- Hernias de disco intervertebral
- Clínica de dolor
- Sesiones de fisioterapia
- Artroscopia diagnóstica

4.6.15.2. Otorrinolaringología, tales como:

- Cirugía de nariz y cornetes
- Amígdalas y/o adenoides

4.6.15.3. Oftalmología, tales como:

- Cirugía de cataratas y retinopatía

4.6.15.4. Cirugía general, tales como:

- Hernias abdominales o inguinales
- Eventraciones

4.7. Periodo de beneficio

MetLife pagará los gastos complementarios por cada evento cubierto, incurridos durante la vigencia de la póliza, de conformidad con las condiciones del plan vigente a la fecha de ocurrencia del evento, teniendo como límite lo que ocurra primero entre:

a) El agotamiento de la Suma Asegurada.

b) El monto de los gastos incurridos durante la vigencia de la póliza y hasta por 5 días naturales posteriores al término de esta.

c) Si el Asegurado renueva su póliza para el período inmediato siguiente, el período de beneficio se entenderá prorrogado por otros 365 días. Dicha prórroga también será aplicable en caso de cambio de plan solicitado por el Contratante y aceptado por MetLife. Lo anterior siempre y cuando el nuevo plan cubra la enfermedad y/o accidente dentro de la cobertura básica.

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

e) En caso de cancelación del contrato, los gastos incurridos hasta 30 días naturales posteriores a la fecha de cancelación del contrato.

Los eventos que se hayan presentado en vigencia o vigencias anteriores quedarán cubiertos bajo los límites, condiciones generales y endosos que correspondan a la póliza anterior, exceptuando el cambio de un plan hospitalario (Ejecutivo, Más, Básico y Práctico) hacia el plan Smart, en cuyo caso la continuidad de las reclamaciones de los siniestros abiertos se operarán bajo los términos y condiciones del Plan Smart.

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

Para los siguientes padecimientos y tratamientos médicos o quirúrgicos, aplicará el periodo de espera indicado, por lo que el Asegurado deberá cumplir con el periodo de cobertura continua en el presente seguro, considerando la antigüedad reconocida que proceda, para que los gastos médicos del evento sean cubiertos por el presente contrato, con excepción de los ocasionados a consecuencia de un accidente. Si antes de cumplirse el plazo requerido, ocurre el padecimiento o el tratamiento médico o quirúrgico, no quedarán cubiertos los gastos médicos del evento.

5.1. Eventos cubiertos con 10 meses de periodo de espera

5.1.1. Padecimientos del recién nacido en los términos de la cláusula 4.6.1.

5.1.2. Parto o cesárea de la madre biológica asegurada en los términos de la cláusula 4.6.2 Maternidad: parto y cesárea.

5.1.3. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio de la asegurada en los términos de la cláusula 4.6.3 Complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

5.2. Padecimientos cubiertos con 12 meses de periodo de espera

5.2.1. Enfermedades ácido-pépticas incluida la enfermedad por reflujo gastroesofágico.
5.2.2. Cirugía bariátrica en los términos de la cláusula 4.6.14 Cirugía bariátrica.
5.2.3. Cáncer.

5.3. Padecimientos cubiertos con 24 meses de periodo de espera

5.3.1. Hernias y eventraciones.
5.3.2. Diástasis.
5.3.3. Padecimientos de las glándulas mamarias.
5.3.4. Padecimientos del útero y ovarios.
5.3.5. Padecimientos relacionados con las amígdalas.
5.3.6. Padecimientos ano-rectales.
5.3.7. Padecimientos prostáticos.
5.3.8. Padecimientos ginecológicos.
5.3.9. Varices.
5.3.10. Insuficiencia del piso perineal.
5.3.11. Padecimientos de la vesícula y vías biliares.
5.3.12. Cataratas.
5.3.13. Litiasis renal y en vías urinarias.
5.3.14. Operaciones y tratamientos de nariz y senos paranasales.
5.3.15. Circuncisiones.
5.3.16. Padecimientos de la columna vertebral, protrusión y hernias discales.
5.3.17. Procedimientos médicos o quirúrgicos de cualquier estructura anatómica de la rodilla.

5.4. Padecimientos cubiertos con 48 meses de periodo de espera

5.4.1. Infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en los términos de la cláusula 4.6.10 Infección por VIH/SIDA.

5.5. Padecimientos cubiertos con 60 meses de periodo de espera

5.5.1. Eventos preexistentes que no hayan sido declarados en la solicitud de seguro del Asegurado en los términos de la cláusula 4.6.12 Eventos preexistentes.

6. Apartado seis - Exclusiones

Esta póliza no cubre gastos que se originen por la atención médica que el Asegurado reciba por padecimientos, estudios, tratamientos médicos o quirúrgicos ni de sus complicaciones y secuelas, por los conceptos señalados a continuación:

6.1. Padecimientos o tratamientos no cubiertos

6.1.1. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales, salvo lo que se cubra en las coberturas de MetDental y MetDental Plus.

6.1.2. Abortos ni afecciones propias del embarazo, parto o cesárea. Tampoco se cubren las complicaciones que no están indicadas en la cláusula 4.6.3. Si el embarazo es a consecuencia de un tratamiento de infertilidad y/o esterilidad, no se cubren padecimientos ni gastos relacionados del recién nacido ni tampoco los que presente la madre por cualquier complicación.

6.1.3. Tratamientos médicos o quirúrgicos para el cambio de sexo.

6.1.4. Tratamientos médicos o quirúrgicos por esterilidad, infertilidad, control de la natalidad, impotencia sexual y sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes, salvo que se trate de emergencia médica.

6.1.5. Enfermedad o trastorno mental, así como los tratamientos psiquiátricos, psicológicos o psíquicos; trastornos de enajenación mental, demencia, estados de depresión psíquica o nerviosa; la histeria nerviosa, así como sus complicaciones; tampoco la neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas ni los tratamientos para corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje o alteraciones del sueño como apnea del sueño y roncopatías, aun las que resulten de enfermedades o accidentes cubiertos, salvo lo estipulado en el apartado 4.6.11 Daño psiquiátrico y psicológico.

6.1.6. Todo tipo de padecimientos, intervenciones, complicaciones o tratamientos, incluyendo los tratamientos de rehabilitación, que resulten a consecuencia de la ingesta de alcohol, drogas o fármacos, salvo que el asegurado presente una evaluación psiquiátrica emitida por un psiquiatra certificado que descarte el diagnóstico de farmacodependencia, alcoholismo o drogadicción. No se cubre deshidratación ni desequilibrio hidroelectrolítico a consecuencia de alcoholismo o ingesta de alcohol.

6.1.7. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético, plástico ni de concordancia de sexo genérica y sus complicaciones; tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir la calvicie, anorexia, bulimia, acné u obesidad ni los tratamientos dietéticos o para la reducción o el aumento de peso, salvo lo estipulado por emergencias de gastos médicos no cubiertos, cirugía bariátrica, síndrome de Prader-Willi y obesidad mórbida.

6.1.8. Tratamiento médico o quirúrgico por nacimiento prematuro, malformaciones y padecimientos congénitos de los asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza, cuyo titular o madre biológica cuente con menos de diez meses de cobertura continua en esta póliza al momento del nacimiento (excepto lo específicamente mencionado en la cobertura de padecimientos congénitos para nacidos fuera de la vigencia de la póliza); ni los derivados de alcoholismo, drogadicción y tratamientos de infertilidad y/o esterilidad.

6.1.9. Queda excluido de la cobertura del seguro todo evento a causa de infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), sea Seropositivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que haya ocurrido antes de que el asegurado cumpla cuatro años de antigüedad generada en MetLife.

6.1.10. Tratamientos médicos o quirúrgicos y auxiliares de diagnóstico de naturaleza experimental y/o de investigación.

6.1.11. Tratamientos con fines preventivos, salvo lo estipulado en el apartado de emergencias de gastos médicos no cubiertos.

6.2. Lesiones no cubiertas

6.2.1. Lesiones originadas por participar en actividades militares, o en actos de guerra, rebelión o insurrección; o de manera voluntaria en huelgas o alborotos populares considerándose dentro de estos últimos las marchas, mítines, manifestaciones y procedimientos de huelgas o paro en solidaridad.

6.2.2. Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en que participe el Asegurado como sujeto activo del delito, ni aquellas derivadas de riñas que el Asegurado provocador de acuerdo con lo estipulado en las actuaciones del ministerio público.

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

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

6.2.5. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte además de lo indicado en el apartado 4.6.4. Actividades deportivas.

6.2.6. 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.

6.2.7. Lesiones por accidentes que sufra el Asegurado ocasionados por culpa grave de él y encontrarse bajo los influjos de drogas, alucinógenos, narcóticos o a consecuencia de la ingesta de bebidas alcohólicas, de modo que dicho estado influyera de forma directa en la realización del accidente, excepto en el caso de ingesta de bebidas alcohólicas en donde el Asegurado demuestre con la prueba de alcohol expirado que su resultado era menor a 40 mg/lt o con la prueba de alcohol en sangre una cantidad menor a 0.8 g/lt.

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

6.2.9. 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 transportar pasajeros.

6.3. Honorarios médicos no cubiertos

6.3.1. Honorarios de acupunturistas o naturistas, así como los medicamentos o tratamientos prescritos por ellos.

6.3.2. Honorarios de personas que no se encuentren legalmente autorizadas mediante cédula profesional vigente para ejercer la medicina.

6.3.3. Honorarios médicos cuando el médico tratante sea el Asegurado o tenga parentesco en línea directa, colateral o por afinidad con él (como padres, hijos, cónyuge, hermanos, suegros, abuelos, cuñados, primos, tíos, entre otros).

6.3.4. Honorarios del personal que no demuestre intervención en los tratamientos médicos o quirúrgicos reclamados en el expediente clínico, informe médico, notas de la atención o similar.

6.4. Gastos hospitalarios no cubiertos

6.4.1. Cualquier gasto no relacionado directamente con el tratamiento del evento.

6.4.2. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su internamiento en un hospital, clínica o sanatorio, salvo la cama extra.

6.4.3. Gastos personales del Asegurado o los acompañantes.

6.4.4. Los generados en establecimientos de caridad, beneficencias, asistencia social o cualquier otro semejante en donde no se exija remuneración, ni a establecimientos que no expidan facturas con todos los requisitos fiscales.

6.5. Otros servicios médicos no cubiertos

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

6.5.2. Aparatos y prótesis auditivas, implantes cocleares.

6.5.3. Anteojos y lentes de contacto, salvo que se contrate la cobertura de visión.

6.5.4. Reposición de aparatos ortopédicos o prótesis existentes a la fecha de la contratación de la póliza.

6.6. Otras exclusiones

6.6.1. Curas de reposo.

6.6.2. Exámenes médicos generales para la comprobación o revisión periódica del estado de salud conocidos comúnmente con el nombre de check-up.

6.6.3. Gastos efectuados fuera de la república mexicana, salvo los erogados bajo las coberturas que otorgan protección en el extranjero.

6.6.4. Gastos de donantes para el trasplante de órganos fuera de lo estipulado en el apartado 4.6.8 Trasplantes.

6.6.5. Cualquier padecimiento cuyos signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier periodo de espera, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.

6.6.6. Medicamentos que no estén autorizados por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) o por la autoridad sanitaria correspondiente.

6.6.7. Complementos ni suplementos vitamínicos independientemente del padecimiento que se trate.

6.6.8. Zapatos ortopédicos y plantillas, aunque sean médicamente necesarios.

6.6.9. Gastos derivados por tratamientos de miopía, presbicia, hipermetropía y astigmatismo.

6.6.10. Tratamientos médicos o quirúrgicos basados o relacionados con el uso de las conocidas "célula madre".

La presente exclusión no es aplicable y consecuentemente quedan amparados los tratamientos médicos y/o quirúrgicos de:

1.- Leucemias agudas mieloides y linfoides
2.- Leucemias crónicas mieloides
3.- Mielodisplasias
4.- Linfomas
5.-Tumores sólidos de riñón, mama, ovario y neuroblastoma

6.6.11. Reclamaciones que administre o pague un tercero no autorizado por MetLife para hacerlo.

6.6.12. No se cubren gastos médicos de proveedores no vigentes, de acuerdo con la cláusula 9.13 Exclusión proveedores no vigentes.

6.6.13. No se cubre la responsabilidad civil, penal o de cualquier otro carácter jurídico que pudiera reclamarse derivada del servicio recibido conforme al apartado 9.15.8. Responsabilidad médica.

7. Apartado siete – Gastos a cargo del Asegurado

7.1. Planes hospitalarios

La clasificación de planes hospitalarios es:

- MédicaLife Práctico
- MédicaLife Básico
- MédicaLife Smart
- MédicaLife Mas
- MédicaLife Ejecutivo
- MédicaLife Internacional

El Contratante podrá elegir libremente al momento de adquirir el seguro el plan hospitalario con el que se emitirá su póliza. La contratación de un plan no limita ni excluye el derecho y la voluntad del Asegurado para que éste decida libremente ser atendido en el hospital, clínica o sanatorio de su elección y por el médico de su elección, independientemente de que sean o no prestadores de servicios médicos independientes.

El Asegurado podrá consultar los prestadores de servicios médicos independientes de cada plan en la página www.metlife.com.mx.

El plan hospitalario aplicable será el que se encuentre vigente al momento de la reclamación del gasto médico, ya sea inicial o subsecuente, de un siniestro abierto en la póliza.

7.2. Red preferente

Cuando el Asegurado decida atenderse en los hospitales enlistados en la siguiente liga https://www.metlife.com.mx/familiar-red-preferente/ se aplicarán las condiciones al momento de realizarse el dictamen del trámite favorables para el deducible de la póliza y el coaseguro hospitalario, conforme a lo indicado en la documentación contractual entregada en la emisión de la póliza. En términos del coaseguro descrito en la cláusula 7.4.2 se seguirá aplicando el incremento del coaseguro por gastos hospitalarios cuando el asegurado decida acudir a un hospital clasificado como superior al contratado. En cualquier caso, el coaseguro a aplicar tendrá un límite inferior de 0%.

Este beneficio aplica únicamente para Pago Directo y Cirugía Programada. **No aplica para pago vía reembolso y no aplica para el Plan Práctico.**

Con el propósito de que los asegurados mantengan permanentemente un servicio de excelencia, esta lista será continuamente revisada y actualizada en función de la información y servicio que se genere respecto a los distintos proveedores.

7.3. Deducible

El deducible establecido en la carátula de la póliza aplicará por cada evento cubierto por la póliza, salvo para el plan Smart, para el cual aplica el concepto de deducible reinstalable.

Para que la primera reclamación pueda ser procedente, será necesario que el total de los gastos médicos cubiertos del evento rebasen el deducible contratado, en las reclamaciones subsecuentes derivadas del mismo evento no se aplicará ningún deducible adicional, salvo en el plan Smart, para el cual se debe cubrir el deducible en cada vigencia de la póliza.

El deducible que se aplicará a la reclamación procedente será el establecido en la carátula de la póliza vigente a la fecha de ocurrencia del evento, salvo en el plan Smart, para el cual se aplicará el deducible vigente conforme a la fecha de reclamo.

7.3.1. Deducible para pólizas del plan MédicaLife Práctico

Por la contratación del plan hospitalario MédicaLife Práctico, MetLife reducirá en un 50% el monto del deducible contratado, siempre y cuando la atención médica se realice en los hospitales clasificados dentro del plan MédicaLife Práctico y se utilicen los mecanismos de pago directo o cirugía programada. En caso contrario, aplicará el deducible establecido en la carátula de la póliza.

7.4. Coaseguro

El coaseguro establecido en la carátula de la póliza aplicará en todos los gastos médicos cubiertos de cada evento.

El coaseguro que se deberá pagar en cada reclamación será el establecido en la carátula de la póliza vigente en la fecha de ocurrencia del evento que lo originó, considerando las siguientes reglas:

7.4.1. Honorarios médicos

Se eliminará el coaseguro sobre los honorarios médicos si el Asegurado acude con médicos pertenecientes a los prestadores de servicios médicos independientes del mismo plan contratado o inferior y utiliza el mecanismo de pago directo y cirugía programada. En caso contrario, el porcentaje de coaseguro a aplicar sobre los honorarios médicos será el contratado y establecido en la carátula de la póliza.

7.4.2. Region de atención

Si el Asegurado decide atenderse en una región diferente a la contratada aplicará las siguientes penalizaciones:

Región contratada	Región geográfica de atención					
	Región 1	Región 2	Región 3	Región 4	Región 5	Región 6
Regíon 1	**Coaseguro contratado**	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado
Regíon 2	+ 20 puntos porcentuales	**Coaseguro contratado**	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado
Regíon 3	+ 20 puntos porcentuales	+ 20 puntos porcentuales	**Coaseguro contratado**	+ 20 puntos porcentuales	+ 20 puntos porcentuales	El contratado
Regíon 4	+ 20 puntos porcentuales	+ 20 puntos porcentuales	El contratado	**Coaseguro contratado**	El contratado	El contratado
Regíon 5	+ 20 puntos porcentuales	+ 20 puntos porcentuales	El contratado	+ 20 puntos porcentuales	**Coaseguro contratado**	El contratado
Regíon 6	+ 20 puntos porcentuales	+ 20 puntos porcentuales	+ 20 puntos porcentuales	+ 20 puntos porcentuales	+ 20 puntos porcentuales	**Coaseguro contratado**

Region 1	CDMX incluyendo zona Metropolitana (Municipios: Atizapán de Zaragoza, Chimalhuacán, Coacalco de Berriozábal, Cuautitlán, Cuautitlán Izcalli, Ecatepec, Huixquilucan, La Paz, Naucalpan de Juárez, Nezahualcóyotl, Nicolás Romero, Tecámac, Texcoco, Tlalnepantla de Baz, Tultitlán).
Region 2	Nuevo León, Estado de México (Excepto Zona Metropolitana).
Region 3	Hidalgo, Querétaro, Guerrero y Morelos.
Region 4	Municipios de Jalisco: Guadalajara, Puerto Vallarta, Tlajomulco, Tlaquepaque, Tonalá, Zapopan); y Municipio de Chihuahua: Ciudad Juárez.

Region 5	Aguascalientes, Baja California Sur, Chihuahua excepto Ciudad Juárez, Coahuila, Colima, Durango, Guanajuato, Jalisco (excepto Guadalajara, Puerto Vallarta, Tlajomulco, Tlaquepaque, Tonalá, Zapopan), Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Tamaulipas, Tlaxcala, Veracruz, Zacatecas.
Region 6	Baja California Norte, Campeche, Chiapas, Quintana Roo, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Yucatán.

7.4.3. Hospital (gastos hospitalarios)

Si el Asegurado decide acudir a un hospital clasificado en un plan hospitalario igual o inferior al contratado, aplicará el coaseguro que se tenga en la caratula de la póliza, de lo contrario, el Asegurado participará con puntos porcentuales adicionales al coaseguro contratado por cada nivel que ascienda sobre el que le corresponde bajo el plan contratado.

La siguiente tabla muestra el coaseguro a aplicar y, en su caso, el número de puntos porcentuales que se añadirán al coaseguro establecido en la carátula de la póliza de acuerdo con la combinación del plan hospitalario contratado y hospital en el que se realiza la atención médica.

Coaseguro por gastos de hospitalización		**Plan al que pertenece el hospital en el que se realizó la atención**				
		Práctico	**Básico**	**Más**	**Ejecutivo**	**Internacional**
Plan contratado	**Práctico**	**Coaseguro contratado**	+ 8 puntos porcentuales	+ 10 puntos porcentuales	+ 20 puntos porcentuales	Sin cobertura internacional
	Básico	-5 puntos porcentuales	**Coaseguro contratado**	+ 10 puntos porcentuales	+ 20 puntos porcentuales	Sin cobertura internacional
	Más	-5 puntos porcentuales	-5 puntos porcentuales	**Coaseguro contratado**	+ 10 puntos porcentuales	Sin cobertura internacional
	Ejecutivo	-5 puntos porcentuales	-5 puntos porcentuales	-5 puntos porcentuales	**Coaseguro contratado**	Sin cobertura internacional
	Internacional	-5 puntos porcentuales	-5 puntos porcentuales	-5 puntos porcentuales	**Coaseguro contratado**	**Coaseguro contratado**
	Smart	**Coaseguro contratado**	**Coaseguro contratado**	**Coaseguro contratado**	+ 30 puntos porcentuales	Sin cobertura internacional

Si el Asegurado decide acudir a un hospital fuera de la red médica y hospitalaria, el coaseguro indicado en la carátula de la póliza incrementará en veinte puntos porcentuales.

La red médica y hospitalaria puede presentar cambios durante la vigencia por lo que podrá consultarla en cualquier momento en la página de internet http:\\www.metlife.com.mx.

7.4.3.1. Coaseguro para pólizas del plan MédicaLife Práctico

Por la contratación del plan MédicaLife Práctico, MetLife eliminará el coaseguro indicado en la carátula de la póliza cuando la atención médica se realice en los hospitales clasificados dentro del plan MédicaLife Práctico y se utilicen los mecanismos de pago directo o cirugía programada.

7.4.4. Otros gastos

Aplicará el coaseguro estipulado en la carátula de la póliza correspondiente a los gastos mencionados en el apartado de gastos médicos cubiertos correspondientes a medicamentos, auxiliares de diagnóstico y otros servicios médicos.

7.4.5. Medicamentos fuera del hospital por pago directo

Para los medicamentos fuera del hospital y que sean cubiertos mediante el mecanismo de programación pago directo no aplicará el coaseguro.

7.4.6. Tope de coaseguro

Es el monto máximo que el Asegurado pagará por concepto de coaseguro y variará dependiendo del plan al que pertenece el hospital en el que se realizó la atención médica, como se muestra en el siguiente cuadro:

Coaseguro contratado	Nivel contratado	Un nivel superior al contratado	Dos niveles superiores al contratado	Plan internacional
0%	N/A	$162,000	sin tope	sin tope
5%	$88,000	$162,000	sin tope	sin tope
10%	$88,000	$162,000	sin tope	sin tope
12%	$95,000	$176,000	sin tope	sin tope
14%	$100,000	$184,000	sin tope	sin tope
15%	$103,000	$188,000	sin tope	sin tope
16%	$105,000	$190,000	sin tope	sin tope
20%	$109,000	$200,000	sin tope	sin tope
25%	$122,000	$222,000	sin tope	sin tope
30%	$142,000	$260,000	sin tope	sin tope

En el caso de que el plan contratado sea Plan Smart, aplicará las siguientes características:

Plan Smart

Coaseguro contratado	Atención en niveles hospitalarios Más Básico Práctico	Atención en nivel hospitalario Ejecutivo
10%	$88,000	sin tope
15%	$103,000	sin tope
20%	$109,000	sin tope
30%	$142,000	sin tope

MetLife podrá actualizar los topes de coaseguro de manera anual, en función a los criterios establecidos en la nota técnica previamente registrada ante la comisión nacional de seguros y fianzas, los topes de coaseguro aplicables se entregarán al Contratante dentro de la documentación de la póliza.

Para los casos en los que el evento presente reclamaciones en diferentes niveles hospitalarios, el tope de coaseguro que se asignará al evento será el que resulte mayor.

Si la atención del evento llega a su tope de coaseguro y por algún motivo el Asegurado presenta una reclamación adicional al evento en un nivel hospitalario superior al contratado, se ajustará el tope de coaseguro por atención en nivel superior.

En caso de que la atención se de en una región diferente a la contratada el tope de coaseguro aplicara de la siguiente manera:

Región contratada	Región geográfica de atención					
	Región 1	Región 2	Región 3	Región 4	Región 5	Región 6
Regíon 1	**Coaseguro contratado**	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado
Regíon 2	Sin tope	**Coaseguro contratado**	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado
Regíon 3	Sin tope	Sin tope	**Coaseguro contratado**	Sin tope	Sin tope	El contratado
Regíon 4	Sin tope	Sin tope	El contratado	**Coaseguro contratado**	El contratado	El contratado
Regíon 5	Sin tope	Sin tope	El contratado	Sin tope	**Coaseguro contratado**	El contratado
Regíon 6	Sin tope	Sin tope	Sin tope	Sin tope	Sin tope	**Coaseguro contratado**

Notas:

1) **En caso de que se haya incrementado el tope de coaseguro por algún evento, éste no podrá disminuirse posteriormente, aunque el paciente regresa a hospitales de nivel inferior.**

2) **El tope de coaseguro para el Plan Internacional solo aplica en caso de atención en el extranjero, de no ser así aplica el tope de coaseguro del plan contratado.**

3) **En caso de que se realice un cambio de plan de la póliza familiar, el coaseguro pagado en el plan anterior será considerado para el cálculo del tope de coaseguro aplicable, conforme al historial del siniestro y de acuerdo con las reglas correspondientes al nivel hospitalario en el que se otorgue la atención del evento.**

8. Apartado ocho – Pago de reclamaciones

Cuando el Asegurado presente una reclamación amparada por la póliza, el pago de las reclamaciones se ajustará a los límites estipulados en la carátula, cláusulas y endosos de la póliza.

8.1. Pago de reclamaciones - generalidades

En toda reclamación deberá comprobarse la realización del accidente, enfermedad, embarazo, parto o cesárea. El reclamante deberá presentar a MetLife los formatos de reclamación correspondientes, debidamente llenados, así como las facturas que reúnan los requisitos fiscales de los gastos médicos efectuados.

MetLife tendrá el derecho de exigir del Contratante y/o del Asegurado o beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el evento por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias de este.

Los resultados de los estudios de laboratorio o gabinete realizados deberán tener datos confiables de identificación y los formatos de interpretación o notas médicas deberán incluir la firma del médico que los hubiera realizado.

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, se pueda corroborar esto en el expediente clínico con la nota y firma respectiva y que no sean familiares directos del Asegurado (tales como padres, hijos, cónyuge, hermanos, suegros, abuelos, cuñados o primos en primer grado).

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

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

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.

Todas las reclamaciones y/o indemnizaciones cubiertas por MetLife serán liquidadas al Contratante o al Asegurado titular o a quien éste haya designado con la presentación de carta poder. En caso de fallecimiento o estado de inconciencia del Asegurado titular para ejercer su derecho de cobro, el pago se realizará al cónyuge o concubina(rio) o en su defecto, a los hijos mayores de edad en partes iguales o en su defecto, a quién acredite haber hecho el gasto o ser responsable del mismo presentando la factura y/o recibo correspondiente.

8.2. Arbitraje médico

En caso de que MetLife notifique al reclamante la improcedencia de su reclamación por considerar que se trata de un evento preexistente, éste podrá acudir ante un arbitraje médico independiente previo acuerdo entre ambas partes, garantizando en dicho acuerdo la objetividad e imparcialidad de dichos árbitros y el procedimiento para su designación.

Si el reclamante acude a esta instancia, MetLife acepta someterse 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 árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que 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.

8.3. Mecanismos para el pago de reclamaciones

8.3.1. Cirugía programada

El mecanismo de cirugía programada permite al Asegurado programar una intervención quirúrgica y/o tratamiento de hospitalización o cirugía ambulatoria, en cualquier hospital de los prestadores de servicios médicos independientes.

MetLife pagará directamente al hospital y/o médico que realizará la intervención, quedando únicamente a cargo del Asegurado el deducible y coaseguro que apliquen, así como los gastos hospitalarios no cubiertos y los gastos personales de acuerdo con el siguiente procedimiento:

Procedimiento

8.3.1.1. Solicitar al médico tratante que llene y firme completamente el informe médico con diagnóstico definitivo.

8.3.1.2. Solicitar al médico tratante el presupuesto de sus honorarios en caso de que el médico no pertenezca a los prestadores de servicios médicos independientes, con el fin de determinar el monto de los honorarios médicos a cubrir.

8.3.1.3. Si el médico tratante no pertenece a los prestadores de servicios médicos independientes y no se ajusta al tabulador, los honorarios médicos se cubrirán mediante el mecanismo de reembolso.

8.3.1.4. Llenar el formato de “Solicitud de Reclamación de Gastos Médicos Mayores”. Los formatos se encuentran a disposición del Asegurado en los centros de servicio de MetLife, oficinas del resto del país y en la página de internet de MetLife.

8.3.1.5. El Asegurado deberá notificar a MetLife el hospital en que será atendido.

8.3.1.6. Presentar directamente en cualquiera de los centros de atención de MetLife, 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 diagnóstico, así como la interpretación de estos.

Una vez que sea valorado el caso por MetLife, se informará al Asegurado por escrito si la programación de cirugía es procedente o no. Si es procedente, MetLife otorgará la autorización correspondiente en donde se especificará la Suma Asegurada, si fuera el caso, la aplicación del deducible y coaseguro, así como los honorarios médicos que se cubrirán por el evento quirúrgico. Al ingresar al hospital, deberá entregar la autorización al personal de admisión, y mostrar una identificación oficial vigente con fotografía.

En todas las hospitalizaciones por cirugías de corta estancia, es decir, que vayan a realizarse por un lapso menor a veinticuatro horas, el pago de la reclamación deberá tramitarse bajo el mecanismo de cirugía programada. En caso de que el Asegurado no haya seguido el procedimiento para cirugía programada, el pago de su reclamación lo podrá solicitar por el mecanismo de reembolso.

8.3.2. Pago directo por cirugía programada

Los gastos médicos derivados de los tratamientos o procedimientos quirúrgicos señalados en el listado que se indica más adelante serán cubiertos bajo la modalidad de pago directo, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

1. Ingreso del trámite mediante el proceso de cirugía programada, conforme a los lineamientos establecidos.

2. Segunda valoración médica, cuando así lo requieran las condiciones de la póliza o endosos particulares, realizada por un médico autorizado con cédula profesional vigente.

3. Dictamen médico y administrativo favorable, que determine la procedencia del siniestro.

En caso de no realizar el trámite por el proceso de cirugía programada, los gastos médicos deberán presentarse a través del proceso de reembolso, sujeto a dictamen médico y resolución posterior.

Esta disposición no aplica en casos de accidentes, politraumatismos o si se corrobora por protocolo y criterios médicos una emergencia médica.

El monto de honorarios médicos se cubrirá conforme al tabulador contratado.

MetLife se reserva el derecho de actualizar el listado de procedimientos aplicables, con base en la información y desempeño de los proveedores, a fin de garantizar un servicio de excelencia para los asegurados.

El listado de padecimientos aplicables se encuentra disponible en la siguiente liga: http://spr.ly/PDCirugiaProgramada

El mecanismo de pago directo solo operará en hospitalizaciones mayores a 24 horas, de acuerdo con el siguiente procedimiento:

Procedimiento

8.3.2.1. En cuanto el Asegurado llegue al hospital deberá acudir al departamento de admisión para identificarlo como Asegurado de MetLife.

8.3.2.2. Si por política de la institución hospitalaria es necesario cubrir un importe por concepto de depósito, éste será considerado como un gasto personal y deberá ser cubierto por el Asegurado.

8.3.2.3. Es necesario que el Asegurado tenga disponible en su habitación, una identificación oficial vigente con fotografía, además de la tarjeta de identificación de MetLife o algún otro dato que lo pueda identificar como Asegurado de MetLife.

8.3.2.4. 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.

En un lapso no mayor a 24 horas naturales, después de que MetLife haya tenido conocimiento de la hospitalización del Asegurado, se informará al Asegurado por escrito si el pago directo es procedente o no. En caso de que sea procedente, se le entregará al Asegurado la autorización de pago directo y se le indicarán los gastos a su cargo.

MetLife hará llegar una copia de la autorización de pago directo al departamento de admisión y una copia a la caja médica del hospital cuando el médico tratante pertenezca a los prestadores de servicios médicos independientes o se haya ajustado al tabulador.

En caso de que el Asegurado no haya seguido el procedimiento para el pago directo o su estancia hospitalaria no sea mayor a 24 horas, el pago de su reclamación lo podrá solicitar por el mecanismo de reembolso.

8.3.3. Reembolso

Mecanismo mediante el cual el Asegurado deberá pagar todos los gastos médicos en que se incurra y posteriormente solicitar el pago de la reclamación.

MetLife reembolsará los gastos que resulten procedentes por la atención del Asegurado, quedando únicamente a cargo del Asegurado el deducible y coaseguro que apliquen, así como los gastos hospitalarios no cubiertos y los gastos personales.

Este mecanismo se utilizará para el pago de reclamaciones en caso de que el Asegurado decida atenderse en un hospital y/o con un médico no perteneciente a los prestadores de servicios médicos independientes y operará de acuerdo con el siguiente procedimiento:

Procedimiento

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

8.3.3.1. Formato de “Solicitud de Reclamación de Gastos Médicos Mayores”.

8.3.3.2. 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 de MetLife.

8.3.3.3. Facturas del hospital indicando el desglose de cada concepto facturado anexando las comandas correspondientes.

8.3.3.4. 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, será necesario un informe detallado y claro del mismo acerca de su intervención.

8.3.3.5. En caso de medicamentos u otro tipo de insumos médicos se deberá anexar la receta médica y las facturas correspondientes, especificando cada uno de los medicamentos o insumos comprados.

8.3.3.6. Facturas y resultados de estudios de laboratorio y gabinete que se hayan realizado.

8.3.3.7. 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.

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.

Una vez que sea valorado el caso por MetLife, se informará al Asegurado por escrito si el reembolso es procedente o no.

8.3.4. Pago de reclamaciones en el extranjero
(La contratación de coberturas que cubran gastos en el extranjero debe especificarse en la carátula de la póliza)

Si el Asegurado se encuentra de viaje en el extranjero y requiere hospitalización mayor a 48 horas, un prestador de servicios médicos independiente proporcionará asistencia y coordinación con el hospital para la atención médica.

El Asegurado deberá comunicarse de inmediato a los números telefónicos que aparecen al reverso de la credencial de MetLife y/o tarjeta de identificación.

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

8.3.4.1. Pago directo no programado en el extranjero

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.

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

En caso de procedencia del evento:

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

8.3.4.1.2. La administradora otorgará una autorización previa a los proveedores y lo notificará al Asegurado.

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

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

8.3.4.1.5. 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.

8.3.4.2. Pago directo programado en el extranjero

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

8.3.4.2.1. 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, clínica o sanatorio y el nombre del médico tratante en el extranjero.

8.3.4.2.2. Formato de “Solicitud de Reclamación de Gastos Médicos Mayores”.

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

8.3.4.2.4. Estudios y resultados de estos que avalen el diagnóstico.

8.3.4.2.5. 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 con 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.

En caso de procedencia del evento:

8.3.4.2.6. 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.

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

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

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

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

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

9. Apartado nueve - Clausulas generales

9.1. Altas de asegurados

El alta de Asegurados es exclusiva para:

a) Los hijos que nazcan durante la vigencia de la póliza quedarán Asegurados desde la fecha de su nacimiento sin necesidad de selección médica, siempre y cuando el Asegurado titular o la madre biológica asegurada tenga al menos 10 meses de cobertura continua e ininterrumpida en el presente contrato y el recién nacido sea dado de alta en la póliza durante los siguientes 30 días naturales a la fecha de nacimiento del mismo, en caso contrario, quedarán sujetos a selección médica y demás requisitos de asegurabilidad que MetLife solicite.

b) La inclusión del cónyuge o concubino, hijos adoptivos o ascendientes del Asegurado titular quedará sujeta a la aprobación por parte de MetLife, cuando se cumpla con los requisitos de asegurabilidad de acuerdo con las políticas vigentes al momento de la solicitud y edades de aceptación del producto.

Para cualquier alta de Asegurado es necesario que el Asegurado titular lo solicite por escrito a MetLife anexando copia certificada del acta de nacimiento, de matrimonio o documento que acredite el concubinato, según sea el caso.

9.2. Baja de Asegurados

Causarán baja de la presente póliza las personas que determine el titular, para lo cual deberá comunicarlo por escrito a MetLife, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde la fecha de dicha comunicación.

En caso de baja de cualquier Asegurado durante la vigencia de la presente póliza, no operará el periodo de beneficio y MetLife devolverá al contratante de la póliza la prima no devengada correspondiente a dicho Asegurado, siempre y cuando no se hubiera presentado ningún evento para el mismo, en un plazo máximo de 30 días naturales.

El Asegurado que cause baja de la presente póliza podrá ser Asegurado nuevamente siempre y cuando cumpla con los requisitos de asegurabilidad, de acuerdo con las políticas vigentes al momento de la solicitud.

9.3. Edad

Para efecto de la presente póliza, los límites de aceptación son desde el nacimiento hasta los 69 años. En caso de renovación, el Asegurado podrá contar con protección vitalicia siempre y cuando realice el pago correspondiente de la prima y la renovación de su contrato sea consecutiva sin periodos al descubierto.

Inexactitud en la indicación de la edad

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

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

Será motivo de rescisión automática del contrato de seguro, que la edad real del Asegurado a la fecha de celebración del contrato se encuentre fuera de los límites de admisión establecidos anteriormente, reduciéndose la obligación de MetLife a pagar el 70% de la prima neta no devengada existente a la fecha de rescisión, en un plazo máximo de 30 días naturales.

De acuerdo con el artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: si la edad del Asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por MetLife, se aplicarán las siguientes reglas:

a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se hubiese pagado 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;

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

c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviera pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, MetLife estará obligada a reembolsar el 70% de la prima que en exceso hubiere pagado el Contratante dentro del periodo de seguro en curso, las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real.

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

9.4. Prima

La prima de la presente póliza será la suma de las correspondientes a cada Asegurado de acuerdo con la tarifa en vigor a la fecha de inicio de vigencia de la póliza dadas las características del producto contratado, zona de contratación, edad, sexo y ocupación de cada Asegurado, y en su caso, las extraprimas correspondientes; y vence en el momento de inicio de vigencia del contrato.

9.5. Pago de prima

Las primas podrán ser pagadas a través de los medios que se convengan como, por medio de tarjetas bancarias, transferencias electrónicas, depósito en cuenta, entre otros. El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de dicho pago.

En caso de existir un evento, 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 período del seguro contratado.

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

Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

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

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

Con la contratación de un Seguro de Gastos Médicos Mayores el Asegurado y/o Contratante tendrá derecho a deducciones fiscales, tal y como lo establecen los artículos 93 y 151 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta.

En caso de alta de Asegurados el Contratante se obliga a efectuar el pago de la prima correspondiente de los nuevos Asegurados.

9.6. Periodicidad de pago

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

9.7. Carencia de restricciones

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

Lo anterior no aplica en caso de actividades relacionadas con cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139 a 139 quinquies, 193 a 199, 400 y 400 bis del Código Penal Federal y/o cualquier disposición relativa a la delincuencia organizada en territorio nacional.

9.8. Cambio de ocupación

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

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

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

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

9.9. Agravación del riesgo

Las obligaciones de MetLife cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el artículo 52 y 53 fracción i de la Ley sobre el contrato del seguro.

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

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

Las obligaciones de MetLife México, S.A. de C.V., quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en casos de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (Artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

En caso de que, en el pasado, en el presente o en el futuro, el Contratante, Asegurado o beneficiario realice o se relacione con “las actividades ilícitas”, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de Ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el Contratante, Asegurado o beneficiario, en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere condenado mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139 a 139 quinquies, 193 a 199, 400 y 400 bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, así como por autoridades competentes de carácter extranjero cuyo gobierno tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en el presente párrafo; o, si el nombre del Contratante, Asegurado o beneficiario, sus actividades, los bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el gobierno mexicano tenga celebrado alguno de los tratados internacionales en la materia antes mencionada, ello en términos del acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

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

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

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

9.10 Rehabilitación

Si la póliza cesa sus efectos por la falta de pago de primas, el Contratante podrá solicitar su rehabilitación dentro de los sesenta (60) días naturales posteriores a la fecha de cancelación.

MetLife podrá solicitar pruebas de asegurabilidad para determinar la procedencia de la rehabilitación.

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

9.11. Régimen fiscal

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

9.12. Reconocimiento de antigüedad

Para que aplique el reconocimiento de antigüedad se deberá comprobar a MetLife que durante ese período la prima de las pólizas en donde haya estado el Asegurado fue pagada, siempre y cuando no exista un periodo al descubierto mayor a 30 días naturales.

La antigüedad reconocida se especifica en la carátula de póliza y será tomada en cuenta para los períodos de espera señalados en estas condiciones generales, con excepción de los padecimientos que indiquen lo contrario, para los cuales deberá transcurrir el período señalado de forma estricta a través de la antigüedad generada en MetLife.

Si el Asegurado decide cambiar de producto en MetLife, los beneficios ganados por antigüedad del Asegurado no se verán afectados siempre y cuando la nueva póliza los contemple.

Si la póliza se cancela o no se renueva, los Asegurados perderán su antigüedad.

9.13. Exclusión proveedores no vigentes

La aseguradora no cubrirá los gastos médicos derivados de enfermedades y/o accidentes como pueden ser estudios, tratamientos médicos y/o quirúrgicos, honorarios médicos, medicamentos, entre otros, cuando los servicios hayan sido proporcionados por médicos, hospitales, laboratorios o cualquier otro prestador que forme parte del listado de proveedores no vigentes, el cual está disponible para consulta en todo momento: https://metlife.com.mx/proveedores-no-vigentes.

No obstante, se considerarán gastos amparados siempre que la atención se catalogue como emergencia médica de acuerdo con las condiciones generales de la póliza.

La lista de proveedores no vigentes se actualiza de manera periódica, conforme a la información disponible y al desempeño de los proveedores en la atención a los asegurados, por lo que se recomienda su consulta cada vez que se requiera hacer uso del seguro.

En caso de que el prestador sea incluido en la lista con posterioridad a la atención médica, la procedencia de la reclamación quedará sujeta a dictamen técnico, sin que la exclusión pueda aplicarse de manera automática.

9.14. Cláusulas operativas

9.14.1. Cobertura del contrato

Los asegurados inscritos en la póliza quedarán cubiertos, en el caso de accidente amparado, a partir de la fecha inicial de vigencia estipulada en la carátula de la póliza y por enfermedad o tratamiento amparado, transcurridos los primeros 30 días naturales contados a partir de dicha fecha de inicio de vigencia; el periodo de espera antes señalado no será aplicable en los casos de enfermedad o tratamiento derivados de una emergencia médica, **excepto para los padecimientos con periodo de espera explícito.**

9.14.2. Cancelación

9.14.2.1. Cancelación automática

Esta póliza será cancelada sin necesidad de notificación o declaración judicial si el Contratante no paga la prima respectiva dentro del periodo de gracia señalado en la presente póliza, cesando los efectos del contrato a las 12:00 horas del último día del periodo de gracia.

9.14.2.2. Cancelación a petición del Contratante o Asegurado titular

El Contratante y/o Asegurado podrán solicitar la cancelación o terminación anticipada del contrato en cualquier momento después de los primeros 30 días de vigencia, previa solicitud por escrito presentada en las oficinas de MetLife, así como por cualquier otro medio o tecnología a que se refiere el artículo 214 de la LISF y capítulo 4.10. de la CUSF, o bien por cualquier otro medio acordado entre el Contratante y MetLife o su representante, para tales efectos y en tal caso MetLife emitirá el acuse de recepción de dicha solicitud.

La cancelación causará efecto a partir de la fecha en que la solicitud sea recibida en las oficinas de MetLife, o a partir de la fecha solicitada en el documento respectivo, la que sea posterior. Para ello el Contratante o Asegurado titular deberá identificarse previamente y MetLife deberá emitir el documento correspondiente que certifique la cancelación. En este caso MetLife devolverá al Contratante el 70% de la prima neta no devengada, siempre y cuando no existan reclamaciones por un evento en la vigencia en que solicita la cancelación. El monto correspondiente a la prima objeto de cancelación se encontrará a disposición del contratante a los treinta días naturales posteriores a que MetLife reciba su solicitud.

En caso de cancelación antes de los 30 primeros días naturales de vigencia de la póliza se cobrarán los derechos de póliza completos.

9.14.3. 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:

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

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

c) Que el Contratante o alguno de los Asegurados que forman parte de la póliza, incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisión.

9.14.4. Vigencia del contrato

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

9.14.5. Rescisión del contrato

MetLife podrá rescindir el presente contrato, en términos de lo previsto en el artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro en los siguientes casos:

a) Que el Contratante o alguno de los asegurados que forman parte de la póliza, incurra en falsas einexactas declaraciones u omisión. De ser así, MetLife comunicará por escrito al Contratante, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que conozca las omisiones, inexactas declaraciones. En este caso, se devolverá al Contratante el 70% de la prima no devengada en un plazo máximo de treinta días naturales.

b) Las demás causas consignadas en la Ley Sobre el Contrato de Seguro y en estas Condiciones Generales.

9.14.6. Modificaciones al contrato

El Contratante podrá solicitar un cambio a las condiciones del producto contratado, dentro de los 30 días naturales posteriores al inicio de vigencia de la renovación. MetLife se reserva el derecho de aceptar o rechazar el cambio.

Los cambios o modificaciones al contrato serán válidos siempre y cuando hayan sido acordados por escrito entre el Contratante y MetLife y registrados de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales o endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes de seguros o cualquier otra persona no autorizada por MetLife, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones al presente contrato.

Los nuevos padecimientos que se presenten a partir de la fecha en que se realizó el cambio de condiciones, quedarán cubiertos conforme los límites y condiciones generales establecidas en la póliza o en los endosos que se emitan eventualmente como consecuencia de dicho cambio.

Los siniestros que se hayan presentado en vigencia(s) anteriores quedarán cubiertos bajo los límites,condiciones generales y endosos que correspondan con plan vigente a la fecha de ocurrencia del evento,con excepción de aquellos asegurados que hayan hecho cambio al Plan Smart donde la continuidad de las reclamaciones de los siniestros anteriores se cubrirán bajo los nuevos términos y condiciones de esteplan exceptuando el tope de coaseguro cuyo valor será de acuerdo con el histórico de las condiciones aplicadas en base al nivel hospitalario donde se hayan recibido las atenciones del siniestro, considerando el coaseguro acumulado y pagado.

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, de acuerdo con lo establecido en el art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de seguro deberá hacerse a MetLife por escrito.

9.14.7 Renovación

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

La renovación se realizará en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas, por lo que no se modificarán las limitaciones de las coberturas de los riesgos en detrimento del Asegurado, ampliar periodos de espera, reducir límites de edad, ni solicitar requisitos de asegurabilidad, debido al derecho de antigüedad adquirido por el Asegurado.

En caso de que el Asegurado cambie de residencia u ocupación, la renovación de la póliza quedará sujeta a la aprobación de MetLife México.

La renovación:

- Se realizará sin requisitos de asegurabilidad.

• No implicará modificación de los periodos de espera.

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

La prima que deberá pagarse en términos de la cláusula respectiva se aplicará de acuerdo con el parentesco, 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 conforme a la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La renovación no surtirá efectos cuando el Asegurado o MetLife manifiesten por escrito su voluntad de no renovar el contrato, cuando menos con treinta días hábiles antes del vencimiento de la póliza. La notificación se deberá efectuar en el domicilio o correo electrónico declarado por el Asegurado o en su caso en las oficinas de MetLife y/o su representante para tales efectos.

MetLife informará por escrito al Contratante o al Asegurado, con al menos veinte (20) días hábiles de anticipación a la fecha de renovación de la póliza, los valores de la prima, el deducible, la franquicia o el coaseguro que resulten aplicables para dicha renovación.

9.14.8. Condiciones aplicables a pólizas derivadas de una conversión a individual de un contrato colectivo

Se entenderá por derecho de conversión al beneficio incluido en un contrato colectivo de gastos médicos con MetLife, que le da la facultad a los integrantes de la colectividad asegurada de contratar una póliza individual de gastos médicos mayores con MetLife del producto que se encuentre vigente al momento de su separación de la póliza colectiva de gastos médicos MetLife, bajo condiciones similares respecto a Suma Asegurada, tabulador de honorarios médicos, nivel hospitalario, deducible y coaseguro, sin que le aplique selección médica si contrata dicha póliza individual dentro del número de días pactados en el beneficio de derecho de conversión, y cumple con todos los requisitos establecidos en el mismo. La póliza individual no incluirá las condiciones endosadas en la póliza de gastos médicos mayores colectivo. Si el asegurado solicita una cobertura o alcance diferente al que le permite el derecho de conversión, el cambio solicitado quedará sujeto a las reglas o políticas de suscripción vigentes del producto individual.
Las pólizas individuales que se adquieran gracias al derecho de conversión se identifican como pólizas de conversión.

Las pólizas de conversión se emitirán con un endoso que establezca los siguientes beneficios de acuerdo con el derecho de conversión que se tuviera:

1. La antigüedad reconocida

2. La regla para identificar los siniestros complementos de la póliza colectiva, que serán aquellos que ocurrieron y/o tuvieron pagos durante la cobertura del asegurado en la póliza colectiva y cuyos gastos médicos podrán tener continuidad de cobertura en la póliza de conversión.

3. El periodo y límite máximo de beneficio de la cobertura de gastos médicos de los siniestros complementos de la póliza colectiva.

Para cubrir siniestros ocurridos después del inicio de vigencia de la póliza de conversión se aplicarán las condiciones de la póliza individual.

Este beneficio no aplica al plan Smart por sus limitantes de cobertura.

9.15. Cláusulas contractuales

9.15.1. Derecho del Contratante para conocer el porcentaje de intermediación

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

9.15.2. Competencia

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en los teléfonos 559179-4998, 555328-7000, 800 00 METLIFE (638 5433) o en nuestro portal www.metlife.com.mx.

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

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

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

9.15.3. Interés moratorio

En caso de que MetLife, no obstante, de haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente dentro del plazo de 30 días establecidos en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de instituciones de seguros y de fianzas.

Los intereses moratorios se generarán por día, a partir de la fecha de vencimiento de los plazos legales aplicables con los que cuente MetLife para efectuar el pago, y hasta el día en que dicho pago se realice, en los términos previstos en la fracción IV del artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

9.15.4. 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.

9.15.5. 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.

El Contratante deberá notificar por escrito a MetLife cualquier cambio de domicilio efectuado durante la vigencia de la póliza.

Los requerimientos y comunicaciones que MetLife deba hacer al Contratante tendrán validez si se hacen en la última dirección que ésta conozca.

9.15.6. 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 evento, MetLife quedará facultada para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del evento (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.

9.15.7. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de esta póliza de seguro prescribirán en dos años contados en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

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

En términos del artículo 66 bis 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 evento producirá la interrupción de la prescripción, mientras que la suspensión de la prescripción solo procede por la interposición de la reclamación ante la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones de esta institución, conforme lo dispuesto por el artículo 50-bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

9.15.8. Responsabilidad médica

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.

En ningún caso MetLife será responsable ante el Asegurado, asegurados dependientes, beneficiarios o causahabientes, de cualquier daño o perjuicio que sufran como consecuencia de las opiniones, hechos u omisiones, en que incurran los prestadores de servicios médicos, hospitalarios, de enfermería, de laboratorio, de traslado en ambulancia, o por el uso de medicamentos, aparatos, instrumentos o sustancias peligrosas, en la atención o tratamiento de cualquier accidente o enfermedad amparada.

9.15.9. Subrogación

De conformidad con el art. 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la empresa 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. MetLife 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 sólo en parte, el Asegurado y MetLife concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a la subrogación no procederá en el caso de que el Asegurado tenga relación conyugal o de parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que haya causado el daño, o bien si es responsable de la misma.

9.15.10. Beneficios fiscales

Lo constituyen las deducciones personales para el Asegurado de las primas por seguros de gastos médicos, complementarios o independientes de los servicios de salud proporcionados por instituciones públicas de seguridad social, siempre que el beneficiario sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes, en línea recta, de conformidad con el artículo 151, fracción VI de la Ley del Impuesto Sobre la Renta.

Con la contratación del Seguro de Gastos Médicos Mayores tiene derechos a deducciones, tal y como lo establece la Ley del Impuesto Sobre la Renta en su artículo 93, fracción VI, que establece que se exentarán de dicha contribución los ingresos percibidos con motivo del reembolso de gastos médicos, dentales, hospitalarios y funerales, que se concedan de manera general, de acuerdo con las leyes.

9.15.11. 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 asegurados dependientes incluidos en la póliza cuando 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 alguna cobertura en el extranjero, deberá avisarse anticipadamente a MetLife, a fin de que se calcule y 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 evento 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 reclamación para atención fuera del territorio nacional.
Este apartado no aplica para la cobertura estudiantes en el extranjero.

9.15.12. Referencias legales

De conformidad con el artículo 8 de las “Disposiciones de Carácter General en Materia de Sanas Prácticas, Transparencia y Publicidad aplicables a las Instituciones de Seguros” emitidas por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, las disposiciones legales citadas en las presentes condiciones generales podrán ser consultadas por el Asegurado/Contratante/beneficiario en la siguiente página web www.metlife.com.mx. Adicionalmente se podrán consultar en el anexo del presente.

10. Apartado diez - Beneficios o coberturas adicionales

10.1. Emergencia en el extranjero
(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

En caso de contratación de esta cobertura adicional, el Asegurado que encontrándose fuera de la República Mexicana tenga una emergencia médica y a consecuencia de ello se vea obligado a someterse a un tratamiento médico y/o quirúrgico, 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 y no sea considerada emergencia médica.

Para efectos de esta cobertura, se entiende por emergencia médica aquel tratamiento médico o quirúrgico al que se deba someter el Asegurado por sufrir en forma súbita y aguda una alteración órgano-funcional que ponga en peligro su vida, su integridad personal, una función o la viabilidad de alguno de los órganos, como resultado de algún accidente o enfermedad.

Suma Asegurada: El equivalente en moneda nacional a US $100,000.00 o el equivalente en dólares americanos de la Suma Asegurada de la cobertura básica, la que resulte menor.

Deducible: El equivalente en moneda nacional a US $100.00

Coaseguro: No aplica

La tabla de honorarios médicos y quirúrgicos que se aplicará para el pago de la reclamación será el tabulador UCR (Usual, Customary & Reasonable) de uso común, acostumbrado y razonable del país donde se atienda la emergencia médica.

Los gastos médicos cubiertos y las exclusiones bajo las cuales operará esta cláusula serán los mismos que los establecidos para la cobertura básica contratada.

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

Los gastos procedentes serán reembolsados con base a lo estipulado en la cláusula Moneda de las condiciones generales.

Esta cobertura no está disponible para plan Smart

Exclusiones adicionales:

Además de las exclusiones señaladas para la cobertura básica, no aplica:

- **Parto, cesárea y cualquier atención a recién nacido prematuro y/o padecimientos congénitos, cualquiera que sea su causa.**
- **Complicaciones del embarazo, parto y puerperio.**
- **Servicios de enfermería fuera del hospital.**
- **Tratamientos de rehabilitación.**
- **Ningún estudio o cirugías previamente programadas, ni estudios e intervenciones quirúrgicas programadas a partir de dos días después de la emergencia médica, exceptuando las que sean consecuencia directa de la misma y cuya omisión ponga en peligro la vida del Asegurado.**

10.2. Enfermedades catastróficas en el extranjero
(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

En caso de contratación de esta cobertura adicional el Asegurado podrá atenderse en el extranjero las enfermedades cubiertas y originadas durante la vigencia de esta cobertura.

Esta cobertura cubrirá los gastos por hospitalización, honorarios y otros servicios médicos que se originen como consecuencia única y exclusivamente de los siguientes padecimientos:

10.2.1. Cáncer **(excluido el de piel)**

10.2.2. Enfermedades neurológicas y cerebro vasculares

10.2.3. Enfermedades de las coronarias que requieren cirugía (operación de tórax abierto)

10.2.4. Trasplante de los siguientes órganos: corazón, hígado, médula ósea y pulmón

Sólo quedarán cubiertos por esta cláusula los padecimientos que inicien a partir de la contratación de esta; por lo tanto, **no cubre eventos preexistentes aun cuando la cobertura básica de acuerdo con sus condiciones sí los cubra.**

Esta cobertura no está disponible para plan Smart

Cuando sea posible, MetLife realizará la programación del tratamiento correspondiente con los proveedores de los servicios médicos independientes previamente sugeridos por ella y aceptados por el Asegurado.

Suma Asegurada: Topada a 1 millón de USD o Suma Asegurada básica, la que resulte menor.

Deducible: El mismo contratado para la cobertura básica y establecido en la carátula de la póliza.

Coaseguro: 10% o el contratado en la básica, lo que resulte mayor. Para esta cobertura no opera el tope de coaseguro.

La Suma Asegurada aplicada en el evento por este beneficio será descontada de la Suma Asegurada básica.

Los gastos procedentes serán reembolsados con base a lo estipulado en la cláusula Moneda de las condiciones generales.

Para operaciones de tórax abierto quedan excluidos los procedimientos quirúrgicos como angioplastia con colocación de stent y complicaciones, como la trombosis, además de las exclusiones para la cobertura básica.

10.3. Cobertura en el extranjero (plan internacional)
(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

Con la contratación de esta cobertura quedarán cubiertos los gastos erogados fuera de la República Mexicana por accidentes o enfermedades amparados por la póliza. Los tratamientos recibidos derivados de esta cobertura se ajustarán a las siguientes características:

Suma Asegurada: Igual a la cobertura básica. Para padecimientos congénitos y/o nacimiento prematuro: la menor entre 300,000 usd o la SA contratada. Para maternidad será la indicada en la cláusula “Maternidad, parto y cesárea” de las CG, sin aplicar deducible, ni coaseguro; beneficio válido sólo si la madre biológica asegurada tiene, por lo menos, diez meses de cobertura continua en un plan de Seguro de Gastos Médicos Mayores individual en MetLife.

Deducible: el estipulado para esta cobertura en la carátula de la póliza.

Coaseguro: 10% o el contratado en la básica, lo que resulte mayor.

La Suma Asegurada será única por evento, independientemente de donde se reciba la atención médica, es decir, la Suma Asegurada aplicada en el evento por este beneficio será descontada de la Suma Asegurada básica.

El Asegurado podrá continuar con el tratamiento médico que haya recibido en el extranjero dentro de la República Mexicana, aplicando en estos casos el deducible contratado para territorio nacional.

Si el Asegurado inicia el tratamiento o los gastos en territorio nacional, podrá continuar con el tratamiento médico en el extranjero siempre y cuando los gastos procedentes hayan rebasado el deducible del extranjero y el padecimiento haya iniciado en la vigencia de esta cobertura.

La tabla de honorarios médicos y quirúrgicos en el extranjero será el UCR (Usual, Customary & Reasonable) de uso común, acostumbrado y razonable del lugar en donde se realice el tratamiento.

Los gastos médicos cubiertos y las exclusiones bajo las cuales operará esta cláusula serán los mismos que los establecidos para la cobertura básica contratada.

Los gastos procedentes serán reembolsados con base a lo estipulado en la cláusula Moneda de las condiciones generales.

Esta cobertura no está disponible para planes Practico, Básico, Smart y Más.

10.4. Últimos gastos
(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

Con la contratación de esta cobertura adicional el Asegurado quedará cubierto en caso de fallecimiento a causa de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza. En este caso, MetLife pagará a los beneficiarios designados, o a la falta de éstos, a la sucesión legal del Asegurado, el importe de la suma asegurada contratada especificada en la póliza, siempre y cuando se pruebe a MetLife dicho fallecimiento.

En el caso de menores de edad si no se cuenta con la designación de beneficiarios correspondiente, MetLife realizará el pago de la Suma Asegurada contratada a los padres o tutores del menor.

En caso de que el Asegurado sea menor a 12 años, MetLife indemnizará únicamente el reembolso de los Gastos Funerarios a los Padres o Tutores definitivos del menor. Los Tutores definitivos deben haber sido nombrados judicialmente y los mismos deberán haber aceptado el cargo y discernimiento. Dicha indemnización será hasta un máximo de 10 UMAM.

No serán sujeto de esta cobertura niños menores de un año.

Además de las exclusiones de la cobertura básica, MetLife no estará obligada al pago de la Suma Asegurada en caso de suicidio ocurrido durante los dos primeros años de vigencia continua de la póliza del Asegurado respectivo; en tal caso, MetLife sólo estará obligada a devolver la reserva matemática constituida con la prima pagada del Asegurado de que se trate, en treinta días naturales.

10.5. Muerte accidental
(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

Con la contratación de esta cobertura adicional el Asegurado quedará cubierto en caso de fallecimiento a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha de este. En este caso, MetLife pagará a los beneficiarios designados, o a la falta de éstos a la sucesión legal del Asegurado, el importe de la suma asegurada contratada especificada en la póliza, siempre y cuando se pruebe a MetLife dicho fallecimiento.

En caso de fallecimiento de un Asegurado menor de edad amparado por esta cobertura, y no se cuente con la designación de beneficiarios correspondiente, MetLife realizará el pago de la Suma Asegurada contratada a los padres o tutores del menor.

En caso de que el Asegurado sea menor a 12 años, MetLife indemnizará únicamente el reembolso de los gastos funerarios a los padres o tutores definitivos del menor. Los tutores definitivos deben haber sido nombrados judicialmente y los mismos deberán haber aceptado el cargo y discernimiento. Dicha indemnización será hasta un máximo de 10 UMAM.

Se entenderá por muerte accidental la que tiene como causa aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca la muerte en la persona del Asegurado dentro de los 90 naturales siguientes a la fecha del accidente.

No se considera accidente a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

Exclusiones:

Además de las exclusiones para la cobertura básica, no se cubre la muerte accidental originada por participar en:

- **Servicio militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o riña siempre y cuando el Asegurado sea el provocador.**
- **Actos delictivos intencionales donde el Asegurado participe como sujeto activo.**
- **Viajes a bordo de una aeronave, excepto cuando viaje como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular, o en ambulancia aérea.**
- **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.**

  Ni los siguientes eventos:

  - **La muerte del Asegurado debida a enfermedades de cualquier naturaleza.**
  - **Suicidio o cualquier intento de este, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**
  - **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.**
  - **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.**
  - **Accidentes que se originen por culpa grave del Asegurado, debido a que estaba bajo la influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico.**
  - **Accidentes que se originen por culpa grave del Asegurado, si de la documentación presentada se desprende que ocurrieron a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol; salvo aquellas donde al hacer la prueba de alcohol expirado, tenga una cantidad menor a 40 mg/lt.**

10.6. Renta diaria por hospitalización
(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

Si a consecuencia directa de una enfermedad o accidente cubierto el Asegurado requiere de hospitalización, MetLife pagará al Asegurado la renta diaria contratada especificada en la carátula de la póliza, siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo, la estancia en el hospital sea como paciente interno y se encuentre bajo el cuidado y atención regular de un médico.

En caso de accidente o de internamiento en el hospital en terapia intensiva, el monto de la renta diaria se duplica.

El período máximo de este beneficio por hospitalización es de 90 días naturales, comprendido entre el primer día de hospitalización y el egreso del Asegurado del hospital.

En caso de hospitalización por maternidad, es decir; hospitalización en caso de cesárea, parto o complicaciones del embarazo, es necesario que el Asegurado titular tenga un periodo mínimo de 10 meses de haber contratado esta cobertura.

En caso de hospitalización por enfermedad o por maternidad, operará un periodo de espera para esta cobertura de 2 días. Este período de espera se establece por hospitalización y no se aplicará retroactivamente. La hospitalización inicia en el momento en que el Asegurado ingresa al hospital, clínica o sanatorio y concluye con el alta que otorgue el médico tratante, o con la carta responsiva que firme él, los familiares o el médico que, en tal caso, serán responsables del paciente Asegurado. En caso de hospitalización a causa de accidente no se aplicará período de espera.

Las enfermedades y secuelas de accidentes de cualquier evento originado antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza con respecto a cada Asegurado tendrán un período de espera de un año.

No serán sujeto de esta cobertura niños menores de un año.

Exclusiones

Además de las exclusiones para la cobertura básica, se excluye la renta diaria por hospitalización, en los siguientes casos:

Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado con motivo de encontrarse bajo el influjo de bebidas alcohólicas; salvo aquellas donde al hacer la prueba de alcohol expirado, tenga una cantidad menor a 40 ml/lt.

Lesiones que por culpa grave del Asegurado sufra al encontrarse bajo los efectos de drogas o estimulantes no prescritos médicamente.

Exámenes médicos de rutina, tratamiento de obesidad, adelgazamiento o cualquier fin estético, abortos provocados intencionalmente.

Hospitalizaciones por infecciones a causa del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o enfermedades relacionadas.

Hospitalizaciones en establecimientos no reconocidos como hospitales, clínicas o sanatorios.

Las enfermedades y secuelas de accidentes que correspondan a eventos originados antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza con respecto a cada Asegurado que no cumplan con el periodo de espera de un año señalado anteriormente.

10.7. Visión
(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

Los beneficios y servicios otorgados por esta cobertura serán otorgados por MetLife a través de la compañía Articuladora de Servicios de Visión con la cual MetLife ha celebrado un contrato.

Los gastos amparados por esta cobertura serán exclusivamente los relacionados con la prescripción de anteojos derivados de una patología de la visión a consecuencia de un padecimiento y que en forma enunciativa y no limitativa se refieren a defectos de refracción como presbicia, hipermetropía, miopía y astigmatismo.

Para recibir los servicios de visión descritos bajo esta cobertura, el Asegurado deberá mostrar credencial vigente de Gastos Médicos Mayores MetLife acompañada de una identificación oficial con fotografía. En esta cobertura no aplica el concepto de reembolso.

Los servicios prestados por la compañía Articuladora de Servicios de Visión se describen a continuación:

Beneficio	Descripción
Examen de la vista	Para la prescripción de anteojos en caso de que sea necesario.
Anteojos completos (armazón y lentes graduados	Un par durante la vigencia de la póliza, hasta el límite anual del plan contratado si son necesarios (no cosméticos), conformado por: • Armazón y lentes (micas oftálmicas). Las ópticas de la **red del prestador** ofrecen diversos modelos. No se podrá adquirir el armazón por separado; y • Un estuche duro por armazón y una microfibra para los anteojos.
Lentes de contacto graduados	• Para lentes de contacto de cambio frecuente, si son necesarios (no cosméticos), podrá obtener la dotación equivalente a un año, hasta el límite anual del plan contratado. • Solución para el cuidado de los lentes de contacto por una ocasión.

Beneficio:

Concepto	Plan enfoque
Límite anual de anteojos completos graduados, no cosméticos: armazón y lentes (micas oftálmicas). Incluye IVA	$1,500
Límite anual de lentes de contacto graduados, no cosméticos. Incluye IVA	$1,050.
Deducible	$100.00 + IVA

Exclusiones:

1. **Además de las señaladas para la cobertura Básica, quedan excluidos los gastos de tratamientos para la corrección visual no señalados como cubiertos.**
2. **Cualquier tipo de consulta médica o procedimiento médico preventivo efectuado por un oftalmólogo y/o cualquier otra persona autorizada para llevarlo a cabo.**
3. **Cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico para los ojos**
4. **Ejercicios ortópticos o entrenamiento visual para tratar la visión baja.**
5. **Visión baja.**
6. **Apoyos para visión baja o subnormal.**
7. **Aniseiconía (trastorno ocular de imágenes con distinto tamaño entre las retinas).**
8. **Cualquier tipo de examen o análisis necesario para detectar alteraciones en el campo visual.**
9. **Tomografías.**

10. Angiografía fluorescente.

11. Reemplazo de armazones o lentes como consecuencia de extravío, robo, maltrato o rotura.

12. Tratamientos adicionales a los anteojos que no sean utilizados para la corrección de la visión, tales como los tratamientos antirreflejantes, antirayas, ultravioletas, de protección solar o cualquier otro que tenga por finalidad motivos estéticos.

13. Anteojos comprados con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza de seguro o con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura de los asegurados, o con posterioridad a la terminación de la vigencia de la cobertura del Asegurado o de la póliza de seguro.

14. Medicamentos.

15. Ningún servicio que no esté especificado dentro de los servicios ópticos cubiertos por el plan contratado.

10.8. MetDental Plus
(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

Esta cobertura y sus servicios derivados serán otorgados por el prestador de servicios médicos independiente con el cual MetLife tiene celebrado un contrato.

Los gastos médicos cubiertos por este beneficio serán exclusivamente los correspondientes a tratamientos odontológicos derivados de una patología dental como consultas, caries dental, operatoria dental, odontopediatría, radiología, y cirugía dental, entre otros.

El límite de responsabilidad de esta cobertura quedará definido en el anexo a la póliza correspondiente.

Los tratamientos dentales cubiertos serán pagados directamente por la compañía articuladora de servicios dentales al odontólogo tratante o en caso de reembolso, directamente al Contratante.

Mediante la contratación de esta cobertura se amplían los beneficios amparados por la cobertura MetDental.

Los beneficios son los siguientes:

I. Servicios de endodoncia (remoción de nervio dental)		**Copago (sobre el honorario máximo**	
Descripción del tratamiento	**Alcance del beneficio**	**Dentro de red**	**Fuera de la red se reembolsa**
Pulpotomía terapéutica (**excluye restauración final)**, remoción de pulpa coronaria hasta la unión dentino cemental y aplicación de medicamento.	Dientes primarios	20%	80%
Terapia de conducto radicular (endodoncia) en diente anterior, premolar y molar (no incluye restauración final).		20%	80%
Retratamiento de terapia de conducto radicular previa en diente anterior, premolar y molar.	1 (uno) por diente	20%	80%
Apexificación/ recalcificación (reparación de perforaciones por cierre/calcificación apical, reabsorción de raíz, etc.), visita inicial, reemplazo de medicamento provisional y visita final que incluye terapia de canal radicular(endodoncia) completa.	1 (uno) por diente	20%	80%

II. Otros servicios de endodoncia (remoción de nervio dental)		Copago (sobre el honorario máximo	
Descripción del tratamiento	**Alcance del beneficio**	**Dentro de red**	**Fuera de la red se reembolsa**
Cirugía de apicectomía/perirradicular -- diente anterior, premolar y molar (primera raíz o adicional)		20%	80%
Obturación retrógrada -- por raíz	1 de por vida por diente	20%	80%
Amputación radicular -- por raíz		20%	80%
Hemisección (incluyendo cualquier remoción de raíz), no incluye tratamiento de conducto radicular		20%	80%

III. Servicios de remoción de terceros molares y procedimientos quirúrgicos complejos (extracción de muelas del juicio y otros procedimientos complejos)		Copago (sobre el honorario máximo	
Descripción del tratamiento	**Alcance del beneficio**	**Dentro de red**	**Fuera de la red se reembolsa**
Remoción quirúrgica de diente erupcionado mediante elevación de colgajo mucoperióstico y remoción ósea y/o sección del diente*		20%	80%
Remoción de diente impactado - tejido blando		20%	80%
Remoción de diente impactado - parcial o completamente cubierto por hueso		20%	80%
Remoción quirúrgica de residuos de raíces		20%	80%
Incisión y drenaje de abscesos - tejido blando intraoral y extraoral - complicado (incluye drenaje de múltiples espacios faciales) **Se excluye la "Angina de Ludwig".**	**No incluye medicamentos, anestesia ni gastos hospitalarios**	20%	80%
Frenilectomía (frenectomía o frenotomía) - procedimiento por separado	1 (una) de por vida	20%	80%

IV. Coronas		Copago (sobre el honorario máximo	
Descripción del tratamiento	**Alcance del beneficio**	**Dentro de red**	**Fuera de la red se reembolsa**
Corona Individual de porcelana fundida sobre metal no precioso	1 (una) cada 5 (cinco) años – mismo diente	50%	50%
Poste y muñón para retener una corona, prefabricado o fabricado en laboratorio.		50%	50%
Onlay - Metal tipo III o albacast - de 2 (dos) a 4 (cuatro) superficies		50%	50%
Póntico - porcelana fundida sobre metal no precioso		50%	50%

Para recibir los servicios dentales descritos bajo esta cobertura, el Asegurado deberá mostrar credencial vigente de Gastos Médicos Mayores MetLife acompañada de una identificación oficial con fotografía.

Exclusiones

Además de las exclusiones de la cobertura básica, en ningún caso se cubren los gastos especificados a continuación:

1. **Tratamientos o materiales por malformaciones óseas y dentales congénitas y tratamientos o procedimientos por afecciones durante el desarrollo de los dientes, por ejemplo: hipocalcificación o hipoplasia del esmalte.**

2. **Tratamientos o procedimientos dentales que incrementan la dimensión vertical de una oclusión, reemplacen la pérdida de la estructura de los dientes por desgaste, tales como, atrición, bruxismo, rechinamiento, apretamiento de los dientes, abrasión erosión, abfracción y por hábitos orales que dañen la integridad de los dientes, excepto que sea parte del tratamiento dental necesario y debido a un accidente dental o lesión bucal y directamente atribuible a éste. Tampoco se cubren los protectores o guardas y los ajustes oclusales.**

3. **Tratamientos, procedimientos, intervenciones quirúrgicas o materiales realizados primariamente por motivos estéticos para mejorar la apariencia del Asegurado, mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos; tratamiento de fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes); tratamiento por pigmentación dental a consecuencia de medicamentos; carillas de porcelana u otras carillas que no tienen el propósito de restauración; así como cualquier otro tratamiento o material que sea considerado como tal, de acuerdo a los estándares generalmente aceptados de la práctica dental, excepto que sea parte de algún tratamiento dental necesario y debido a un accidente dental o lesión bucal directamente atribuible a éste. Si los tratamientos o procedimientos realizados en un diente en particular no están excluidos, el tratamiento cosmético de los dientes adyacentes o que están cerca del afectado se considerarán como excluidos.**

4. **Gastos dentales a consecuencia de tratamientos o procedimientos dentales incorrectos que hubieran sido proporcionados antes de la vigencia de la póliza de seguro o por dentistas fuera de la red del proveedor durante la vigencia de la póliza de seguro.**

5. **Tratamientos o procedimientos prestados o materiales suministrados por un dentista antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza de seguro o antes de la fecha de inicio de la cobertura de los asegurados.**

6. **Utilización de medicamentos por autoprescripción que causen una lesión bucal que amerite una urgencia dental.**

7. **Gastos por radiografías que se necesiten tomar para realizar los diferentes tratamientos y aquellas posteriores al tratamiento para comprobar la calidad de este, no serán pagados ya que su costo está incluido en el honorario máximo autorizado de cada tratamiento.**

8. **Ferulización para tratamiento de enfermedad periodontal, e injertos extra-orales (injertos de tejido en la parte de afuera de la boca).**

9. **Programas de control preventivo de la placa dento-bacteriana, incluyendo programas de instrucción de higiene oral, que no estén incluidos en el tratamiento o procedimiento de evaluación oral o consulta.**

10. **Terapia miofuncional (de la función de los músculos). Equilibrio de la oclusión, gnatología (estudio y o corrección de las fuerzas masticatorias y las partes anatómicas involucradas) y tratamientos o procedimientos asociados. Diagnóstico y/o tratamiento por la disfunción de la articulación temporomandibular o musculatura, nervios u otros tejidos asociados.**

11. **Medicamentos y enjuagues bucales, incluyendo los de aplicación tópica para tratamientos de enfermedad periodontal, pre-medicación, analgesia, sedación intravenosa, anestesia general. Así mismo, los cargos separados por anestesia local no estarán cubiertos ya que éstos forman parte de los gastos del tratamiento o procedimiento dental.**

12. **Tratamientos o procedimientos, materiales para injerto de hueso o materiales similares usados con el mismo fin, para el relleno de defectos en zonas sin dientes.**

13. **Tratamientos o procedimientos de con Inlay (incrustaciones).**

14. **Tratamientos o procedimientos dentales de naturaleza experimental o de investigación, o que no sean considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo con los estándares generalmente aceptados en la práctica dental.**

15. **Tratamientos o procedimientos dentales prestados o materiales suministrados después de la terminación de la vigencia de la póliza de seguro, a menos de que el tratamiento o procedimiento haya comenzado durante la vigencia de la póliza de seguro.**

16. **No se cubre cualquier honorario adicional en los casos donde los tratamientos o procedimientos dentales requieran ser realizados o suministrados en un hospital o en cualquier instalación para tratamientos quirúrgicos, ni los cobrados por el dentista ni cualquier gasto del hospital y/o quirófano, de los materiales, de anestesia o de la instalación para tratamientos quirúrgicos.**

17. **Servicios de administración del consultorio dental, servicios de administración para el cobro de los siniestros y cualquier otro costo administrativo que no esté expresamente incluido en el plan.**

18. **Servicios de transportación de ambulancia, hospitalización por cualquier causa objeto de este seguro.**

19. **Cualquier servicio de fase de no-tratamiento como puede ser la provisión de un ambiente antiséptico, la esterilización de equipo o control de infecciones, así como cualquier material auxiliar que se use en el tratamiento o procedimiento cuando su costo deba estar incluido en el costo del tratamiento o procedimiento (honorario máximo del dentista), de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la práctica dental, como pueden ser, pero no limitados a algodones, mascarillas y las técnicas de relajación como música.**

20. **Tratamiento en dientes sin restaurar o reemplazo de restauraciones existentes para cualquier propósito diferente que el de restaurar lesiones por caries activas (con cavidad) o por desajuste demostrable de la restauración.**

21. **Tratamientos o procedimientos de ortodoncia (tratamientos para la corrección de dientes o mandíbulas mal posicionadas). No se cubren extracciones por indicación ortodóntica.**

22. **Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en la póliza de seguro.**

23. **Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico causada por negligencia del Asegurado a las indicaciones del dentista tratante.**

24. **Ningún tratamiento que no esté especificado dentro de los beneficios del plan.**

25. **En incisiones y drenajes de abscesos se excluye la "Angina de Ludwig".**

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

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

    - **Delitos dolosos o intencionales en los cuales el Asegurado sea considerado como sujeto activo o partícipe del delito.**

    - **Lesiones auto inflingidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**

10.9. Franja Fronteriza
(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

En caso de contratación de esta cobertura, MetLife responderá por los gastos que el Asegurado erogue en la franja fronteriza por la atención de una enfermedad o accidente cubierto. Los tratamientos recibidos derivados de esta cobertura se ajustarán a las siguientes características:

Suma Asegurada: Topada a 1 millón de USD o Suma Asegurada básica, la que resulte menor. La SA para maternidad será la indicada en el apartado "Maternidad, parto y cesárea", de las CG, sin aplicar deducible, ni coaseguro y siempre y cuando la madre biológica asegurada tenga por lo menos diez meses de cobertura continua en un plan de Seguro de Gastos Médicos Mayores individual en MetLife.

Deducible: El doble del contratado en la cobertura básica.

Coaseguro: 20 puntos porcentuales adicionales al contratado.

Deducible y coaseguro aplican siempre, igual a reembolso que pago directo.

Se entiende por franja fronteriza las ciudades fronterizas de Estados Unidos con México, considerando como franja fronteriza, el territorio de Estados Unidos de Norteamérica que consta de veinte (20) millas, es decir 32.19 Kms. de ancho, cuyo límite sur es la frontera con México.

Los gastos médicos cubiertos y las exclusiones bajo las cuales operará esta cobertura serán los mismos que los establecidos para la cobertura básica contratada.

El Asegurado podrá continuar con el tratamiento médico que haya recibido en el extranjero dentro de la República Mexicana, aplicando en estos casos el deducible contratado para territorio nacional.

Si el Asegurado inicia el tratamiento o los gastos en territorio nacional, podrá continuar con el tratamiento médico en el extranjero siempre y cuando los gastos procedentes hayan rebasado el deducible en franja fronteriza y el padecimiento haya iniciado en la vigencia de esta cobertura.

La tabla de honorarios médicos y quirúrgicos en el extranjero será el UCR (Usual, Customary & Reasonable) de uso común, acostumbrado y razonable del lugar en donde se realice el tratamiento.

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo con las condiciones de la presente póliza, serán reembolsados con base en lo estipulado en la cláusula “Moneda”.

Para esta cobertura no aplica la cobertura de reducción de deducible por accidente.

10.10. Reducción de deducible por accidente
(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

En caso de contratación de esta cobertura adicional, y cuando el Asegurado necesite someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, hospitalización, servicios de enfermería, medicinas, estudios de laboratorio o hacer uso de una ambulancia a consecuencia de un accidente cubierto, MetLife responderá por los gastos procedentes en exceso de $2,000 y hasta $100,000 (cien mil pesos), siempre y cuando la primera atención y gasto procedente se realicen durante los siguientes 30 días naturales contados a partir de la fecha en que ocurra el accidente.

En el caso de que el deducible contratado y establecido en la carátula de la póliza sea igual o menor a $100,000 (cien mil pesos), se eliminará el total del deducible, siempre que la reclamación sea mayor a $2,000.

Cuando el deducible contratado en la póliza es mayor a $100,000, MetLife cubrirá los primeros gastos procedentes desde $2,000 hasta un máximo de $100,000. Una vez alcanzado ese límite, el asegurado deberá cubrir el deducible restante que le corresponde. Posteriormente, si los gastos continúan y superan el monto del deducible contratado, MetLife retomará el pago de los gastos procedentes conforme a las condiciones de la póliza.

El beneficio aplica solo para los mecanismos de pago directo y reembolso. En el plan práctico, se aplica la reducción después de la que pueda corresponder desde la cobertura básica.

Son aplicables los términos, condiciones generales y exclusiones de la cobertura básica. Si a causa del accidente se detecta un evento preexistente al accidente, éste será cubierto como un evento independiente y no aplicará la reducción de deducible por accidente.

Además de las exclusiones de las condiciones generales de la póliza, se excluye la reducción de deducible por accidente, cuando en forma simultánea se contrate la cobertura adicional de franja fronteriza y el accidente cubierto ocurra en la franja fronteriza.

10.11. Incremento al tabulador de honorarios médicos
(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

Se incrementará la base de los tabuladores médicos por reembolso en territorio nacional en la proporción elegida por el Asegurado.

Opera para los gastos por reembolso de los padecimientos cubiertos por la póliza y que se originen a partir de la fecha de contratación de la presente cobertura adicional.

Además de las exclusiones de la cobertura básica, esta cobertura no incrementará en ningún caso la base de los tabuladores médicos para eventos cuya fecha de ocurrencia sea previa a la contratación de esta cobertura adicional.

10.12. Protección garantizada

En caso de contratación el Asegurado tendrá los siguientes beneficios:

a) Ampliar la Suma Asegurada del plan básico de gastos médicos mayores colectivo contratado en MetLife u otra compañía de seguros. Para ello deberán elegir un deducible que se ajuste al importe que se aproxime a la Suma Asegurada de la póliza básica colectiva en vigor de acuerdo con los deducibles establecidos para esta cobertura siendo requisito indispensable demostrar con documentación fehaciente la existencia de una póliza básica colectiva vigente a la fecha de la solicitud, teniendo como beneficios:

    1. Que la presente cubra los gastos médicos mayores que excedan el deducible de este contrato, siempre y cuando el primer gasto del padecimiento en la póliza de gastos médicos mayores colectiva sea posterior a la fecha de alta del Asegurado en la póliza individual de este producto con esta cobertura.

    2. El accidente, enfermedad, embarazo, parto o cesárea será procedente siempre y cuando la causa de este se encuentre cubierto en las CG de la póliza colectiva y en las condiciones generales de este producto.

    3. La siniestralidad pagada en la póliza colectiva del mismo padecimiento se considerará para el deducible contratado la póliza individual.

    4. Reconocer la antigüedad de planes colectivos para la eliminación de periodos de espera de este producto, aunque no así para los eventos preexistentes.

    5. Para las reclamaciones realizadas dentro de la póliza individual aplicará el coaseguro contratado en la póliza individual.

    6. El coaseguro pagado en la póliza colectiva del mismo evento no se considerará para el tope de coaseguro contratado en la póliza individual.

b) Reducción o incremento de deducible sin selección médica siempre y cuando este sea igual o superior al deducible indicado en el momento de la contratación de esta cobertura, sea indicado en la solicitud correspondiente y se encuentre en vigor en el producto al momento del cambio.

    1. Reducir el deducible de la póliza individual, sin selección médica, bajo las mismas condiciones.

    2. El inicio de vigencia de la póliza con el nuevo deducible será la fecha de baja de la póliza colectiva ya sea por renuncia, liquidación, retiro por edad avanzada, dependientes sin relación de titular o hijos que rebasan la edad máxima de aceptación en la póliza colectiva.

    3. Incrementar el deducible de la póliza MédicaLife Familiar sin selección médica en el caso de que ingrese nuevamente a una póliza básica colectiva.

Cualquier cambio en el deducible deberá solicitarse como máximo a 60 días naturales de darse la baja o el alta en la póliza colectiva, de no ser así, perderá los derechos arriba citados incluyendo la continuidad de pago de eventos originados dentro de la póliza básica colectiva posteriores a la contratación de esta cobertura.

Si un siniestro ocurre en el periodo arriba señalado y aún no hubiera hecho el trámite para la reducción o el incremento de deducible, la reclamación deberá tramitarse vía reembolso en forma posterior al cambio del deducible.

c) Cambio de condiciones de la póliza de gastos médicos colectiva

Si el Asegurado cambia de empresa y/o de condiciones de la póliza colectiva de gastos médicos, deberá notificar por escrito a MetLife dentro de los primeros 60 días posteriores al cambio, para ello será necesario presentar el certificado vigente de la póliza colectiva de gastos médicos.

Si el Asegurado dentro de los primeros 60 días posteriores al cambio no avisa por escrito a MetLife, ésta no tendrá la obligación de otorgar la reducción o incremento de deducible sin selección médica, por lo que la solicitud de cambio de deducible podrá ser aceptada o rechazada conforme al dictamen de la selección médica.

d) Continuidad en el pago de eventos abiertos en póliza colectiva

La continuidad de pago de eventos abiertos en la póliza colectiva se dará siempre y cuando el padecimiento se encuentre cubierto en las condiciones generales del producto y el cúmulo de gastos por evento rebase el deducible, la continuidad se dará cuando el evento haya ocurrido en fecha posterior a la contratación de la cobertura de protección garantizada, de lo contrario quedará sujeta a la cláusula de prexistencia.

Las reclamaciones realizadas dentro de la póliza individual como continuidad de un evento abierto en la póliza colectiva aplicarán con el coaseguro contratado en la póliza individual. El coaseguro pagado en la póliza colectiva del mismo evento no se considerará para el tope de coaseguro contratado en la póliza individual.

Para aquellos contratos realizados en forma colectiva, la renovación individual quedará sujeta a la renovación de la cobertura básica colectiva en MetLife.

El derecho de la contratación de la póliza individual con reducción de deducible no aplica en caso de cancelación de la cobertura básica colectiva o cambio de ésta a otra compañía de seguros.

Proteccion Garantizada no aplica al plan Smart por sus limitantes de cobertura.

10.13. Estudiantes en el extranjero
(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

En caso de contratación de esta cobertura adicional, el Asegurado que por motivos de estudios en el extranjero tenga una emergencia médica y a consecuencia de ello se vea obligado a someterse a un tratamiento médico y/o quirúrgico, 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 y no sea considerada emergencia médica.

Detalles de la cobertura	
Suma Asegurada	Lo que resulte menor entre el equivalente en moneda nacional a US $100,000.00 y el equivalente en dólares americanos de la Suma Asegurada de la cobertura básica.
Deducible	El equivalente en moneda nacional a US $100.00
Coaseguro	No aplica

La tabla de honorarios médicos y quirúrgicos que se aplicará para el pago de la reclamación será el tabulador UCR (Usual, Customary & Reasonable) de uso común, acostumbrado y razonable del país donde se atienda el evento.

Los gastos médicos cubiertos y las exclusiones bajo las cuales operará esta cláusula serán los mismos que los establecidos para la cobertura básica contratada, incluyendo las complicaciones del embarazo y recién nacido prematuro.

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

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo con las condiciones de la presente póliza, serán reembolsados con base a lo estipulado en la cláusula “Moneda”.

Para la contratación de esta cobertura es indispensable que al menos un ascendiente de los estudiantes este Asegurado en la compañía con una póliza individual de gastos médicos mayores.

Exclusiones:

Además de las exclusiones de la cobertura básica, se excluye también:

1. **Parto, cesárea y cualquier atención a recién nacido prematuro y/o padecimientos congénitos, cualquiera que sea su causa.**

2. **Servicios de enfermería fuera del hospital.**

3. **Tratamientos de rehabilitación.**

4. **Ningún estudio o cirugías previamente programadas, ni estudios e intervenciones quirúrgicas programadas a partir de dos días después de la emergencia médica, exceptuando las que sean consecuencia directa de la misma y cuya omisión ponga en peligro la vida del Asegurado.**

10.14. Incremento de la Suma Asegurada
(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza - **No disponible para el plan Smart**)

En caso de contratación de esta cobertura adicional, el Asegurado quedará cubierto por los gastos que excedan el deducible de esta cobertura bajo el siguiente alcance:

Detalles de la cobertura	
Suma Asegurada	25,500 UMAM
Deducible	26,000 UMAM
Coaseguro	no aplica

Los gastos médicos cubiertos y las exclusiones bajo las cuales operará esta cláusula serán los mismos que los establecidos para la cobertura básica contratada, incluyendo las complicaciones del embarazo y recién nacido prematuro.

11. Apartado once - Asistencia integral

Este beneficio adicional está incluido y será otorgado por MetLife a través del proveedor con el cual MetLife ha celebrado un contrato para tal efecto.

Centro de atención telefónica, las 24 horas del día los 365 días del año.

Ciudad de México y Área metropolitana:	55 5328 7000
Resto del país:	800 00 METLIFE (638 5433)

Asistencia médica

a) Traslado médico terrestre: si el Asegurado y/o asegurados sufren una enfermedad grave o accidente que les provoque lesiones o traumatismos tales que el equipo médico de "el proveedor", en contacto con el médico que los atienda recomienden su hospitalización, "el proveedor" organizará y cubrirá el costo del traslado al centro hospitalario más cercano o apropiado en ambulancia terrestre, limitado a 2 (dos) eventos al año. Si fuere necesario por razones médicas, dicho traslado se realizará bajo supervisión médica. Servicios subsecuentes con costo preferencial. **No se cubren traslados programados en caso de alta hospitalaria o en caso de cambio de hospital.**

b) Consulta médica telefónica: el Asegurado y/o asegurados podrán solicitar apoyo telefónico las 24 horas, los 365 días del año y el equipo médico de "el proveedor", le orientará acerca de las medidas a seguir según el caso sin emitir un diagnóstico o tratamiento médico definitivo o cambio de medicamentos o tratamiento. A solicitud del Asegurado y con cargo al mismo, "el proveedor" proporcionará previa solicitud del Asegurado, la información correspondiente a las sustancias contenidas en medicinas de patente, así como todo lo relacionado con la información que se encuentre disponible en el vademécum.

c) Visita de un médico a domicilio con costo preferencial: cuando el Asegurado y/o asegurados no pueda trasladarse a consulta médica y la situación pueda resolverse en domicilio por un médico general sin requerir atención médica en una sala de urgencias, se procederá al envío de un médico general a domicilio sujeto a valoración médica por parte del médico que recibe la llamada de solicitud y previa disponibilidad de la red médica de "el proveedor" en las principales ciudades y localidades de la república mexicana. El Asegurado deberá cubrir el copago correspondiente directamente al doctor. Este servicio es sin límite de eventos.

d) Referencias médicas: "el proveedor" proporcionará al Asegurado y/o asegurados, referencias de médicos, clínicas, hospitales y proveedores de servicios médicos en la república mexicana con descuento o costo preferencial. Todos los gastos que se originen serán a cargo del Asegurado el "el proveedor" no tendrá ninguna responsabilidad con respecto al servicio recibido por parte de las referidas compañías. A solicitud del Asegurado la concertación de citas con médicos especialistas se podrá realizar con costo preferencial

e) Remplazo de medicamentos: "el proveedor", coordinará en conjunto con el Asegurado la visita de un médico general o coordinará la vista del Asegurado al consultorio del médico general con el fin de brindarle receta médica para poder adquirir nuevamente su medicamento. Cobertura nacional e internacional.

Asistencia en viajes

Los gastos amparados por este beneficio serán exclusivamente los relacionados con los servicios asistenciales cubiertos por el proveedor que se tenga contratado al momento de la reclamación.

Para efectos de los servicios contemplados, se definen a continuación los siguientes conceptos:

a) Beneficiario. Es la persona que obtiene los servicios de asistencia en viaje.

b) Pasajero. Es la persona que hace uso del transporte público y que cuenta con un boleto para ello. **Queda excluido el personal que se encuentre de servicio en el mismo.**

c) Residencia permanente. El domicilio habitual en los Estados Unidos Mexicanos de un Asegurado, que conste en la póliza de seguro o en algún otro documento oficial.

d) Viaje. El trayecto que recorre el Asegurado desde el momento en que salga de su domicilio o lugar de residencia, hacia su destino, siempre y cuando éste se encuentre por lo menos a una distancia de ciento cincuenta millas (150) del lugar de residencia, y de regreso a dicho domicilio o lugar de residencia, incluyendo todas las actividades que realice en dicho trayecto y durante la estancia en su destino y en lugares intermedios, sin importar que se traslade por medio aéreo, acuático o terrestre., Por un periodo máximo de 60 días consecutivos.

e) Servicios de asistencia. Son los servicios asistenciales que gestiona el proveedor en los términos de estas condiciones generales.

Los servicios consisten en:

I. Traslado médico por emergencia: en caso de enfermedad o accidente del Asegurado durante su estancia en cualquier ciudad del extranjero marcada como destino de su viaje, “el proveedor” sufragará los gastos por traslado terrestre y/o aéreo al centro médico más cercano y apropiado. 2 eventos al año.

II. Traslado de un familiar o acompañante en caso de enfermedad grave en el extranjero: en caso de hospitalización del Asegurado por causa de accidente o enfermedad grave en el extranjero y que el equipo médico de “el proveedor” en coordinación con el médico del Asegurado, recomienden su hospitalización y ésta se prevea de una duración superior a 10 (diez) días naturales, se gestionará y cubrirá el costo de un boleto redondo en línea regular clase turista (con origen en la ciudad de residencia permanente del Asegurado) a una persona designada por él mismo, a fin de acudir a su lado. 1 evento al año, cobertura nacional. A partir de 150 kilómetros del lugar de su residencia. Se requiere parte médico en donde se indique el diagnóstico y hospital en donde se encuentra el Asegurado.

III. Repatriación del cuerpo: En caso de fallecimiento durante viajes fuera de los Estados Unidos Mexicanos, “el proveedor” realizará todas las formalidades necesarias (incluyendo cualquier trámite legal), organizará el traslado y cubrirá los costos por concepto de:

    1. Repatriación del cadáver hasta el lugar de inhumación en el país de residencia permanente del Asegurado.

    2. Ayuda en la coordinación, en conjunto con los familiares, de la preparación del cuerpo y ataúd o su cremación para el traslado. Lo anterior es con costo preferencial.

IV. Transportación o repatriación en caso de lesiones o enfermedad: “el proveedor” cubrirá los gastos de traslado en ambulancia terrestre o avión de línea comercial o en el medio que considere el médico tratante, hasta el centro hospitalario adecuado, o bien, según las circunstancias, al domicilio habitual del Asegurado con supervisión médica. Se cubren dos eventos al año.

V. Consulta y referencia médica: a solicitud del Asegurado, “el proveedor” proporcionará información telefónica acerca de la ubicación de clínicas, hospitales, y médicos en cualquier parte del mundo. Sin límite de eventos. Las 24 horas del día.

VI. Monitoreo médico: a solicitud del Asegurado, el equipo médico de “el proveedor” realizara enlaces con el médico tratante y con el Asegurado para dar seguimiento a cualquier situación médica. Sin límite de eventos.

VII. Garantía de admisión hospitalaria: derivado de una situación de emergencia, “el proveedor” garantizará la admisión y atención hospitalaria en nuestra red al Asegurado sin requisitos de depósitos o tarjeta del Asegurado en los casos en los cuales las políticas del hospital lo permitan (para garantizar gastos personales o no cubiertos). Sin límite de eventos.

VIII. Envió de mensajes urgentes: “el proveedor”, a petición del Asegurado mantendrá comunicación con los familiares y trasmitirá los mensajes urgentes que éste le solicite derivados de una situación de emergencia. Sin límite de eventos.

IX. Cuidado y traslado de acompañantes: cuando la lesión o enfermedad del Asegurado impida la continuación del viaje, “el proveedor” sufragará los gastos de traslado de los acompañantes hasta su domicilio habitual o hasta el lugar donde el Asegurado designe o al lugar donde se encuentre hospitalizado, siempre y cuando dicho traslado no pueda efectuarse en el medio de transporte previsto con motivo del viaje. Si alguno de los acompañantes fuese menor a quince años y no tuviese quién lo acompañe, “el proveedor”, a solicitud del Asegurado, proporcionará una persona para que la atienda durante el traslado. 1 evento al año.

Asistencia legal

Los servicios consisten en:

a) Referencia de abogados: a solicitud del Asegurado “el proveedor” proporcionará información telefónica acerca de la ubicación y teléfonos de abogados que se encuentren disponibles y que estén cercanos a su ubicación en principales ciudades de la República Mexicana. Este servicio es sin límite de eventos. En caso de ser necesario, se proporcionará un intérprete al asegurado para garantizar la comunicación con los abogados cuando el asunto no pueda desarrollarse en el idioma o lenguaje de su dominio.

b) Orientación legal telefónica: “el proveedor” pondrá a disposición del Asegurado los servicios de asesoría legal telefónica las 24 horas.

Orientación odontológica

“El proveedor” pondrá a disposición del Asegurado los servicios de asesoría en caso de molestias dentales, técnicas de cepillado y en general cuidados de higiene bucal sin recetar medicamentos. En caso necesario se brindará referencia para atención médica dental. Sin límite de eventos. “El proveedor” pondrá a solicitud del Asegurado concertar citas con odontólogos de su red.

Orientación psicológica telefónica

Orientación psicotelefónica: en caso de que el Asegurado lo requiera, los psicólogos especialistas de “el proveedor” ofrecerán las 24 horas del día los 365 días del año asesoramiento, consultas y orientación a distancia a problemáticas comunes como: depresión, adicciones, divorcios, violencia, etc. La asistencia será otorgada de manera anónima, sin recetar medicamentos, ni emitir diagnóstico alguno.

1. La duración de la llamada tendrá un tiempo máximo de 20 minutos por sesión, limitada a 2 sesiones sin costo por mes.

2. Las llamadas adicionales a la cobertura tendrán un costo por hora por sesión.

3. Servicio a domicilio: en caso de que Asegurado así lo requiera, “el proveedor” enviará con costo preferencial lo siguiente a domicilio: terapeuta especializado, ambulancia.

Nota: no se contempla el envío de psicólogos, psiquiatras o terapeutas a domicilio, ya que; la atención del paciente debe de realizarse en un entorno totalmente distinto al domicilio del paciente y de igual forma, será responsable de coordinar directamente su cita de acuerdo con las opciones proporcionadas.

4. En caso de ambulancias, se excluye el envío de ambulancia para pacientes con trastornos psiquiátricos.

Asistencia nutricional

a) Cálculo del peso ideal y del índice de masa corporal: los coordinadores de “el proveedor” calcularán el Índice de Masa Corporal (IMC) del Asegurado y evaluarán si existe algún grado de riesgo. Se le orientará sobre el peso ideal con relación a su edad y actividad física diaria.

b) Diseño de dietas y rutinas de ejercicio: los médicos coordinadores de “el proveedor” proporcionarán al Asegurado la dieta o rutina de ejercicio que se adapte a sus necesidades y estilo de vida.

c) Orientación telefónica: en caso de que el Asegurado lo requiera, los médicos coordinadores darán de forma ilimitada los 365 días del año de 8 de la mañana a 8 de la noche orientación del siguiente tipo:

   1) Suplementos – se brindará la asesoría que el Asegurado requiera sobre distintos tipos de suplementos nutricionales según sus necesidades. Se orienta con respecto al suplemento que ya consume el Asegurado. El nutriólogo no receta o indica suplementos al no estar valorando personalmente al paciente.

   2) Orientación en caso de desórdenes alimenticios – el personal calificado dará la información u orientación que requiera el Asegurado sobre síntomas, tratamientos y clínicas especializadas en el tratamiento de este tipo de padecimientos.

   3) Referencias con especialistas – en caso de que el Asegurado requiera una asesoría más personalizada se le coordinarán citas con nutriólogos en cualquier parte de la república mexicana con costo preferencial para el Asegurado.

   4) Orientación de nutrición: “el proveedor” enviará de forma periódica un consejo al teléfono celular o correo electrónico del Asegurado sobre distintos temas relacionados con el cuidado de la salud y la nutrición. Servicio opcional, para poder recibirlo es necesario registrase previamente.

Exclusión de esta asistencia: cuando el Asegurado no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto, o bien incurra en falsedad de declaraciones.

12. Anexo 1 Glosario

Anexo 1.1. Ley Sobre el Contrato de Seguro

Artículo 7.- Las condiciones generales del seguro deberán figurar en el mismo formulario de ofertas suministrado por la empresa aseguradora, o bien remitirse al proponente para que éste las incluya en la oferta del contrato que ha de firmar y entregar a la empresa. El proponente no estará obligado por su oferta si la empresa no cumple con esta disposición. Las declaraciones firmadas por el Asegurado serán la base para el contrato.

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 o 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 19.- Para fines de prueba, el contrato de seguro, así como sus adiciones y reformas, se harán constar por escrito. Ninguna otra prueba, salvo la confesional, será admisible para probar su existencia, así como la del hecho del conocimiento de la aceptación, a que se refiere la primera parte de la fracción i del artículo 21.

Artículo 21.- El contrato de seguro:

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

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

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

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

Artículo 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y l0 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 52.- El Asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

Artículo 65.- Si durante el plazo del seguro se modifican las condiciones generales en contratos del mismo género, el Asegurado tendrá derecho a que se le apliquen las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para la empresa prestaciones más elevadas, el Contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda.

Artículo 66.- Tan pronto como el Asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

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

Artículo 68.- La empresa quedará desligada de todas las obligaciones del contrato, si el Asegurado o el beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben oportunamente las circunstancias del siniestro.

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

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

Artículo 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 72.- En todos los casos en que la dirección de las oficinas de las instituciones de seguros llegare a ser diferente de la que conste en la póliza expedida, deberán comunicar al Asegurado la nueva dirección en la república para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a la empresa aseguradora y para cualquiera otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que la empresa aseguradora deba hacer al Asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca el Asegurador.

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

I. En cinco años, tratándose de la cobertura de Fallecimiento en los seguros de vida.
II. En dos años, en los demás casos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 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 opor causa de muerte.

En todo caso, la aseguradora quedará liberada de sus obligaciones si paga con base en la designación de beneficiarios más reciente, realizada conforme a lo previsto en el contrato de seguro respectivo.

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 encargados regionales en cada entidad federativa en que la institución financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;

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

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

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

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

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

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

Las unidades especializadas serán supervisadas por 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;

VI. 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;

VII. 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.

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

a) Los intereses moratorios;

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

c) La obligación principal.

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

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

IX. Si la institución de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la comisión nacional para la protección y defensa de los usuarios de servicios financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 días de salario.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anexo 1.4 Ley del Impuesto Sobre la Renta

Artículo 93. No se pagará el Impuesto Sobre la Renta por la obtención de los siguientes ingresos:

XXI. Las cantidades que paguen las instituciones de seguros a los asegurados o a sus beneficiarios cuando ocurra el riesgo amparado por las pólizas contratadas y siempre que no se trate de seguros relacionados con bienes de activo fijo.

Tratándose de seguros en los que el riesgo amparado sea la supervivencia del Asegurado, no se pagará el Impuesto Sobre la Renta por las cantidades que paguen las instituciones de seguros a sus asegurados o beneficiarios, siempre que la indemnización se pague cuando el Asegurado llegue a la edad de sesenta años y además hubieran transcurrido al menos cinco años desde la fecha de contratación del seguro y el momento en el que se pague la indemnización. Lo dispuesto en este párrafo sólo será aplicable cuando la prima sea pagada por el Asegurado.

Tampoco se pagará el Impuesto Sobre la Renta por las cantidades que paguen las instituciones de seguros a sus asegurados o a sus beneficiarios, que provengan de contratos de seguros de vida cuando la prima haya sido pagada directamente por el empleador en favor de sus trabajadores, siempre que los beneficios de dichos seguros se entreguen únicamente por muerte, invalidez, pérdidas orgánicas o incapacidad del Asegurado para realizar un trabajo personal remunerado de conformidad con las leyes de seguridad social y siempre que en el caso del seguro que cubre la muerte del titular los beneficiarios de dicha póliza sean las personas relacionadas con el titular a que se refiere la fracción I del artículo 176 de esta Ley y se cumplan los demás requisitos establecidos en la fracción XII del artículo 31 de la misma Ley. La exención prevista en este párrafo no será aplicable tratándose de las cantidades que paguen las instituciones de seguros por concepto de dividendos derivados de la póliza de seguros o su colectividad. No se pagará el Impuesto Sobre la Renta por las cantidades que paguen las instituciones de seguros a sus asegurados o a sus beneficiarios que provengan de contratos de seguros de vida, cuando la persona que pague la prima sea distinta a la mencionada en el párrafo anterior y que los beneficiarios de dichos seguros se entreguen por muerte, invalidez, pérdidas orgánicas o incapacidad del Asegurado para realizar un trabajo personal.

El riesgo amparado a que se refiere el párrafo anterior se calculará tomando en cuenta todas las pólizas de seguros que cubran el riesgo de muerte, invalidez, pérdidas orgánicas o incapacidad del Asegurado para realizar un trabajo personal remunerado de conformidad con las leyes de seguridad social, contratadas en beneficio del mismo Asegurado por el mismo empleador.

Tratándose de las cantidades que paguen las instituciones de seguros por concepto de jubilaciones, pensiones o retiro, así como de seguros de gastos médicos, se estará a lo dispuesto en las fracciones III y IV de este artículo, según corresponda.

Lo dispuesto en esta fracción sólo será aplicable a los ingresos percibidos de instituciones de seguros constituidas conforme a las leyes mexicanas, que sean autorizadas para organizarse y funcionar como tales por las autoridades competentes.

En cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y 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 7 de agosto de 2026, con número CNSF-S0034-0346-2026 / CONDUSEF-007324-01.

MetLife México, S.A. de C.V.

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 55 5328- 7000, 800 00 METLIFE (638 5433) o en nuestro portal www.metlife.com.mx.

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

También podrás comunicarte con la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en los teléfonos 55 5340-0999, 800-999-8080, al correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03100, Ciudad de México, o en su portal www.condusef.gob.mx.

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

Centros de servicio

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

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

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

Nuevo León
Miguel Hidalgo número 330,
Plaza Comercial Centro Cuauhtémoc, Local A01-B,
Colonia Centro,
Código postal 64000,
Monterrey, Nuevo León

Cuernavaca
Avenida Río Mayo número 1207 y 1209,
Plaza Vista Hermosa Local 7 y 8,
Colonia Vista Hermosa,
Código postal 62290
Cuernavaca, Morelos

Toluca
Ignacio Allende número 101
Colonia Centro
Código postal 50000
Toluca de Lerdo
Estado de México

Puebla
Calle 39 Poniente número 3515
Local L1-A
Colonia Las Ánimas
Código postal 72400
Puebla, Puebla

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

metlife.com.mx
800 00 METLIFE