MédicaLife
Básico estandarizado

Condiciones generales

RECAS: CONDUSEF-000092-02

Contenido

1. Definiciones 1

1.1. Accidente 1

1.2. Asegurado 1

1.3. Contrato de seguro 1

1.4. Póliza 1

1.5. Fecha de inicio de cobertura 2

1.6. Fecha de inicio de vigencia 2

1.7. Fecha de término de vigencia 2

1.8. La compañía 2

1.9. Recibo de pago 2

1.10. Solicitud 2

1.11. Enfermedad 2

2. Relativas a la cobertura 2

2.1. Apendicectomía 3

2.2. Cáncer 3

2.3. Cirugías de corazón 3

2.4. Colecistectomía 3

2.5. Fracturas de huesos 3

2.6. Hospitalización 3

2.7. Infarto cardíaco agudo 3

2.8. Infarto o derrame cerebral 3

2.9. Institución hospitalaria 3

2.10. Insuficiencia renal crónica 3

2.11. Litiasis (litotripsia) 3

2.12. Politraumatismo 4

2.13. Preexistencia 4

2.14. Renta diaria 4

2.15. SIDA 4

2.16. Suma Asegurada 4

2.17. Trasplante de órganos mayores 4

3. Objeto del seguro 4

A. Renta diaria por hospitalización 4

B. Indemnización por diagnóstico o tratamiento 4

4. Cuadro descriptivo de coberturas amparadas **5**

5. Eventos cubiertos **6**

A. Renta diaria por hospitalización **6**

B. Indemnización por diagnóstico o tratamiento **6**

6. Exclusiones **7**

7. Pago de indemnizaciones **8**

7.1. Limites de indemnizaciones **8**

7.2. Comprobación del evento cubierto **9**

8. Cláusulas generales **9**

8.1. Cláusulas de interés para el Asegurado **9**

8.2. Cláusulas operativas **10**

8.3. Cláusulas contractuales **11**

1. Definiciones

Para efectos de este contrato se considerarán las siguientes definiciones.

Relativas al contrato

1.1. Accidente

Acontecimiento provocado por una causa externa, imprevista, fortuita, violenta e involuntaria que lesiona al Asegurado ocasionándole daños corporales.

1.2. Asegurado

Persona expuesta a cualquier evento cubierto por esta póliza con derecho a los beneficios de la misma.

1.3. Contrato de seguro

Documento donde se establecen los términos y condiciones celebradas entre el Contratante y MetLife, así como los derechos y obligaciones de las partes. Este documento está integrado por las condiciones generales, la carátula de la póliza, la solicitud de seguro y endosos que se agreguen, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro.

Este contrato de seguro está constituido por:

a) Las declaraciones del solicitante titular proporcionadas por escrito en la solicitud del seguro.

b) La póliza.

c) Las cláusulas adicionales o endosos, los cuales son documentos que modifican o condicionan en cualquier sentido los alcances del contrato.

d) Las condiciones generales.

e) Cualquier otro documento que hubiera sido materia para la celebración del mismo.

1.4. Póliza

Conjunto de documentos que establecen los derechos y obligaciones de las partes involucradas por la transferencia del riesgo, así como los términos y condiciones específicos que se seguirán en este proceso y que en general se componen de:

a) Carátula de póliza: documento escrito que identifica claramente al emisor del documento y en el que señala:

1. Nombres y firmas de los representantes de MetLife.
2. Nombre y domicilio del Contratante.
3. La designación de las personas aseguradas.
4. La naturaleza de los riesgos transferidos.
5. Fecha de inicio y fin de la vigencia.
6. Lista de endosos incluidos.

7. El monto de límites directos sobre la transferencia del riesgo tales como deducibles y cualquier otra condición que sea necesaria para la claridad de los términos asumidos.

8. Cobertura contratada.

9. Prima del seguro.

10. Montos de Suma Asegurada o tipo de plan.

b) Condiciones generales: conjunto de cláusulas donde se establece la descripción jurídica de las condiciones de cobertura, y que señalan detalladamente los términos y características que tiene la transferencia del riesgo, las obligaciones y derechos que cada parte tiene de acuerdo con las disposiciones legales y, cuando es el caso, por las convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación del contrato.

c) Endosos: documento, generado por MetLife, previo acuerdo entre las partes, que al adicionarse a las condiciones generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica específica, que por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato, es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación.

   Lo señalado por estos documentos prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

d) Información para la orientación en caso de siniestro: texto(s) que describe(n) los pasos a seguir, ante la necesidad de uso de la condición de protección otorgada, y que resuelve las principales dudas que por esta situación se presentan.

1.5. Fecha de inicio de cobertura

Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuenta con la protección ofrecida en este contrato de seguro.

1.6. Fecha de inicio de vigencia

Es la fecha a partir de la cual el contrato de seguro entra en vigor.

1.7. Fecha de término de vigencia

Fecha en la cual concluye la protección de este contrato de seguro, de conformidad con lo estipulado en la carátula.

1.8. La compañía

Nombre con el cual se designará a la aseguradora MetLife México, S.A. de C.V. en este documento, la cual está constituida de acuerdo a las leyes mexicanas aplicables a la materia, y que asume el riesgo amparado por la póliza.

1.9. Recibo de pago

Es el documento expedido por MetLife, en el que se establece la prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.

1.10. Solicitud

Documento que comprende la voluntad del Contratante y Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la póliza y deberá ser llenado y firmado por el Contratante y por el Asegurado titular cuando sea distinto del Contratante.

1.11. Enfermedad

Es la alteración en la salud del Asegurado, diagnosticada por un profesionista de la salud calificado para emitir el diagnóstico correspondiente, legalmente autorizado para ejercer la profesión o especialidad de que se trate.

2. Relativas a la cobertura

2.1. Apendicectomía

Es la cirugía abierta o laparoscópica para extirpar el apéndice.

2.2. Cáncer

Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o las metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y leucemia.

2.3. Cirugías de corazón

Operación quirúrgica con tórax abierto, para la colocación de conductos sanguíneos (by-pass) ya sean de venas o arterias para la revascularización del miocardio. Incluyendo el procedimiento de angioplastía con colocación de stent.

2.4. Colecistectomía

Es la cirugía abierta o laparoscópica para extirpar la vesícula biliar.

2.5. Fracturas de huesos

Ruptura de un hueso. Esta puede acompañarse de lesión en mayor o menor grado de articulaciones, músculos, vasos y/o nervios.

2.6. Hospitalización

Es el internamiento del Asegurado por más de 24 horas en una institución hospitalaria legalmente autorizada para la atención de una enfermedad o accidente. Inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

2.7. Infarto cardíaco agudo

Es el resultado de una rápida disminución o la interrupción de la sangre que llega al músculo cardíaco secundario a la obstrucción del vaso sanguíneo denominado arteria coronaria, causando la muerte de células del músculo cardíaco.

2.8. Infarto o derrame cerebral

La obstrucción o ruptura de los vasos sanguíneos del cerebro o cuando éstos se obstruyen por un coágulo de sangre.

2.9. Institución hospitalaria

Institución pública o privada legalmente constituida y registrada ante las autoridades sanitarias, que tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos mediante médicos legalmente autorizados durante las 24 horas del día y durante todos los días del año y que dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar padecimientos, incluida la cirugía.

2.10. Insuficiencia renal crónica

Es la pérdida de la capacidad de los riñones para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos que empeora lentamente.

2.11. Litiasis (litotripsia)

Procedimiento médico para romper cálculos que se forman en el riñón, la vejiga o los uréteres.

2.12. Politraumatismo

Múltiples lesiones traumáticas de alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles en el organismo producidas en un mismo accidente y con repercusión circulatoria y/o ventilatoria, que conlleve un riesgo vital.

2.13. Preexistencia

Se declara preexistencia cuando se cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

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

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

2.14. Renta diaria

Es la indemnización que pagará MetLife por cada día de hospitalización.

2.15. SIDA

Etapa más grave de la infección por VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), la cual produce daño severo al sistema inmunitario.

2.16. Suma Asegurada

Es la responsabilidad a cargo de MetLife por pago de cada evento cubierto.

2.17. Trasplante de órganos mayores

Procedimiento quirúrgico para extirpar un órgano o tejido enfermo y reemplazarlo por uno sano.

3. Objeto del seguro

A. Renta diaria por hospitalización

Si durante la vigencia del contrato de seguro, el Asegurado incurriera en una hospitalización cubierta, MetLife pagará la renta diaria estipulada en la carátula de la póliza por cada día de hospitalización hasta el límite de responsabilidad por pago de rentas diarias. Para que esta cobertura surta efecto, deberá cumplir con las estipulaciones mencionadas en la cláusula 4 inciso “a” de este contrato de seguro.

B. Indemnización por diagnóstico o tratamiento

Si durante la vigencia del contrato de seguro el Asegurado presentara un diagnóstico o tratamiento cubierto, MetLife pagará la respectiva Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza. Para que esta cobertura surta efecto, cada evento cubierto deberá cumplir con las estipulaciones mencionadas en la cláusula 4 inciso “b” de este contrato de seguro.

4. Cuadro descriptivo de coberturas amparadas

Coberturas	Padecimientos	Exclusiones y observaciones	Suma Asegurada	Tiempo máximo de pago	Hospitales	Reinstalación	Periodos de espera
Renta diaria por hospitalización	Enfermedades y accidentes cubiertos en GM sin periodo de espera	Aplican exclusiones del apartado cinco	1/2 SMGM[1]	30 días por padecimiento	Públicos y privados	Sí	12 meses
	Padecimientos ginecológicos, columna vertebral, glándulas mamarias, adenoiditis, amigdalitis, hemorroides, fisuras y fisuras rectales (o prolapsos del recto), hernias y eventraciones, nariz y senos paranasales		1/2 SMGM[1]	30 días por padecimiento		Sí	12 meses
	Parto normal		1/2 SMGM[1]	2 días		Sí	12 meses
	Complicaciones en el parto		1/2 SMGM[1]	30 días		Sí	12 meses
	Cesarea		1/2 SMGM[1]	2 días		Sí	12 meses
	Complicaciones del recién nacido		1/2 SMGM[1]	30 días		Sí	12 meses
Indemnización por enfermedades de alta frecuencia	Colecistectomía	Aplican exclusiones del apartado cinco	5 SMGM	Pago único	Públicos y privados	No*	3 meses
	Litotripsia		5 SMGM			No*	3 meses
	Apendisectomía		5 SMGM			No*	3 meses
	Fractura de huesos	Aplican exclusiones del apartado cinco. No se cubren fracturas de pies, manos y nariz.	1 SMGM			No*	3 meses
Indemnización por enfermedades de alta severidad	Cáncer	Aplican exclusiones del apartado cinco. Cáncer de piel e insitu quedan excluídos	20 SMGM	Pago único	Públicos y privados	No*	3 meses
	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA)	Aplican exclusiones del apartado cinco.	20 SMGM			No*	4 años
	Infarto cardíaco agudo y cirugías del corazón		20 SMGM			No*	3 meses
	Derrame o infarto cerebral		20 SMGM			No*	3 meses
	Trasplante de órganos mayores	Incluye únicamente corazón pulmón, páncreas, riñón, higado y médula ósea. Aplican exclusiones del apartado cinco.	20 SMGM			No*	3 meses
	Insuficiencia renal crónica	Aplican exclusiones del apartado cinco.	20 SMGM			No*	3 meses
	Postraumatismos	Aplican exclusiones del apartado cinco.	20 SMGM			No*	No aplica

SMGM: Salario Mínimo o Mensual General en la Ciudad de México
(1) Monto de indemnización por día

(*) En el caso de indemnización por enfermedades de alta frecuencia o alta severidad, únicamente se indemniza una vez por padecimiento.

5. Eventos cubiertos

A. Renta diaria por hospitalización

Se indemniza la renta diaria de acuerdo a lo siguiente:

a.1. En el caso de hospitalización, cuando se presente después de los primeros 30 (treinta) días naturales de vigencia continua de la póliza en MetLife para el Asegurado afectado, salvo en caso de accidentes la cobertura inicia a partir del primer día. El tiempo máximo de pago es de 30 (treinta) días.

a.2. Para la hospitalización por parto normal y cesárea siempre y cuando la madre asegurada cuente con al menos 12 (doce) meses de vigencia continua en la póliza en MetLife; con máximo de 2 (dos) días de renta diaria. En caso de complicación del parto, ésta queda cubierta por un tiempo máximo de hasta 30 (treinta) días, igualmente siempre y cuando la madre cuente con al menos 12 (doce) meses de vigencia.

a.3. Para la hospitalización por las complicaciones del recién nacido siempre y cuando la madre asegurada cuente con al menos 12 meses de vigencia continua en la póliza en MetLife; con un máximo de 30 días de renta diaria.

a.4. La renta diaria de los siguientes padecimientos siempre y cuando el Asegurado afectado cuente con al menos 12 meses de vigencia continua en la póliza en MetLife:

a) Padecimientos ginecológicos.

b) Padecimientos de la columna vertebral.

c) Padecimientos de glándulas mamarias.

d) Hemorroides, fístulas y fisuras rectales o prolapsos del recto.

e) Amigdalitis y adenoiditis.

f) Hernias y eventraciones.

g) Nariz o senos paranasales.

Salvo en el caso de politraumatismo.

a.5. En los demás casos cuando la hospitalización se presente después de los primeros 30 días naturales de vigencia continua de la póliza en MetLife para el Asegurado afectado.

El límite de responsabilidad a cargo de MetLife por pago de rentas diarias será hasta un máximo de 30 (treinta) días de indemnización por padecimiento, por cada año de vigencia, excepto en parto normal y cesárea en los cual será máximo de 2 (dos) días.

B. Indemnización por diagnóstico o tratamiento

Se indemniza la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza para cada uno de los siguientes eventos:

b.1 Para fracturas de huesos y politraumatismos a partir del primer día de vigencia de la póliza para el Asegurado afectado. En el caso de fracturas de huesos la indemnización es única dentro de la vigencia de la póliza, independientemente del número de eventos de este tipo que exista en dicho periodo.

Quedan excluidas las fracturas de huesos del pie, las manos y la nariz.

b.2 Para los siguientes eventos, siempre y cuando el Asegurado afectado cuente con al menos 3 meses de vigencia continua en la póliza en MetLife:

i. Apendicectomía.

ii. Colecistectomía.

iii. Litiasis.

iv. Cáncer: excepto cáncer no invasivo in-situ y el cáncer de piel.

v. Infarto cardíaco agudo y cirugías de corazón.

vi. Infarto o derrame cerebral.

vii. Trasplantes de los siguientes órganos mayores: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea.

viii. Insuficiencia renal crónica.

Para cada uno de estos eventos, la Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado.

b.3 Para SIDA siempre y cuando el Asegurado afectado cuente con al menos 4 años de vigencia continua en la póliza en MetLife. La Suma Asegurada es única en la vida del Asegurado.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) deberá ser diagnosticado positivo a los estudios serológicos y confirmado una vez que hayan transcurrido los primeros 4 años de vigencia continua de la póliza en MetLife.

6. Exclusiones

Para efectos de este contrato de seguro, quedan excluidas las rentas diarias por hospitalización e indemnizaciones por diagnóstico o tratamiento correspondientes a:

a. Padecimientos preexistentes a la contratación del seguro.

b. Hospitalización o eventos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, miopía o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo.

c. Hospitalización o eventos derivados del control de la fertilidad, natalidad e infertilidad.

d. Hospitalización o eventos debido a lesión autoinfligida, intento de suicidio, aún y cuando se cometa en estado de enajenación mental.

e. Hospitalización o eventos ocurridos a consecuencia de riña con provocación por parte del Asegurado o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el Asegurado como sujeto activo o por culpa grave estando bajo influencia de algún enervante, estimulante o similar que no haya sido prescrito por un médico.

f. Hospitalización o eventos derivados a consecuencia de Servicio Militar de cualquier clase y actos de guerra.

g. Hospitalización o eventos causados a consecuencia de la utilización de métodos basados en hipnotismo, quelaciones, magnetoterapia y cualquier tipo de medicina alternativa o procedimientos no aprobados por la Secretaría de Salud.

h. Hospitalización o eventos para tratamientos dentales o alveolares o gingivales o maxilofaciales, a excepción de accidentes.

i. Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de "Check up".

j. Afecciones propias del embarazo como abortos y legrados.

k. Gastos o manifestaciones de la enfermedad o padecimiento que se encuentren dentro de su periodo de espera.

l. Tratamientos en vías de experimentación.

m. Tratamientos estéticos o plásticos, de control de calvicie, reducción de peso u obesidad, o esterilidad.

n. Tratamientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.

7. Pago de indemnizaciones

7.1. Límites de indemnizaciones

Los eventos que resulten cubiertos en los términos del presente contrato serán pagaderos, al Asegurado o a quien corresponda, en las oficinas de MetLife dentro de los 30 días naturales a la fecha que se reciban todas los documentos que fundamenten la indemnización que MetLife haya solicitado de acuerdo a lo citado en la cláusula 6.2 comprobación del evento cubierto.

Las indemnizaciones para los eventos cubiertos citados en el apartado 4, se pagarán de acuerdo a los siguientes límites:

Evento	Renta diaria
Hospitalización	De acuerdo a a.4 1/2 SMMGVDF*

* SMMGVDF= Salario Mínimo Mensual General Vigente en la Ciudad de México

Evento	Diagnóstico o tratamiento	Suma Asegurada
Indemnizaciones	De acuerdo a a.4.b.1. Fractura de huesos	1 SMMGVDF*
	De acuerdo a a.4.b.2. Colesistectomía Litiásis Apendicectomía	5 SMMGVDF*
	Cáncer Infarto cardíaco agudo y cirugía de corazón Derrame o infarto cerebral Trasplante de órganos mayores Insuficiencia renal Politraumatismos	20 SMMGVDF*
	De acuerdo a a.4.b.2. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	20 SMMGVDF*

EV* SMMGVDF= Salario Mínimo Mensual General Vigente en la Ciudad de México

7.2. Comprobación del evento cubierto

Se consideran documentos necesarios para determinar la procedencia del evento, los siguientes:

(i) Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o acta de nacimiento en caso contrario.

(ii) En el caso de una reclamación por renta diaria por hospitalización, será indispensable presentar:

- El comprobante de la institución hospitalaria con nombre completo del paciente, diagnóstico y número de días de estancia.
- La factura por el monto de los gastos médicos erogados por la atención del Asegurado, que cumpla con los requisitos previstos en las disposiciones fiscales aplicables (sólo para el caso de hospitalización en hospitales privados).

(iii) En caso de una indemnización por diagnóstico o tratamiento, será indispensable presentar:

- El informe del médico tratante.
- Los estudios y documentos en los que el médico tratante certifique el diagnóstico del evento.

En caso de no cumplirse estos requisitos dentro de los dos años siguientes contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, MetLife quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

El Asegurado acepta y reconoce expresamente que MetLife no estará obligada a entregar una indemnización en exceso a la que corresponde a cada cobertura.

MetLife tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a MetLife de cualquier obligación.

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

En caso de que MetLife notifique la improcedencia de una reclamación a causa de preexistencia, el reclamante podrá acudir a un perito médico que sea designado entre el reclamante y MetLife, para un arbitraje privado. MetLife acepta que si el reclamante acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, él mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para dirimir la controversia. El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el reclamante y por MetLife quienes al momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que se emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por MetLife.

8. Cláusulas generales

8.1. Cláusulas de interés para el Asegurado

A. Renovación

Este contrato de seguro se considerará renovado, por periodos de un año, si dentro de los últimos 30 días de vigencia de cada periodo, el Asegurado no da aviso por escrito, de su voluntad de no renovarlo.

El pago de prima acreditada mediante el recibo, extendido en las formas usuales de MetLife, se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

MetLife acuerda otorgar al Asegurado la renovación de su contrato de seguro en los términos y condiciones del producto básico que tenga registrado y vigente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

B. Primas

La prima total de la póliza es la suma de las primas de cada uno de los Asegurados, de acuerdo con su lugar de residencia, sexo y edad alcanzada en la fecha de emisión.

En cada renovación la prima será calculada de acuerdo con el lugar de residencia, el sexo y la edad alcanzada por cada uno de los asegurados, aplicando las tarifas en vigor a esa fecha, registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los pagos deberán efectuarse:

1) En el domicilio de MetLife contra la entrega del recibo expedido por la misma, o

2) De acuerdo a los medios autorizados por MetLife para este producto.

C. Ajustes por movimientos de asegurados

En el caso de altas de asegurados, MetLife cobrará al contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento de la póliza y emitirá el recibo correspondiente.

En el caso de bajas de asegurados, se procederá en forma similar, devolviéndose al Contratante el 60% de la prima no devengada. En el caso de bajas de asegurados que hayan sido indemnizados, no procederá la devolución de primas.

D. Edad alcanzada

a) MetLife aceptará el ingreso a la póliza a personas desde el primer día de nacidas hasta los 64 años. En los casos de renovación la póliza podrá ser renovada de acuerdo a las cláusulas de renovación, y ajustes por movimientos de asegurados incluidos en ella y podrá efectuarse mientras vivan los asegurados mediante la obligación del pago de la prima.

b) Si a consecuencia de inexacta declaración, la edad de alguno de los asegurados, al tiempo de la celebración o en su caso de la renovación del contrato de seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la presente póliza quedarán rescindidos para el Asegurado y MetLife reintegrará al Contratante el 50% de la parte de la prima correspondiente a ese Asegurado.

c) Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la declaración de la edad de alguno de los asegurados, y la prima pagada fuese inferior a la que correspondiera realmente, la responsabilidad de MetLife se reducirá en la proporción que exista entre la prima pagada y la prima para la edad real en la fecha de celebración del contrato de seguro, siempre y cuando la edad se encuentre dentro de los límites establecidos. Si fuese mayor se devolverá la prima pagada en exceso.

d) MetLife se reserva el derecho de exigir, en cualquier momento, la comprobación de la fecha de nacimiento de los asegurados y una vez comprobada, MetLife deberá anotarla en la propia póliza y extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre la edad.

E. Periodo de gracia

El Contratante dispondrá de treinta días naturales a partir de la fecha de inicio de vigencia para efectuar el pago de la prima. Cualquier prima vencida y no pagada será deducida de cualquier indemnización. Si no hubiere sido pagada la prima dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato de seguro cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo.

F. Reconocimiento de antigüedad

No se reconocerá antigüedad entre compañías.

8.2. Cláusulas operativas

A. Residencia

Para efecto de esta póliza sólo podrán quedar protegidas por este seguro, las personas que radiquen permanentemente en la República Mexicana.

B. Vigencia

La vigencia de este contrato de seguro será de un año, entrando en vigor desde la fecha y hora que se estipula en la carátula de la póliza.

C. Modificaciones

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaran con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los 30 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.

8.3. Cláusulas contractuales

A. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Aseguradora a los teléfonos 555328-9002 ó 800 9071111, correo electrónico unidadespecializada@metlife.com.mx, o en la página www.metlife.com.mx, o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la propia Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

B. Preexistencia

Es aquel padecimiento y/o enfermedad del que se determina es improcedente una reclamación, cuando se cuenta con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

1) Que previamente a la celebración de un contrato de seguro, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de algún diagnóstico.

2) Cuando MetLife cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho 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 resumen del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

3) Que previamente a la celebración del contrato de seguro, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate. Para efectos de preexistencia, se considerará que la vigencia de la póliza no se ha interrumpido si operó la rehabilitación de la misma.

C. Prescripción

Todas las acciones que deriven de este contrato de seguro, prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen tal como lo previene el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley.

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

En términos del artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la CONDUSEF, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro producirá la interrupción de la prescripción, mientras que la suspensión de la prescripción sólo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esa institución, conforme lo dispuesto por el artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

D. Omisiones o inexactas declaraciones

El Contratante y los Asegurados están obligados a declarar por escrito a MetLife, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato de seguro.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior, facultará a MetLife para considerar rescindido de pleno derecho el contrato de seguro, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

E. Moneda

Los pagos de primas e indemnizaciones de esta póliza se efectuarán en Moneda Nacional.

F. Notificaciones

Cualquier reclamación o notificación realizada por el contratante y/o Asegurado, relacionada con el presente seguro, deberá hacerse por escrito a MetLife en su domicilio social indicado en la carátula de la póliza.

Cualquier notificación realizada por MetLife relacionada con el presente seguro, deberá hacerse por escrito en el último domicilio que haya notificado el contratante para tal efecto.

G. Revelación de comisiones

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato de seguro. 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.

H. Interés moratorio

En el caso de que MetLife, no obstante 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 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.

Ley Sobre el Contrato de Seguro 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.

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 parentesco en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la institución de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

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

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

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.

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

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

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 26 de febrero de 2016, con número CNSF-S0034-0207-2016 / CONDUSEF-000092-02.

MetLife México, S.A. de C.V.

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 555329 9321 o en nuestro portal www.metlife.com.mx

En caso de incorformidad, podrás comunicarte con la Unidad Especializada de MetLife México, S.A. de C.V. en los teléfonos 555328-9002 o lada sin costo en el 800-907-1111, en el correo electrónico unidadespecializada@metlife.com.mx o en la dirección Avenida Insurgentes Sur número 1457, pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, 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 555340-0999 o lada sin costo 800-999-8080, en el correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03100, Ciudad de México, o en su portal www.condusef.gob.mx

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

Centros de servicio

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

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

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

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

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

metlife.com.mx
800 00 METLIFE