Horizonte MetLife
Dólares

Condiciones generales

RECAS: CONDUSEF-000334-01

Contenido

1. Apartado uno – Objeto del seguro 1

2. Apartado dos – Definiciones 1

2.1. Contratante 1

2.2. Asegurado 1

2.3. Reserva matemática 1

2.4. Enfermedad en fase Terminal 1

2.5. Certificación médica 2

2.6. Rescisión 2

2.7. Padecimientos preexistentes 2

2.8. Padecimientos congénitos 3

2.9. Culpa grave 3

3. Apartado tres – Descripción de coberturas 3

3.1. Cobertura básica 3

3.1.1. Protección 3

3.1.2. Plazo del seguro 4

3.1.3. Límites de edad 4

3.2. Coberturas y beneficios adicionales que pueden ser contratados 4

3.2.1. Coberturas adicionales de Invalidez Total y Permanente 4

3.2.1.1. Cobertura adicional de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (EP) 4

3.2.1.1.1. Definición de invalidez total y permanente 4

3.2.1.1.2. Cobertura 5

3.2.1.1.3. Limites de edad 5

3.2.1.1.4. Requisitos para reclamaciones 5

3.2.1.1.5. Exclusiones 5

3.2.1.1.6. Terminación de la cobertura 6

3.2.1.2. Cobertura adicional de Pago Anticipado de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PASI) 6

3.2.1.2.1. Definición de invalidez total y permanente 6

3.2.1.2.2. Cobertura 7

3.2.1.2.3. Limites de edad 8

3.2.1.2.4. Requisitos para reclamaciones 8

3.2.1.2.5. Exclusiones 8

3.2.1.2.6. Terminación de la cobertura 9

3.2.2. Coberturas adicionales de accidente 9
3.2.2.1. Definiciones 9
3.2.2.1.1. Accidente 9
3.2.2.1.2. Pérdida Orgánica (PO) 9
3.2.2.2. Indemnización por Muerte Accidental (IMA) 10
3.2.2.2.1. Cobertura 10
3.2.2.3. Indemnización por Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas (DI) 10
3.2.2.3.1. Cobertura 10
3.2.2.4. Triple Indemnización por muerte accidental y/o perdidas orgánicas (TI) 10
3.2.2.4.1. Cobertura 10
3.2.2.5. Limites de edad para las coberturas adicionales de accidente 11
3.2.2.6. Requisitos para reclamaciones de las coberturas adicionales de accidente 11
3.2.2.7. Exclusiones para las coberturas adicionales de accidente 11
3.2.2.8. Terminación de las coberturas adicionales de accidente 12
3.2.3. Enfermedades en fase Terminal (ET) 13
3.2.3.1. Beneficio 13
3.2.3.2. Ajuste de Suma Asegurada 13
3.2.3.3. Exclusiones 13
3.2.3.4. Terminación del beneficio 14
3.2.3.5. Limites de edad 14
3.2.4. Cobertura adicional de Graves Enfermedades (GE) 14
3.2.4.1. Definiciones 15
3.2.4.2. Cobertura 16
3.2.4.3. Exclusiones 17
3.2.4.4. Terminación de la cobertura de Graves Enfermedades 18
3.2.4.5. Límites de edad 18
3.2.5. Cobertura de Gastos Funerarios 18
3.2.5.1. Definiciones 18
3.2.5.2. Cobertura 18
3.2.5.3. Terminación de la cobertura de Gastos Funerarios 20
3.2.5.4. Límites de edad 20

4. Apartado cuatro – Cláusulas particulares 20
4.1. Beneficios de tarifa preferencial 20
4.1.1. Descuento para mujeres 20
4.1.2. Descuento de no fumador 20
4.1.3. Efecto de descuento para coberturas a Edad Alcanzada 20
4.1.4. Edad mínima con descuentos 21
4.2. Valores garantizados 21
4.2.1. Valor en efectivo 21
4.2.2. Opciones de conversión 21
4.2.3. Seguro saldado 21
4.2.4. Seguro prorrogado 21
4.2.5. Valor en efectivo remanente 21
4.2.6. Otros seguros 21
5. Apartado cinco – Cláusulas generales 22
5.1. Contrato de seguro 22
5.2. Beneficios convenidos 23
5.3. Fecha de inicio de vigencia de la póliza 23
5.4. Vigencia del seguro 23
5.5. Cancelación del seguro 23
5.6. Rehabilitación 23
5.7. Conversión 23
5.8. Omisiones o declaraciones inexactas 24
5.9. Indisputabilidad 24
5.10. Modificaciones y notificaciones 24
5.11. Cambio de condiciones 24
5.12. Inmutabilidad 25
5.13. Condición de riesgo pactado 25
5.14. Edad 25
5.15. Primas 26
5.16. Periodicidad 26
5.17. Suma Asegurada 26

5.18. Pago inmediato 26

5.19. Suicidio 27

5.20. Indemnizaciones 27

5.21. Indemnización por mora 27

5.22. Beneficiarios 27

5.23. Formas de liquidación de la Suma Asegurada de la cobertura básica 28

5.24. Prescripción 28

5.25. Terminación del contrato 29

5.26. Moneda 29

5.27. Competencia 29

5.28. Derecho del Contratante para conocimiento del porcentaje de intermediación 29

5.29. Régimen fiscal 29

5.30. Eliminación de padecimientos preexistentes 29

Servicio de asistencia funeraria 31

1. Apartado uno – Objeto del seguro

MetLife México, S.A. de C.V. en adelante denominada MetLife, se obliga a pagar a los beneficiarios designados y/o Asegurado según corresponda, siempre que el contrato de seguro se encuentre vigente a la fecha de ocurrencia del evento amparado, la Suma Asegurada prevista en el mismo, al recibir las pruebas requeridas de la ocurrencia del evento amparado bajo las coberturas contratadas.

2. Apartado dos – Definiciones

2.1. Contratante

Persona con la que se celebra el contrato de seguro y que será el responsable de pagar las primas correspondientes por las coberturas contratadas.

2.2. Asegurado

Persona física protegida a través de alguna de las coberturas del contrato de seguro.

2.3. Reserva matemática

Cantidad derivada de las primas que paga el Contratante, la cual se determina de acuerdo con los procedimientos técnicos registrados por MetLife ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para este producto.

2.4. Enfermedad en fase terminal

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

Para efectos de este contrato de seguro, los padecimientos que se consideran como enfermedad en fase terminal, en forma enunciativa pero no limitativa, son: cáncer, insuficiencia cardiaca, insuficiencia hepática crónica, insuficiencia renal crónica o insuficiencia respiratoria crónica.

Cáncer

Para efecto del beneficio de enfermedades en fase terminal se entenderá como cáncer; la enfermedad crónico degenerativa, caracterizada por un crecimiento descontrolado de células derivadas de tejidos normales que forma un tumor y que es capaz de matar al huésped mediante la propagación de las células malignas desde el sitio de origen hasta sitios distantes, o por propagación local.

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

Insuficiencia cardiaca

Para efecto del beneficio de enfermedades en fase terminal se entenderá como insuficiencia cardíaca; la incapacidad del corazón para funcionar normalmente, es el estado fisiopatológico en el que una anomalía cardiaca es responsable de la insuficiencia del corazón para bombear la sangre a un ritmo que se adapte a las necesidades de los tejidos en fase de la metabolización o, sólo lo consigue a expensas de un volumen diastólico anormalmente elevado, o ambas cosas a la vez.

Se considera terminal cuando es de clase III o IV (New York Heart Association) o presenta una fracción de eyección del 25% (veinticinco por ciento) o menos del ventrículo izquierdo.

Insuficiencia hepática crónica

Para efecto del beneficio de Enfermedades en fase Terminal se entenderá como insuficiencia hepática crónica; la incapacidad del hígado para transformar los productos del metabolismo de la ingesta de líquidos y alimentos, así como los desechos de la sangre a un ritmo normal, en que las formas graves y la alteración de la función se acompaña de alteraciones mentales que van desde la confusión hasta el estado de coma.

Se considera terminal cuando se llega a la clase funcional Child C.

Insuficiencia Renal Crónica

Para efecto del beneficio de enfermedades en fase terminal se entenderá como Insuficiencia Renal Crónica (IRC) lo siguiente; es un estado de enfermedad irreversible en el que los riñones no son capaces de llevar a cabo sus funciones de depuración y regularización hidro-electrolítica, acumulándose en la sangre sustancias derivadas del metabolismo o de la dieta.

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

Insuficiencia respiratoria crónica

Para efecto del beneficio de enfermedades en fase terminal se entenderá como insuficiencia respiratoria crónica; a la pérdida del equilibrio del proceso de ventilación mediante el cual los pulmones rellenan el gas de los alvéolos, ocasionando una disminución de la función ventilatoria y por consiguiente del volumen gaseoso contenido dentro de los pulmones en determinadas circunstancias y velocidad con que puede ser expedido del pulmón, independientemente de la causa.

2.5. Certificación médica

Para efecto de las enfermedades cubiertas se entenderá como tal; el diagnóstico u ocurrencia (confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio), efectuado por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente.

2.6. Rescisión

Acto por el cual se deja sin efecto un contrato por causa imputable a una o más partes. Para efectos de este contrato de seguro, en caso de omisiones, falsas declaraciones o actuación ímproba del Contratante y/o Asegurado, al declarar por escrito en las solicitudes de seguro o en cualquier otro documento, MetLife podrá rescindir el contrato de pleno derecho en los términos de lo previsto en el artículo 47 en relación con los artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

2.7. Padecimientos preexistentes

Para efectos de este contrato de seguro, se entenderá como padecimiento preexistente aquella alteración de la salud:

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.

   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 expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

b) 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.

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 arbitro propuesto para resolver en conciencia, a verdad sabida y buena fe guardada la controversia planteada, siendo el arbitro 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 MetLife México, S.A. de C.V.

Para todo lo no previsto en el procedimiento arbitral, se aplicará supletoriamente el Código de Comercio.

2.8. Padecimientos congénitos

Para efectos de este contrato de seguro, es la alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico de un órgano o sistema 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.

2.9. Culpa grave

Para efectos de este contrato de seguro se entenderá que existe culpa grave del Asegurado en un acontecimiento, cuando éste es el resultado de la acción realizada por el Asegurado en forma atrevida o, en exceso de confianza o con la intención de lograr el resultado obtenido.

3. Apartado tres – Descripción de coberturas

3.1. Cobertura básica

La cobertura básica ampara la ocurrencia del fallecimiento o supervivencia del Asegurado bajo alguna de las siguientes alternativas de protección.

Las alternativas de protección mencionadas a continuación se podrán contratar en Moneda Extranjera (dólares de Estados Unidos Americanos), manejando siempre el mismo tipo de moneda adquirida desde el inicio y durante toda la vigencia del contrato de seguro. En ningún caso podrán realizarse cambios de plan. La única opción viable para cambiar de seguro es la indicada en la cláusula 5.7. conversión del apartado cinco- cláusulas generales.

3.1.1. Protección

Encontrándose vigente la presente póliza MetLife pagará a los beneficiarios la Suma Asegurada que se encuentre en vigor para esta cobertura al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, siempre que éste fallezca dentro del plazo del seguro contratado, terminando de esta manera toda obligación para MetLife.

Si el Asegurado sobrevive y mantiene en vigor el presente contrato de seguro al término del plazo del seguro contratado, la Suma Asegurada se pagará de acuerdo a lo siguiente:

En caso de que el Asegurado no haya elegido la opción de pago de primas sujetas a deducibilidad, se pagará la Suma Asegurada contratada, terminando de esta manera toda obligación para MetLife.

B) En caso de que el Asegurado haya elegido la opción de pago de primas sujetas a deducibilidad, la Suma Asegurada estará sujeta a retención de impuesto de acuerdo con lo previsto por la Ley Fiscal vigente a la fecha de reclamación de pago.

Las formas de liquidación de la Suma Asegurada están citadas en la cláusula general 5.23. formas de liquidación de la Suma Asegurada de la cobertura básica, del apartado cinco - cláusulas generales.

3.1.2. Plazo del seguro

El plazo del seguro corresponderá al número de años que existan entre la fecha de inicio de la póliza y la fecha del aniversario de la póliza inmediato posterior a aquella en que el Asegurado cumpla la edad alcanzada correspondiente al plan de seguro que haya elegido desde su inicio, de entre los siguientes:

- Plan a edad alcanzada 50
- Plan a edad alcanzada 55
- Plan a edad alcanzada 60
- Plan a edad alcanzada 65

3.1.3. Límites de edad

Los límites de admisión fijados por MetLife para la cobertura básica se especifican a continuación de acuerdo con el plan a edad alcanzada que sea seleccionado:

- Plan a edad alcanzada 50: edad mínima 18, edad máxima 45
- Plan a edad alcanzada 55: edad mínima 18, edad máxima 50
- Plan a edad alcanzada 60: edad mínima 18, edad máxima 55
- Plan a edad alcanzada 65: edad mínima 18, edad máxima 60

3.2. Coberturas y beneficios adicionales que pueden ser contratados

Para hacer constar la contratación de cada una de las coberturas o beneficios adicionales, necesariamente deberán aparecer especificados en la carátula de la póliza.

3.2.1. Coberturas adicionales de Invalidez Total y Permanente

3.2.1.1. Cobertura adicional de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (EP)

3.2.1.1.1. Definición de invalidez total y permanente

La invalidez permanente total es la pérdida de la capacidad que derivada de enfermedad o accidente, impide al Asegurado desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, y dicho estado le impida desarrollar tales actividades en forma total y permanentemente.

En caso de que dentro la vigencia de esta cobertura, al Asegurado le sea dictaminado un estado de invalidez total y permanente, MetLife eximirá al Asegurado del pago de las primas de la cobertura básica y del recargo fijo de esta póliza, que venzan, tratándose del dictamen emitido por una Institución de Seguridad Social al cual se encuentre adscrito el Asegurado, a partir de la fecha en que dicho dictamen ha sido elaborado y en el caso de que el Asegurado no se encuentre adscrito a la seguridad social, a partir del primer día siguiente al de 6 meses posteriores al de la emisión del dictamen de invalidez total y permanente emitido por médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo.

Cuando la invalidez total y permanente derive de la pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos o de ambos pies, la pérdida de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo, esta cobertura aplicará a partir del día siguiente de la emisión del dictamen correspondiente.

En aquellos casos en que el Asegurado se encuentre sujeto a la seguridad social el dictamen de invalidez que servirá de base para acreditar dicho estado será el emitido por el Instituto de Seguridad Social al cual se encuentra adscrito el Asegurado, en cuyo caso el dictamen emitido por el cual se dictamina la invalidez total y permanente hará prueba plena de tal estado, en cuyo caso no aplicará el periodo de espera y sus efectos serán a partir de la fecha de elaboración del dictamen emitido por el Instituto de Seguridad Social.

Cuando el Asegurado no se encuentre adscrito al sistema de seguridad social, deberá presentar dictamen de invalidez total y permanente emitido por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo, en cuyo caso MetLife se reserva el derecho de revisar dicho dictamen médico, así como la facultad de practicar, a su costa, los estudios y pruebas necesarias al Asegurado, que permitan determinar si la incapacidad le impide o no el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, a fin de resolver sobre la posible procedencia de solicitud de pago de la correspondiente Suma Asegurada, en este caso el pago de la Suma Asegurada procederá si el Asegurado después de 6 meses contados a partir de la fecha de emisión del dictamen emitido por el médico particular legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo, continua presentando dicho estado de invalidez total y permanente.

También será considerada como invalidez total y permanente si el Asegurado sufre la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, o de una mano y un pie, o una mano junto con la vista de un ojo o un pie con la vista de un ojo, en cuyo caso el dictamen podrá ser emitido por una Institución de Seguridad Social o bien por médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo, y en cuyo caso no aplicará el periodo de espera teniendo efectos el estado de invalidez total y permanente a partir de la fecha de emisión del dictamen.

3.2.1.1.2. Cobertura

En caso de que dentro la vigencia de esta cobertura, el Asegurado sufra un estado de invalidez total y permanente, MetLife eximirá al Asegurado del pago de las primas de la cobertura básica y del recargo fijo de este contrato de seguro, que venzan después de la fecha en que se informe y entregue a MetLife el dictamen del estado de invalidez total y permanente del Asegurado.

Esta cobertura surtirá efecto inmediatamente después de transcurrido el periodo de seis meses citado en la definición de invalidez total y permanente. Dicho periodo no operará, cuando la causal de invalidez total y permanente, conforme a los términos de la definición de la cláusula de invalidez total y permanente, sea por la pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos o de ambos pies, la pérdida de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo.

3.2.1.1.3. Limites de edad

Los límites establecidos de admisión son de 18 años como mínimo y 55 años como máximo. La edad máxima para la renovación es de 59 años.

Las edades antes indicadas se limitarán a las edades de aceptación y cancelación de la cobertura básica del contrato de seguro al que se adiciona esta cobertura.

3.2.1.1.4. Requisitos para reclamaciones

Será requisito indispensable que al tramitarse la reclamación el Asegurado presente, el dictamen de invalidez total y permanente expedido por una Institución de Seguridad Social al cual se encuentre adscrito.

A falta de adscripción a la seguridad social, deberá presentar dictamen emitido por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo, en cuyo caso MetLife podrá realizar exámenes que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

3.2.1.1.5. Exclusiones

La cobertura adicional de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente no cubre:

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

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

   b) **Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.**

   c) **Riña cuando el Asegurado sea el provocador o por participar en alborotos populares.**

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

e) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.

2) Estado de invalidez total y permanente por cualquier intento de suicidio o lesiones o enfermedades provocadas por el Asegurado, aún cuando se cometan en estado de cordura o demencia.

3) Estado de invalidez total y permanente que se presente cuando la cobertura básica de este contrato de seguro haya sido convertida a seguro saldado o prorrogado.

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

3.2.1.1.6. Terminación de la cobertura

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

a) Concluir la vigencia del contrato de seguro del cual forma parte esta cobertura.

b) La cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado.

c) En el aniversario de la póliza en que el Asegurado tenga la edad de 60 años.

d) Al realizar MetLife el pago de la indemnización por esta cobertura.

e) La cancelación del contrato de seguro del cual forma parte esta cobertura.

f) Cancelación de la cobertura básica de vida o de esta cobertura, así como por la conversión de la cobertura básica a un seguro saldado o prorrogado.

En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha de pago de la indemnización correspondiente a esta cobertura, dejarán de surtir efectos las coberturas adicionales de accidente que se hubieren contratado, toda vez que la condición de riesgo del Asegurado ha cambiado; al quedar sin efecto las coberturas adicionales de accidente, también se verá reducido el monto de la prima que paga el Asegurado, devolviéndole en su caso, la prima pagada no devengada a la fecha de la cancelación, que corresponda a las coberturas de accidente.

3.2.1.2. Cobertura adicional de Pago Anticipado de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PASI)

3.2.1.2.1. Definición de invalidez total y permanente

La invalidez permanente total es la pérdida de la capacidad que derivada de enfermedad o accidente, impide al Asegurado desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, y dicho estado le impida desarrollar tales actividades en forma total y permanentemente.

En caso de que dentro la vigencia de esta cobertura, el Asegurado sufra un estado de invalidez total y permanente, y este hubiere sido dictaminado por una Institución de Seguridad Social al cual se encuentre adscrito el Asegurado, MetLife le pagará al Asegurado en una sola exhibición la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura cuando éste haya comprobado a la misma el estado de invalidez total y permanente.

En el caso de que el Asegurado no se encuentre sujeto a la seguridad social y presente para acreditar el evento amparado dictamen emitido por médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo, MetLife pagará en una sola exhibición la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura una vez transcurrido el periodo de espera de 6 meses contado a partir de la fecha de emisión del dictamen médico privado, siempre que dicho estado de invalidez continúe subsistiendo a la conclusión de los 6 meses establecidos como periodo de espera.

Cuando la invalidez total y permanente derive de la pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos o de ambos pies, la pérdida de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo, MetLife le pagará al Asegurado en una sola exhibición la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura cuando éste haya comprobado a la misma el estado de invalidez total y permanente.

En aquellos casos en que el Asegurado se encuentre sujeto a la seguridad social el dictamen de invalidez que servirá de base para acreditar dicho estado será el emitido por el Instituto de Seguridad Social al cual se encuentra adscrito el Asegurado, en cuyo caso el dictamen emitido por el cual se dictamina la invalidez total y permanente hará prueba plena de tal estado, en cuyo caso no aplicará el periodo de espera y sus efectos serán a partir de la fecha de elaboración del dictamen emitido por el Instituto de Seguridad Social.

Cuando el Asegurado no se encuentre adscrito al sistema de seguridad social, deberá presentar dictamen de invalidez total y permanente emitido por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo, en cuyo caso MetLife se reserva el derecho de revisar dicho dictamen médico, así como la facultad de practicar, a su costa, los estudios y pruebas necesarias al Asegurado, que permitan determinar si la incapacidad le impide o no el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, a fin de resolver sobre la posible procedencia de solicitud de pago de la correspondiente Suma Asegurada, en este caso el pago de la Suma Asegurada procederá si el Asegurado después de 6 meses contados a partir de la fecha de emisión del dictamen emitido por el médico particular legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo, continua presentando dicho estado de invalidez total y permanente.

También será considerada como invalidez total y permanente si el Asegurado sufre la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, o de una mano y un pie, o una mano junto con la vista de un ojo o un pie con la vista de un ojo, en cuyo caso el dictamen podrá ser emitido por una Institución de Seguridad Social o bien por médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo, y en cuyo caso no aplicará el periodo de espera teniendo efectos el estado de invalidez total y permanente a partir de la fecha de emisión del dictamen.

3.2.1.2.2. Cobertura

En caso de que dentro la vigencia de esta cobertura, el Asegurado sufra un estado de invalidez total y permanente MetLife le pagará al Asegurado en una sola exhibición la Suma Asegurada en vigor de esta cobertura.

Esta cobertura surtirá efecto inmediatamente después de transcurrido el periodo de seis meses citado en la definición de invalidez total y permanente. Dicho periodo no operará, cuando la causal de invalidez total y permanente sea por la pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos o de ambos pies, la pérdida de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo.

3.2.1.2.3. Limites de edad

Los límites establecidos de admisión son de 18 años como mínimo y 55 años como máximo. La edad máxima para la renovación es de 59 años.

Las edades antes indicadas se limitarán a las edades de aceptación y cancelación de la cobertura básica del contrato de seguro al que se adiciona esta cobertura.

3.2.1.2.4. Requisitos para reclamaciones

Será requisito indispensable que al tramitarse la reclamación el Asegurado presente, el dictamen de invalidez total y permanente expedido por una Institución de Seguridad Social al cual se encuentre adscrito.

A falta de adscripción a la seguridad social, deberá presentar dictamen emitido por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo, en cuyo caso MetLife podrá realizar exámenes que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

3.2.1.2.5. Exclusiones

La cobertura adicional de Pago Anticipado de la Suma Asegurada por invalidez total y permanente no cubre:

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

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

   b) **Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.**

   c) **Riña cuando el Asegurado sea el provocador o por participar en alborotos populares.**

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

   e) **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.**

2) **Estado de invalidez total y permanente por cualquier intento de suicidio o lesiones o enfermedades provocadas por el Asegurado, aún cuando se cometan en estado de cordura o demencia.**

3) **Estado de invalidez total y permanente que se presente cuando la cobertura básica de este contrato de seguro haya sido convertida a seguro saldado o prorrogado.**

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

3.2.1.2.6.Terminación de la cobertura

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

a) La vigencia del contrato de seguro del cual forma parte esta cobertura.

b) La cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado.

c) En el aniversario de la póliza en que el Asegurado tenga la edad de 60 años.

d) Al realizar MetLife el pago de la indemnización por esta cobertura.

e) La cancelación del contrato de seguro del cual forma parte esta cobertura.

f) Cancelación de la cobertura básica de vida o de esta cobertura, así como por la conversión de la cobertura básica a un seguro saldado o prorrogado.

En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha de pago de la indemnización correspondiente a esta cobertura, dejarán de surtir efectos las coberturas adicionales de accidente que se hubieren contratado, toda vez que la condición de riesgo del Asegurado ha cambiado; al quedar sin efecto las coberturas adicionales de accidente, también se verá reducido el monto del la prima que paga el Asegurado, devolviéndole en su caso, la prima pagada no devengada a la fecha de la cancelación, que corresponda a las coberturas de accidente.

3.2.2. Coberturas adicionales de accidente

3.2.2.1. Definiciones

3.2.2.1.1. Accidente

Para efectos de esta póliza se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona de éste, dentro de los noventa días siguientes a la fecha de haberse suscitado dicho accidente. No se considera accidente a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente o por culpa grave del propio Asegurado.

3.2.2.1.2. Pérdida Orgánica (PO)

Para efectos de esta póliza, se entenderá por pérdidas orgánicas:

a) Pérdida de una mano, su anquilosamiento o separación completa a nivel de la articulación del puño o arriba de ella.

b) Pérdida de un pie, su anquilosamiento o separación completa a nivel de la articulación del tobillo o arriba de ella.

c) Pérdida de la vista de un ojo, la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

d) Pérdida de los dedos pulgar o índice, la amputación quirúrgica otra umática de esa parte completa o su pérdida total de funcionamiento.

Únicamente se podrá contratar una de las tres coberturas siguientes:

3.2.2.2. Indemnización por Muerte Accidental (IMA)

3.2.2.2.1. Cobertura

MetLife pagará la Suma Asegurada en vigor para esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia de un accidente ocurrido dentro del plazo de seguro del que forma parte el mismo y dentro de los 90 días siguientes a la fecha de haberse suscitado dicho accidente.

3.2.2.3. Indemnización por Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas (DI)

3.2.2.3.1. Cobertura

MetLife pagará el porcentaje indicado de la Suma Asegurada en vigor para esta cobertura, de acuerdo con la tabla que se indica a continuación, si a consecuencia de un accidente ocurrido dentro del plazo de seguro del que forma parte el mismo y dentro de los 90 días siguientes a la fecha de haberse suscitado dicho accidente, el Asegurado sufre cualesquiera de las siguientes pérdidas:

Pérdida de:	Porcentaje de la Suma Asegurada
La vida	100%
Ambas manos, ambos pies, o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	50%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
El medio, anular o meñique de cualquier mano	3% cada uno

La responsabilidad de MetLife sobre esta cobertura en ningún caso excederá de la Suma Asegurada en vigor de la misma, aún cuando el Asegurado sufriera, en uno o más accidentes, varias de las pérdidas especificadas.

3.2.2.4. Triple Indemnización por muerte accidental y/o perdidas orgánicas (TI)

3.2.2.4.1. Cobertura

MetLife pagará el porcentaje indicado de la Suma Asegurada en vigor para esta cobertura de acuerdo con la tabla que se indica a continuación, si a consecuencia de un accidente ocurrido dentro del plazo de seguro del que forma parte el mismo y dentro de los 90 días siguientes a la fecha de haberse suscitado dicho accidente, el Asegurado sufre cualesquiera de las siguientes pérdidas:

Pérdida de:	Porcentaje de la Suma Asegurada
La vida	100%
Ambas manos, ambos pies, o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	50%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
El medio, anular o meñique de cualquier mano	3% cada uno

La responsabilidad de MetLife sobre esta cobertura en ningún caso excederá de la Suma Asegurada en vigor de la misma, aún cuando el Asegurado sufriera, en uno o más accidentes, varias de las pérdidas especificadas.

La indemnización descrita en la tabla anterior se duplicará si cualquiera de las pérdidas arriba enunciadas ocurre a consecuencia de algún accidente de acuerdo con lo siguiente:

a) Mientras viaje como pasajero en algún vehículo no aéreo, operado regularmente por una empresa de transportes públicos, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.

b) Mientras haga uso de un ascensor que opere para servicio al público.

c) A causa de incendio en algún teatro, hotel u otro edificio abierto al público en el que se encuentre presente al iniciarse el incendio.

3.2.2.5. Limites de edad para las coberturas adicionales de accidente

Los límites establecidos de admisión son de 18 años como mínimo y 60 años como máximo. La edad máxima para la renovación es de 64 años.

Así mismo, en el caso de resultar mayores las edades antes indicadas, éstas se limitarán a las edades de aceptación y cancelación de la cobertura básica de la póliza a la que se adiciona esta cobertura.

3.2.2.6. Requisitos para reclamaciones de las coberturas adicionales de accidente

Será requisito indispensable que al tramitarse la reclamación el Asegurado o los beneficiarios designados deberán presentar los elementos comprobatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplan las características que se marcan en la definición de accidente, o que su realización no esté considerada en las exclusiones estipuladas para dichas coberturas.

MetLife tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiarios toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el accidente, y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

3.2.2.7. Exclusiones para las coberturas adicionales de accidente

Las coberturas adicionales de accidente no cubren:

1) **Accidentes originados por participar en:**

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

   b) **Actos delictivos intencionales, en los que participe directamente el Asegurado.**

   c) **Riña cuando el Asegurado sea el provocador o por participar en alborotos populares.**

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

e) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.

2) Accidentes que ocurran cuando esta póliza se haya convertido a seguro saldado o prorrogado, o cuando el Asegurado esté recibiendo las Coberturas que para el caso de invalidez estuvieran contratadas.

3) Los siguientes eventos:

a) La muerte o pérdida de miembros del Asegurado que deriven de manera directa de una enfermedad corporal o mental de cualquier naturaleza.

b) Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aún cuando se cometan en estado de cordura o demencia.

c) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.

d) Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.

e) La muerte o pérdidas orgánicas ocurridas noventa días después de haberse realizado el accidente.

f) Homicidio del Asegurado, cuando éste se encuentre participando directamente en actos delictivos.

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

3.2.2.8. Terminación de las coberturas adicionales de accidente

La vigencia de las coberturas adicionales de accidente terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

a) Concluir la vigencia de la póliza de la cual forman parte estas coberturas.

b) La cancelación de las coberturas a solicitud del Asegurado.

c) En el aniversario de la póliza en que el Asegurado tenga la edad de 70 años.

d) Al realizar MetLife el pago del 100% de la indemnización por cualquiera de estas coberturas.

e) Cuando la indemnización de cualquiera de estas coberturas haya sido menor al 100%, el Asegurado continuará protegido por el monto de Suma Asegurada restante hasta el aniversario inmediato posterior a la fecha de haber ocurrido el accidente, o por un periodo de 90 días a partir de este último, lo que ocurra primero.

f) En el aniversario inmediato posterior a la fecha en que MetLife efectúe el pago de la indemnización por cualquiera de las coberturas de invalidez total y permanente.

g) La cancelación de la póliza de la cual forman parte estas coberturas.

h) Cancelación de la cobertura básica de vida o de estas coberturas, así como por la conversión de la póliza a un seguro saldado o prorrogado.

3.2.3. Enfermedades en fase Terminal (ET)

3.2.3.1. Beneficio

Mediante este beneficio MetLife otorgará al Asegurado, por una sola ocasión a su elección, un pago anticipado del 25% al 75% (veinticinco al setenta y cinco por ciento) de la Suma Asegurada correspondiente a la cobertura básica por Fallecimiento que se encuentre en vigor, con máximo de $500,000.00 (quinientos mil pesos 00/100 M.N.), al presentarse certificación médica mediante la cual se acredite que el Asegurado ha sido diagnosticado como enfermo en fase terminal. Este beneficio será procedente siempre y cuando el presente contrato de seguro se encuentre en vigor.

El Asegurado podrá optar por la forma de pago del anticipo de la Suma Asegurada conforme a lo citado en la cláusula general 5.23. formas de liquidación de la Suma Asegurada de la cobertura básica del apartado cinco - cláusulas generales en la sección de Suma Asegurada de las coberturas y/o beneficios adicionales.

El Asegurado deberá acreditar mediante la presentación de la certificación médica a MetLife, que es enfermo en fase terminal y, en su caso, tendrá que ser confirmado por un médico de MetLife.

Para el pago del beneficio MetLife dispondrá de un periodo de 30 días naturales contados a partir de que el Asegurado presente la reclamación en los formatos que para tal efecto le sean proporcionados por MetLife.

3.2.3.2. Ajuste de Suma Asegurada

El importe del pago anticipado correspondiente a este beneficio, reducirá la Suma Asegurada de la cobertura básica por Fallecimiento del Asegurado.

En consecuencia, en el momento que el Asegurado fallezca, se entregará a los beneficiarios designados la Suma Asegurada en vigor, deduciéndose el adelanto que se haya dado al Asegurado por este beneficio, así como los adeudos que existieran por este contrato.

3.2.3.3. Exclusiones

El beneficio adicional por Enfermedades en fase Terminal no será procedente cuando su causa sea atribuida a alguna de las siguientes causas:

1) **Enfermedades desarrolladas a consecuencia del virus del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).**

2) **Enfermedades desarrolladas a consecuencia de intento de suicidio o auto-lesión intencionada, aun cuando se cometan en estado de cordura o demencia.**

3) **Enfermedades desarrolladas a consecuencia de arma cuando el Asegurado sea el provocador o por participar en alborotos populares.**

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

5) **Trasplantes que sean procedimientos de investigación.**

6) Enfermedades preexistentes.

7) Padecimientos congénitos.

8) Enfermedades sufridas por riesgos nucleares.

9) Procedimientos intra-arteriales como la angioplastía, la colocación de prótesis endovasculares tipo <<stenn>> y similares.

10) Tumores y cánceres en la piel (excepto el melanoma maligno), carcinomas <<in situ>> no invasivos, los tumores localizados no invasivos que muestren sólo cambios malignos tempranos y los tumores en presencia de algún Virus de Inmunodeficiencia Humana.

11) Periodos temporales de diálisis.

12) Extracción de un solo riñón.

3.2.3.4. Terminación del beneficio

El beneficio adicional por enfermedades en fase terminal terminará en los siguientes casos:

a) Cancelación de la cobertura básica o de este beneficio, así como por la conversión de la misma a un seguro saldado o prorrogado.

b) Primera ocurrencia de una enfermedad en fase terminal que sea indemnizada por este beneficio.

c) Muerte del Asegurado.

d) Cancelación o terminación del contrato de seguro del cual forma parte este beneficio.

En el caso de que MetLife proceda a pagar el anticipo de la Suma Asegurada correspondiente por la ocurrencia o diagnóstico confirmado de una enfermedad en fase terminal, se terminará la obligación para ella sin posibilidad de reinstalación de la Suma Asegurada en cuestión.

3.2.3.5. Limites de edad

Los límites de admisión fijados por MetLife para el beneficio adicional de enfermedades en fase terminal se especifican a continuación de acuerdo con el plan a edad alcanzada que sea seleccionado:

• Plan a edad alcanzada 50: edad mínima 18, edad máxima 45
• Plan a edad alcanzada 55: edad mínima 18, edad máxima 50
• Plan a edad alcanzada 60: edad mínima 18, edad máxima 55
• Plan a edad alcanzada 65: edad mínima 18, edad máxima 60

Las condiciones y términos establecidos en el presente endoso, tienen prelación sobre los términos y condiciones establecidas en las condiciones generales del seguro del cual forman parte, en todo aquello que contravenga lo dispuesto en el endoso de:

3.2.4. Cobertura adicional de Graves Enfermedades (GE)
(esta cobertura adicional operará sólo si se indica en la carátula de la póliza)

Las condiciones y términos establecidos en el presente endoso, tienen prelación sobre los términos y condiciones establecidas en las condiciones generales del seguro del cual forman parte, en todo aquello que contravenga lo dispuesto en el presente endoso.

3.2.4.1. Definiciones

Grave enfermedad

Para efecto de la presente cobertura, se considerará como grave enfermedad a cualquiera de los siguientes padecimientos cuya primera ocurrencia se efectúe o diagnostique al Asegurado mediante certificación médica dentro del periodo de cobertura:

a) Infarto al miocardio.

b) Accidente Vascular Cerebral (AVC).

c) Transplante de órganos vitales.

d) Insuficiencia renal sujeta a diálisis.

e) Procedimientos quirúrgicos de revascularización miocárdica o cirugía de puentes aorto-coronarios (by-pass).

f) Cáncer.

g) Parálisis o pérdida de extremidades.

Certificación médica

Para efecto del presente endoso es el diagnóstico de ocurrencia de alguna de las enfermedades cubiertas, confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas histológicas y de laboratorio, efectuado por un médico certificado por el consejo de la especialidad correspondiente y autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión.

Infarto al miocardio

Para efecto del presente endoso es la muerte de una parte del músculo cardíaco como consecuencia de la interrupción súbita del flujo adecuado de sangre a la zona respectiva.

Accidente Vascular Cerebral (AVC)

Para efecto del presente endoso es cualquier incidente o accidente cerebro – vascular que produzca secuelas neurológicas con duración de por lo menos 24 horas, y que incluya infarto del tejido cerebral, hemorragia de un vaso intracraneano o embolización de fuente extracraneal, y que como consecuencia presente evidencia de déficit neurológico permanente.

Trasplante de órganos vitales

Para efecto del presente endoso es el procedimiento quirúrgico estrictamente indispensable para la recepción de los siguientes órganos completos:

- Corazón
- Uno o dos pulmones
- Páncreas
- Riñones
- Hígado

Insuficiencia renal sujeta a diálisis

Para efecto del presente endoso es el estado de fallo renal terminal debido a disfunción crónica irreversible de ambos riñones evidenciada por la necesidad de diálisis o trasplante renal.

Procedimientos quirúrgicos de revascularización miocárdica o cirugía de puentes aortocoronarios (by-pass)

Para efecto del presente endoso es la cirugía a tórax abierto para corregir obstrucciones arteriales mediante anastomosis de la arteria mamaria interna o hemoductos aorto-coronarios, en la que la indicación quirúrgica se decide mediante una angiografía coronaria.

Cáncer

Para efecto del presente endoso es la enfermedad crónico degenerativa, caracterizada por un crecimiento descontrolado de células derivadas de tejidos normales que forma un tumor y que es capaz de matar al huésped mediante la propagación de las células malignas desde el sitio de origen hasta sitios distantes, o por propagación local.

Para efecto de la cobertura de Graves Enfermedades el término cáncer incluye también la leucemia, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin.

Parálisis o pérdida de extremidades

Para efecto del presente endoso es la pérdida completa del uso de dos o más extremidades en forma permanente a causa de una enfermedad o accidente.

Enfermedad o padecimiento preexistente

Para efectos de esta póliza, se entenderá como enfermedad o padecimiento preexistente, aquel:

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.

   Cuando MetLife México, S.A. de C.V. 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 expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

b) 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.

3.2.4.2. Cobertura

Mediante esta cobertura, MetLife México, S.A. de C.V. en lo sucesivo MetLife otorgará al Asegurado la Suma Asegurada contratada para la misma en forma independiente a la cobertura básica, siempre que la grave enfermedad se presente dentro de la vigencia de esta cobertura.

El pago de esta cobertura procederá siempre y cuando la grave enfermedad suceda después de que hayan transcurrido noventa días naturales a partir de la contratación de la cobertura.

Para determinar la procedencia de la reclamación por una grave enfermedad, será necesario que el Asegurado presente la certificación médica a MetLife, con la cual acredite la ocurrencia o diagnóstico confirmado de la misma.

MetLife podrá solicitar los informes médicos, clínicos, radiológicos, histológicos y de laboratorio, o cualquier aclaración relacionada con éstos, los cuales le permitirán determinar la procedencia de la reclamación realizada, por cualquiera de las graves enfermedades cubiertas. El médico de MetLife que en su caso determine la improcedencia de un dictamen deberá ser un especialista en la materia.

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.

3.2.4.3. Exclusiones

La cobertura adicional de Graves Enfermedades en cualquiera de sus padecimientos no será procedente en los siguientes casos:

1) **Enfermedades desarrolladas a consecuencia del virus del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).**

2) **Enfermedades desarrolladas a consecuencia de intento de suicidio o auto-lesión, aún y cuando se cometan en estado de inconsciencia o enajenación mental.**

3) **Enfermedades desarrolladas a consecuencia de riña cuando el Asegurado sea el provocador o por participar en alborotos populares.**

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

5) **Transplantes que sean procedimientos de investigación.**

6) **Enfermedades preexistentes.**

7) **Padecimientos congénitos.**

8) **Enfermedades surgidas por riesgos nucleares.**

9) **Procedimientos intra-arteriales como la angioplastía, la colocación de prótesis endovasculares tipo «sten» y la trombólisis mediante cateterismo coronario.**

10) **Tumores y cánceres en la piel (excepto el melanoma maligno), carcinomas «in situ» no invasivos, los tumores localizados no invasivos que muestren sólo cambios malignos tempranos y los tumores en presencia de algún Virus de Inmunodeficiencia Humana.**

11) **Periodos temporales de diálisis.**

12) **Extracción de un solo riñón.**

3.2.4.4. Terminación de la cobertura de Graves Enfermedades

La cobertura adicional de Graves Enfermedades terminará en los siguientes casos:

a) Cancelación de la cobertura básica o de esta cobertura, así como; por la conversión de la póliza a un seguro saldado o prorrogado.

b) Primera ocurrencia de una grave enfermedad que sea indemnizada por esta cobertura.

c) Muerte del Asegurado.

d) En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 65 años de edad.

e) Cancelación o terminación de la póliza de la cual forma parte esta cobertura.

En el caso de que MetLife proceda a pagar la Suma Asegurada correspondiente por la ocurrencia o diagnóstico confirmado de una grave enfermedad, se terminará la obligación para ella sin posibilidad de reinstalación de la Suma Asegurada en cuestión, cesando en consecuencia la obligación de pago de prima por parte del Asegurado.

3.2.4.5. Límites de edad

Los límites de edad establecidos para la admisión en la cobertura de Graves Enfermedades son de 20 años como mínimo y de 60 años como máximo. La edad máxima para la renovación es de 64 años. El límite máximo de admisión antes indicado no excederá la edad máxima de aceptación estipulada para la cobertura básica de la póliza.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número BADI-S0034-0012-2010 de fecha 20 de abril de 2010.

3.2.5. Cobertura de Gastos Funerarios
(esta cobertura adicional operará sólo si se indica en la carátula de la póliza)

Las condiciones y términos establecidos en la presente cobertura, tienen prelación sobre los términos y condiciones establecidas en las condiciones generales del seguro del cual forman parte, en todo aquello que contravenga lo dispuesto en la presente cobertura.

3.2.5.1. Definiciones

Asegurado

Persona física sujeta de protección ante la ocurrencia del riesgo amparado.

Beneficiario(s)

Persona(s) que tiene(n) derecho a recibir la Suma Asegurada contratada en su proporción correspondiente; al ocurrir el riesgo amparado.

Para los efectos de la cobertura de Gastos Funerarios será(n) la(s) persona(s) designada(s) con tal carácter por el Asegurado en la cobertura básica de Fallecimiento de la póliza de la cual forma parte esta cobertura.

3.2.5.2. Cobertura

Si dentro de la vigencia de la cobertura de Gastos Funerarios ocurre el fallecimiento del Asegurado, MetLife pagará al beneficiario, por una sola vez y bajo alguna de las opciones de liquidación que se establecen a continuación, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

La Suma Asegurada contratada para la cobertura de Gastos Funerarios, será la que se especifique en la carátula de la póliza.

Tratándose de asegurados menores de 12 (doce) años, la Suma Asegurada máxima que podrá contratarse para esta cobertura será el equivalente a 60 (sesenta) veces el Salario Mínimo General Mensual vigente en la Ciudad de México.

Al efectuar la reclamación, el beneficiario deberá presentar las pruebas que acrediten el fallecimiento del Asegurado que se establecen para tal efecto en las condiciones generales del seguro del que forma parte esta cobertura.

Opciones de liquidación de la cobertura de Gastos Funerarios

Habiendo ocurrido el fallecimiento del Asegurado dentro de la vigencia de la presente cobertura, a solicitud del beneficiario, el pago de la reclamación correspondiente podrá realizarse de acuerdo a cualquiera de las siguientes opciones:

Servicio de asistencia funeraria

La Suma Asegurada contratada para la cobertura de Gastos Funerarios que se presenta en la carátula de la póliza, se aplicará en primera instancia para realizar el pago del servicio de asistencia funeraria cuando el mismo sea solicitado.

El servicio de asistencia funeraria se prestará a través del proveedor que MetLife tenga convenido al momento de ocurrir el evento. Cuando el servicio de asistencia funeraria sea solicitado, MetLife pagará el monto del gasto total del evento o hasta el monto de Suma Asegurada contratada para esta cobertura, directamente al proveedor y reducirá en la parte correspondiente, la Suma Asegurada de la cobertura de Gastos Funerarios.

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

Si la Suma Asegurada contratada para la cobertura de Gastos Funerarios es superior al monto del gasto total del evento, el remanente será pagado a los beneficiarios de acuerdo con los porcentajes establecidos en la designación de beneficiarios.

“Por tratarse de una necesidad apremiante, el otorgamiento del servicio de asistencia funeraria no implica la aceptación ni procedencia del siniestro, ya que estos se encuentran sujetos a la valoración correspondiente de la documentación completa al presentarse la reclamación de la cobertura de Fallecimiento; para ello se sujetará a la investigación y el procedimiento legal que corresponda. En caso de que el siniestro sea improcedente la aseguradora se reserva el derecho de acción correspondiente”.

Al encontrarse el costo del servicio de asistencia funeraria sujeto a fluctuaciones comerciales y actualizaciones sin previo aviso, el servicio estará sujeto a que la Suma Asegurada contratada para la cobertura de Gastos Funerarios sea suficiente para cubrir el costo del servicio de asistencia funeraria al momento de la reclamación.

En caso de no utilizar el servicio de asistencia funeraria, o en el caso de que el servicio no sea autorizado, por ser insuficiente el monto de la Suma Asegurada de la cobertura de Gastos Funerarios, los beneficiarios deberán proceder a la reclamación del pago de la Suma Asegurada correspondiente a la cobertura de Gastos Funerarios de acuerdo a como se establece en el inciso siguiente.

Pago de la Suma Asegurada

De ser requerido así por el(los) beneficiario(s) y tomando esta opción de pago, la Suma Asegurada para la presente cobertura se liquidará directamente a los beneficiarios, por lo que se deberá realizar la reclamación correspondiente en las oficinas de MetLife y presentar la documentación que para la reclamación de la Suma Asegurada se establece en las condiciones generales del seguro contratado del cual forma parte la presente cobertura, en cuyo caso MetLife pagará directamente a los beneficiarios la Suma Asegurada de acuerdo con los porcentajes para ello establecidos.

Al efectuar la reclamación; cuando no se cuente con el acta de defunción, con la presentación del certificado de defunción debidamente requisitado, salvo restricción legal en contrario, se anticipará un 40% del total de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura y el 60% restante se cubrirá cuando se presente el acta de defunción.

3.2.5.3. Terminación de la cobertura de Gastos Funerarios

La cobertura de Gastos Funerarios terminará en los siguientes casos:

a) Al efectuarse el pago correspondiente a la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, bajo cualquiera de las opciones de liquidación establecidas.

b) Cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado o por falta de pago de la prima; no aplica para esta cobertura el seguro saldado o prorrogado.

c) En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 80 años de edad.

d) Cancelación o terminación de la póliza de la cual forma parte esta cobertura.

3.2.5.4. Límites de edad

Los límites de edad establecidos para la contratación de la cobertura de Gastos Funerarios son:

La edad mínima de contratación es de 0 (cero) años;

La edad máxima de contratación será la edad máxima de aceptación estipulada para la cobertura básica de la póliza siempre que esta sea menor de 70 (setenta) años. En caso contrario la edad máxima de aceptación será de 70 (setenta) años.

La edad máxima para la renovación es de 79 (setenta y nueve) años.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número BADI-S0034-0087-2010 de fecha 14 de septiembre de 2010.

4. Apartado cuatro – Cláusulas particulares

4.1. Beneficios de tarifa preferencial

Las coberturas y beneficios asegurados mencionados en el apartado tres - descripción de coberturas, podrán ser susceptibles de descuentos en primas por concepto de factores tales como; sexo femenino o condición de no fumador de conformidad con lo siguiente:

4.1.1. Descuento para mujeres

Conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, MetLife considera que la edad de la asegurada, para efectos de determinación de primas, reservas y valores garantizados, es tres años inferior a su edad real.

4.1.2. Descuento de no fumador

El Asegurado que, de acuerdo con sus declaraciones en la solicitud respectiva, ha sido aceptado por MetLife como no fumador, se considerará que su edad para efectos de determinación de primas, reservas y valores garantizados, es dos años inferior a su edad real.

4.1.3. Efecto de descuento para coberturas a Edad Alcanzada

En las coberturas con plazo de seguro a edad alcanzada, los descuentos que sobre la edad real se otorguen, implican una reducción en la edad con la que se calcularán primas, reservas, valores garantizados y cualquier otro valor necesario en la operación. El plazo de seguro, y en su caso el plazo de pago de primas, se calcularán conforme a la edad real sin descuentos.

4.1.4. Edad mínima con descuentos

Para efecto de los puntos: 4.1.1. descuento para mujeres, 4.1.2. descuento de no fumador y 4.1.3. efecto de descuento para coberturas a edad alcanzada, la edad que se considere para la mortalidad una vez aplicados los descuentos no podrá ser menor a 15 años.

4.2. Valores garantizados

4.2.1. Valor en efectivo

El valor en efectivo es la cantidad de dinero que el Contratante podrá obtener en función del número de años transcurridos completos y monto de las primas anuales completas pagadas. Este valor en efectivo corresponde a las coberturas contratadas y se señala en la tabla de valores garantizados que forman parte de este contrato de seguro.

El Contratante tendrá derecho al valor en efectivo, o a las opciones de conversión especificadas en el siguiente punto, en cuyo caso deberá solicitarlo a MetLife enviando este contrato de seguro para su cancelación o anotación correspondiente.

4.2.2. Opciones de conversión

El valor en efectivo podrá aplicarse a su equivalente en un seguro de alguna de las opciones de conversión estipuladas en los puntos 4.2.3. y 4.2.4. que a continuación se detallan, dicho seguro quedará sujeto a las condiciones de este contrato, no requiriéndose más pago de primas.

4.2.3. Seguro saldado

El seguro saldado mantiene el plan en vigor únicamente por la cobertura por Fallecimiento en el plazo originalmente pactado, sin más pago de primas, por la Suma Asegurada que se estipula en la tabla de valores garantizados que forman parte de este contrato de seguro.

4.2.4. Seguro prorrogado

El seguro prorrogado mantiene el plan en vigor únicamente por la cobertura por Fallecimiento sin más pago de primas, por la Suma Asegurada vigente a la fecha de conversión durante el periodo de tiempo que marca la tabla de valores garantizados que forman parte de este contrato de seguro.

Si existen valores garantizados, en el supuesto de que el Contratante dejara de cubrir alguna prima oportunamente, MetLife automáticamente, salvo instrucción en contrario efectuada previa y expresamente por el Contratante, aplicará la opción de conversión a seguro prorrogado, de acuerdo con el número de primas anuales completas pagadas contenido en la tabla de valores garantizados de este contrato de seguro.

4.2.5. Valor en efectivo remanente

Derivado de la opción de conversión a seguro prorrogado, si existiera algún valor en efectivo remanente, éste se destinará a la adquisición de un seguro adicional pagadero al final, si el Asegurado sobrevive a la fecha estipulada en la tabla de valores garantizados de este contrato de seguro.

4.2.6. Otros seguros

A solicitud del Asegurado, el valor en efectivo podrá aplicarse a la compra de un seguro diferente a los antes citados. La conversión se llevará a cabo en forma automática, si la nueva Suma Asegurada es menor o igual a la Suma Asegurada en vigor antes de la conversión, en caso contrario, el Asegurado deberá presentar a MetLife las pruebas de asegurabilidad vigentes en el momento de la conversión.

Cuenta personal especial para el ahorro

Este plan de seguro cumple con las características referidas en el artículo 185 de la Ley de Impuesto Sobre la Renta (LISR), en relación con cuentas personales para el ahorro y primas de seguro para el retiro, por lo que se puede hacer deducible de impuestos conforme a lo señalado en dicho artículo:

Artículo 185. "Los contribuyentes a que se refiere el título IV de la Ley de Impuesto Sobre la Renta, que efectúen depósitos en las cuentas personales especiales para el ahorro, realicen pagos de primas de contratos de seguro que tengan como base planes de pensiones relacionados con la edad, jubilación o retiro que al efecto autorice el servicio de administración tributaria mediante disposiciones de carácter general, o bien adquieran acciones de los fondos de inversión que sean identificables en los términos que también señale el referido órgano desconcentrado mediante disposiciones de carácter general, podrán restar el importe de dichos depósitos, pagos o adquisiciones, de la cantidad a la que se le aplicaría la tarifa del artículo 152 de la Ley de Impuesto Sobre la Renta de no haber efectuado las operaciones mencionadas, correspondiente al ejercicio en que éstos se efectuaron o al ejercicio inmediato anterior, cuando se efectúen antes de que se presente la declaración respectiva, de conformidad con las reglas que a continuación se señalan:

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

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

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

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

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

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

5. Apartado cinco – Cláusulas generales

5.1. Contrato de seguro

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

5.2. Beneficios convenidos

Estas condiciones generales en su apartado tres - descripción de coberturas contienen las coberturas que podrá contratar con MetLife, por lo tanto, las coberturas y beneficios que usted está adquiriendo consisten en aquéllos exclusivamente establecidos en la carátula de la póliza y endosos anexos a la misma.

5.3. Fecha de inicio de vigencia de la póliza

Se encuentra señalada en la carátula de la póliza y será la fecha a partir de la cual entrará en vigor cada una de las coberturas y beneficios contratados en este contrato de seguro.

5.4. Vigencia del seguro

Este seguro se mantendrá vigente durante el periodo comprendido entre las fechas de inicio y término de la vigencia señaladas en la carátula de la póliza, siempre y cuando se cumpla con el pago de las primas establecidas en este contrato de seguro o bien, se haya optado por ejercer alguna opción de conversión de las indicadas en la cláusula particular 4.2. valores garantizados, del apartado cuatro cláusulas particulares, en cuyo caso, tanto la Suma Asegurada como la fecha de término del contrato de seguro estarán sujetas a lo establecido en dicha cláusula.

5.5. Cancelación del seguro

El presente seguro podrá cancelarse por las siguientes causas:

a) A petición del Contratante: el seguro será cancelado si el Contratante lo solicita por escrito a MetLife. 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.

b) Cancelación automática: por falta de pago de la prima en los términos del artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro que se cita en la cláusula general 5.15. primas del presente apartado, siempre que la cobertura básica no cuente con valores garantizados al momento de suspender el pago de las primas, o cuando el Contratante hubiere manifestado expresamente su voluntad de no convertir el beneficio básico del presente contrato de seguro a seguro prorrogado, conforme a la cláusula particular 4.2.4. seguro prorrogado, del apartado cuatro - cláusulas particulares.

5.6. Rehabilitación

Mediante la presentación de los requisitos de asegurabilidad que MetLife determine, el Contratante podrá dentro de los 365 días que sigan a la suspensión del pago de primas, solicitar la rehabilitación del contrato de seguro, si éste hubiera cesado en sus efectos por falta de pago de primas, o por haberse ejercido alguna de las opciones de conversión.

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

Este contrato de seguro se rehabilitará a partir de la fecha en que el Contratante haya cubierto la cantidad que MetLife haya fijado para este efecto.

5.7. Conversión

El Contratante tendrá derecho a convertir el plan de seguro contratado, por otro que emita MetLife en la fecha que cause efecto la solicitud de conversión respectiva, presentando el Asegurado, si fuera el caso, las pruebas de asegurabilidad conducentes que señale MetLife.

La conversión estará sujeta a lo que se estipula a continuación:

a) La solicitud correspondiente deberá ser recibida por MetLife al menos dos años antes de la terminación del plazo del seguro.

b) La edad que haya alcanzado el Asegurado en la fecha que surta efecto la conversión no podrá ser superior a 70 años.

c) La fecha en que cause efecto la solicitud de conversión será la misma que la fecha en que se cancele el plan del presente seguro.

d) La nueva Suma Asegurada no podrá ser superior a la que se encuentre en vigor en la fecha que surta efecto la conversión, salvo que el Asegurado presente a MetLife pruebas de asegurabilidad satisfactorias que ésta le solicite.

e) La prima se calculará con la edad que haya alcanzado el Asegurado en la fecha que surta efecto la conversión.

5.8. Omisiones o declaraciones inexactas

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

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a MetLife para considerar rescindido de pleno derecho el contrato de seguro, aunque éstos no hayan influido en la realización del siniestro.

5.9. Indisputabilidad

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

Así mismo, si con posterioridad al inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación el Contratante y/o el Asegurado presentan pruebas de asegurabilidad para cualquier incremento de Suma Asegurada, dicho incremento será indisputable después de transcurridos los primeros dos años contados a partir de la fecha de su contratación, aplicándose lo mencionado en el párrafo anterior. Los conceptos expresados bajo esta cláusula aplican tanto a la cobertura básica como a los beneficios adicionales, mencionados en estas condiciones generales en el apartado tres - descripcion de coberturas.

5.10. Modificaciones y notificaciones

Sólo tendrán validez las modificaciones pactadas expresamente entre las partes y que consten por escrito en el contrato de seguro, o mediante endosos al mismo registrados previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia los agentes o cualquier otra persona no autorizada por MetLife carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

En los términos del artículo 26 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro, a continuación se transcribe el artículo 25 de esta Ley:

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

Toda notificación a MetLife deberá hacerse por escrito y dirigirse al domicilio social de la misma, la cual aparece en la carátula de la póliza. Las comunicaciones que MetLife deba hacer al Contratante y/o al Asegurado, las dirigirá al domicilio especificado en la carátula de la póliza, o al último de que haya tenido conocimiento.

5.11. Cambio de condiciones

Conforme al artículo 65 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“Si durante el plazo del seguro se modifican las condiciones genera les 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”.

5.12. Inmutabilidad

Mientras este contrato de seguro esté en vigor, MetLife no podrá modificar las primas ni los valores garantizados establecidos, salvo que se modifique el riesgo pactado.

Se excluye del alcance de esta cláusula al recargo por pago fraccionado, así como a los gastos de expedición, mismos que corresponderán a los que estén en vigor al momento de la expedición del recibo correspondiente.

5.13. Condición de riesgo pactado

Este contrato de seguro se celebra con base a lo declarado en la solicitud en lo referente a residencia, ocupación, viajes y género de vida del Contratante y/o Asegurado(s).

Es obligación del Contratante y/o Asegurado(s) notificar a MetLife los cambios que sobre los aspectos mencionados en el párrafo anterior, modifiquen esencialmente lo declarado en la solicitud. MetLife evaluará si dichos cambios afectan el riesgo pactado y si procede modificará la prima correspondiente, lo cual se notificará al Contratante y/o Asegurado(s).

5.14. Edad

Para efectos de este contrato de seguro se entenderá como edad real del Asegurado, aquella que haya cumplido en su aniversario inmediato anterior 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. Los límites de admisión fijados por MetLife para la cobertura básica se especifican en la cláusula 3.1.2. límites de edad del apartado tres - descripción de coberturas.

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 monto de la reserva matemática existente a la fecha de rescisión.

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

I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se hubiera 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 pagada y la prima correspondiente a la edad real en la fecha de celebración del contrato de seguro.

II. Si MetLife hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad, 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, MetLife estará obligada a reembolsar la diferencia entre el monto de la reserva matemática existente y el monto de la reserva matemática correspondiente a la edad real. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad; y

IV. Si con posterioridad al fallecimiento o alguna otra eventualidad cubierta, se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, MetLife estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

5.15. Primas

Considerando la voluntad expresa del Contratante plasmado en su propuesta de aseguramiento, el Asegurado deberá observar las disposiciones fiscales respecto de su decisión de hacer o no deducibles la primas de seguro que de conformidad a las disposiciones fiscales sean objeto de deducibilidad, resultando en lo siguiente:

a) En caso de que el Asegurado no hubiere elegido la opción de pago de primas sujetas a deducibilidad, no podrá hacer deducible de impuestos cantidad alguna por el pago de las primas del presente contrato de seguro.

b) En caso de que el Asegurado hubiere elegido la opción de pago de primas sujetas a deducibilidad, el monto correspondiente a la prima pagada por la protección de supervivencia del presente contrato de seguro, la podrá hacer deducible de acuerdo con lo referido en las disposiciones fiscales aplicables.

De acuerdo con la legislación fiscal vigente a la fecha de contratación el Asegurado no podrá seleccionar la opción de pago de primas sujetas a deducibilidad contratado el plan a edad alcanzada 50.

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”.

El Contratante deberá pagar la prima anual a partir de la fecha de inicio de vigencia en los plazos de pago estipulados. Salvo que se establezca expresamente un lugar de pago diverso, las primas estipuladas se pagarán con la periodicidad convenida, en las oficinas de MetLife, a cambio del recibo correspondiente.

Si se deja de realizar el pago de la prima, la correspondiente cobertura por fallecimiento se convertirá automáticamente a un seguro prorrogado, conforme a lo estipulado en la cláusula particular 4.2.4. seguro prorrogado, del apartado cuatro- cláusulas particulares. En caso de no contar o ser insuficientes los valores garantizados para llevar a cabo esta opción de conversión, se aplicará lo señalado en la cláusula general 5.5. cancelación del seguro, del apartado cinco- cláusulas generales.

5.16. Periodicidad

Las primas tienen periodicidad anual, sin embargo, el Contratante puede optar por liquidar 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 aplicándose la tasa de financiamiento por pago fraccionado que esté en vigor al momento de la expedición del recibo.

5.17. Suma Asegurada

MetLife pagará el importe de la Suma Asegurada de las coberturas y/o beneficios contratados e indicados en la carátula de la póliza, menos cualquier adeudo que no haya sido cubierto, al recibir pruebas de la eventualidad ocurrida.

5.18. Pago inmediato

Al fallecimiento el Asegurado, mediante la presentación del certificado médico de defunción correspondiente, copia de la identificación oficial del Asegurado, solicitud de pago debidamente requisitada por el beneficiario, así como copia de su identificación oficial, salvo restricción legal en contrario, MetLife realizará un anticipo inmediato hasta del 10% de la Suma Asegurada de la(s) cobertura(s) por Fallecimiento contratada(s) que en su caso corresponda(n), con un máximo de 100 veces el Salario Mínimo General Mensual Vigente en la Ciudad de México, el cual será otorgado al beneficiario que lo solicite.

Se previene que la liquidación por este concepto no podrá ser mayor del porcentaje que como beneficiario tenga asignado el reclamante de este derecho.

5.19. Suicidio

En caso de suicidio del Asegurado dentro de los dos primeros años de la celebración de este contrato de seguro o de su última rehabilitación, la obligación de MetLife se limitará a devolver la reserva matemática constituida con la(s) prima(s) pagada(s) disponible en la fecha del fallecimiento.

5.20. Indemnizaciones

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

El Contratante y/o el Asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo dar el aviso en cuanto cese uno u otro.

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

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

Las obligaciones de MetLife quedarán extinguidas si demuestra que el Contratante y/o Asegurado o el beneficiario o sus respectivos representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación que para este fin haya solicitado MetLife.

5.21. Indemnización por mora

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

5.22. Beneficiarios

Siempre que no exista restricción legal en contrario el Asegurado podrá hacer designación de beneficiarios mediante notificación por escrito a MetLife. En el supuesto de que la notificación de que se trata, no se reciba oportunamente y MetLife pague el importe del seguro al último beneficiario de que haya tenido conocimiento, será sin responsabilidad alguna para ésta.

El Asegurado, aún en el caso de que haya designado en el contrato de seguro a un tercero como beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho derivado de éste, por acto entre vivos o por causa de muerte.

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

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

El Asegurado debe designar a sus beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. Cuando existan varios beneficiarios, la parte del que fallezca antes que el Asegurado, acrecentará por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario.

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

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

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendrá una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la Suma Asegurada.

5.23. Formas de liquidación de la Suma Asegurada de la cobertura básica

En caso de fallecimiento del Asegurado los beneficiarios, al presentar su reclamación de pago de Suma Asegurada, podrán optar por que el pago les sea realizado mediante cheque nominativo para abono a cuenta o mediante depósito en transferencia bancaria a su cuenta personal tras recibir la documentación del hecho que genera la obligación y del derecho de quien solicite el pago, así como las declaraciones que MetLife solicite en las formas correspondientes. En este caso terminará toda obligación de MetLife.

En caso de que el Asegurado llegue con vida a la fecha de vencimiento de la póliza, la Suma Asegurada se podrá liquidar a través de cualquiera de las opciones de liquidación indicadas a continuación:

1) Pago en una sola exhibición: el Asegurado podrá optar por que el pago le sea realizado mediante cheque nominativo para abono a cuenta o mediante depósito en transferencia bancaria a su cuenta personal.

2) Renta vitalicia: MetLife pagará una renta mensual que iniciará en la fecha en que debiera cubrirse el importe de la Suma Asegurada y se efectuará durante la vida del Asegurado. Al fallecer el Asegurado terminará toda obligación de MetLife.

3) Renta vitalicia con periodo de garantía: MetLife pagará una renta mensual que iniciará en la fecha en que debiera cubrirse el importe de la Suma Asegurada y se efectuará durante la vida del Asegurado, considerando un periodo de garantía de pago por los primeros 10, 15, 20 ó 30 años, de acuerdo con el periodo de garantía seleccionado por el Asegurado, durante los cuales la renta mensual se pagará al propio Asegurado o, en caso de su fallecimiento durante este periodo de garantía, a sus beneficiarios una vez terminado el periodo de garantía seleccionado y habiendo fallecido el Asegurado durante el mismo, terminará toda obligación para MetLife.

4) Otra formas de liquidación: la Suma Asegurada podrá ser liquidada mediante otra forma de liquidación que sea operada por MetLife previo acuerdo entre las partes.

Suma Asegurada de las coberturas y/o beneficios adicionales

Los beneficiarios o, en su caso el Asegurado, al presentar su reclamación de pago de Suma Asegurada por coberturas y/o beneficios adicionales, podrán optar por que el pago les sea realizado mediante cheque nominativo para abono a cuenta o mediante depósito en transferencia bancaria a su cuenta personal, tras recibir la documentación del hecho que genera la obligación y del derecho de quien solicite el pago, así como las declaraciones que MetLife solicite en las formas correspondientes.

5.24. Prescripción

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

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

En términos del artículo 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro producirá la interrupción de la prescripción, mientras que la suspensión de la prescripción 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.

5.25. Terminación del contrato

El contrato terminará sin obligación posterior para MetLife, con el pago que proceda a la cobertura o beneficio contratado; por liquidación del valor en efectivo que proceda o por expiración del plazo del seguro.

5.26. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, ya sean por parte del Contratante o por MetLife, se efectuarán en Moneda Nacional, ajustándose a las disposiciones de la Ley Monetaria vigentes a la fecha de pago.

5.27. Competencia

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

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

5.28. Derecho del Contratante para conocimiento del porcentaje de intermediación

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

5.29. Régimen fiscal

El régimen Fiscal de este contrato de seguro estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago al Asegurado o a sus beneficiarios cuando ocurra la obligación de pago en el contrato de seguro.

5.30. Eliminación de padecimientos preexistentes

Si el Asegurado fue sometido a examen médico durante el proceso de suscripción del presente contrato de seguro, no podrá aplicársele la exclusión de padecimientos preexistentes respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0034-0211-2015 / CONDUSEF-000334-01 de fecha 21 de septiembre de 2015.

En cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 21 de abril de 2015 con el número RESP-S0034-0402-2015.

Servicio de asistencia funeraria

Por ser un cliente especial de MetLife México, S.A. de C.V. en tanto usted se encuentre amparado en la presente póliza del seguro de vida, en reconocimiento a su fidelidad para nuestra empresa se le hace extensivo el servicio de asistencia funeraria, que es otorgado a través de prestadores de servicios independientes en los términos siguientes.

El prestador de servicios funerarios ha creado un paquete de asistencia funeraria a precio preferencial para asegurados de MetLife, por lo que los beneficiarios designados en la póliza de seguro podrán a su elección adquirirlo directamente y cubrir el importe del servicio funerario con cargo a la Suma Asegurada de la cobertura de Fallecimiento del presente seguro.

Por lo anterior, cuando el servicio funerario sea solicitado por los beneficiarios, MetLife pagará directamente al proveedor el costo preferencial establecido para el paquete de servicios funerarios convenido y reducirá en la parte correspondiente la Suma Asegurada de la cobertura de Fallecimiento.

Si los beneficiarios deciden realizar modificaciones al paquete del servicio funerario convenido y esta modificación afecta el costo del servicio, quedará a su cargo el pago de cualquier excedente que corresponda al gasto del evento.

“Por tratarse de una necesidad apremiante, el servicio de asistencia funeraria otorgado no implica la aceptación ni procedencia del siniestro, ya que estas se encuentran sujetas a la valoración correspondiente de la documentación completa al presentarse la reclamación de la cobertura de Fallecimiento; para ello se sujetará a la investigación y el procedimiento legal que corresponda. En caso de que el siniestro sea improcedente la Aseguradora se reserva el derecho de acción correspondiente”.

En caso de no utilizar el servicio de asistencia funeraria, o en el caso de que el servicio no sea autorizado, por ser insuficiente el monto de la Suma Asegurada de la cobertura de Fallecimiento, los beneficiarios deberán proceder a realizar la reclamación del pago de la Suma Asegurada correspondiente a la cobertura de Fallecimiento conforme se establece en las condiciones generales del seguro contratado.

MetLife se obliga a pagar a los beneficiarios designados y/o Asegurado según corresponda, siempre que la póliza se encuentre vigente a la fecha de ocurrencia del evento amparado, la Suma Asegurada prevista en este contrato, al recibir las pruebas requeridas de la ocurrencia del evento amparado bajo las coberturas contratadas.

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