MetLife

Vida 360
Vida Indivudual

Condiciones Generales

RECAS: CONDUSEF-004533-01

Contenido

1. **Apartado uno - Objeto del seguro**
2. **Apartado dos – Definiciones**
   - **2.1. Asegurado titular**
   - **2.2. Asegurado complementario**
   - **2.3. Beneficiario(s)**
   - **2.4. Certificación médica**
   - **2.5. Contratante**
   - **2.6. Cónyuge**
   - **2.7. Endoso**
   - **2.8. Enfermedad o padecimiento preexistente**
   - **2.9. Exclusiones**
   - **2.10. Fideicomiso**
   - **2.11. Hijo Asegurado**
   - **2.12. Hospital autorizado**
   - **2.13. Médico**
   - **2.14. Médico especialista**
   - **2.15. Prima**
   - **2.16. Siniestro**
   - **2.17. Suma Asegurada**
   - **2.18. Extraprima**
3. **Apartado tres - Descripción de coberturas**
   - **3.1. Coberturas por Fallecimiento del Asegurado titular**
   - **3.2. Coberturas por Fallecimiento de asegurados complementarios**
   - **3.3. Coberturas por Invalidez Total y Permanente**
   - **3.4. Coberturas por Accidente**
   - **3.5. Coberturas por Cáncer (CAT para titular y CAC para complementarios)**
   - **3.6. Otras coberturas adicionales**
4. **Apartado cuatro – Cláusulas particulares**
   - **4.1. Beneficios de reducción en la edad**
   - **4.2. Costo del seguro**
   - **4.3. Fondo de reserva**
   - **4.4. Aplicación del fondo de reserva**
   - **4.5. Retiros del fondo de reserva**

4.6. Detalle de movimientos

4.7. Suma Asegurada por fallecimiento

4.8. Liquidación de gastos funerarios

5. Apartado cinco – Cláusulas generales

5.1. Contrato de seguro

5.2. Moneda

5.3 Fecha de inicio de vigencia

5.4. Vigencia del seguro

5.5. Terminación del seguro

5.6. Cancelación del seguro

5.7. Rehabilitación

5.8. Pago de primas

5.9. Periodicidad de pago

5.10. Omisiones o inexactas declaraciones

5.11. Indisputabilidad

5.12. Modificaciones y notificaciones

5.13. Cambio de condiciones

5.14. Actualización de la operación del seguro

5.15. Carencia de restricciones

5.16. Cambio de ocupación

5.17. Edad

5.18. Suicidio

5.19. Indemnizaciones

5.20. Indemnización por mora

5.21. Deducciones

5.22. Beneficiarios

5.23. Prescripción

5.24. Competencia

5.25. Derecho del Contratante para conocimiento del porcentaje de intermediación

5.26. Referencias legales

5.27. Entrega de condiciones generales

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 o en su caso a los asegurados según corresponda, siempre que la póliza se encuentre vigente a la fecha del siniestro, la Suma Asegurada o indemnización prevista en este contrato de seguro al recibir las pruebas requeridas de la ocurrencia del evento amparado bajo la cobertura contratada.

2. Apartado dos – Definiciones

2.1. Asegurado titular

Persona física mayor de 18 años sobre quién recae el riesgo cubierto conforme a cada cobertura que tenga contratada y que realizará el pago de la prima de esta póliza de seguro.

2.2. Asegurado complementario

Persona física en cuyo favor el Asegurado titular haya decidido extender la protección del seguro a través de alguna de las coberturas complementarias contratadas.

En términos del artículo 170 se entenderá como Asegurado complementario reciproco cuando se trata del cónyuge o hijo mayor de edad del Asegurado titular.

El Asegurado titular en su calidad de proponente deberá declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la contratación de la cobertura para un Asegurado complementario

2.3. Beneficiario(s)

Persona o personas físicas o morales que, por designación del Asegurado, y a falta de designación del Asegurado por disposición legal, tiene(n) derecho a recibir la Suma Asegurada contratada, en proporción correspondiente.

2.4. Certificación médica

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

2.5. Contratante

Es aquella persona física mayor de 18 años, que lleva a cabo con MetLife la celebración del contrato y que realizará el pago de la prima y para los efectos de este seguro será la misma persona que el Asegurado titular.

2.6. Cónyuge

La persona física que se encuentre unida con el Asegurado titular bajo vínculo matrimonial vigente y acreditará tal carácter con el acta de matrimonio civil correspondiente. También se considerará cónyuge a la persona unida con el Asegurado titular por el vínculo de concubinato cuya relación deberá acreditar mediante el documento jurídico correspondiente.

2.7. Endoso

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

2.8. Enfermedad o padecimiento preexistente

Se entenderá como enfermedad o padecimiento preexistente, aquel:

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

- Cuando MetLife cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico para resolver la procedencia de la reclamación.
- Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de una enfermedad y/o padecimiento.

2.9. Exclusiones

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

2.10. Fideicomiso

Es una operación mercantil mediante la cual el Asegurado titular (fideicomitente) transmite la Suma Asegurada al momento de su fallecimiento para que ésta sea administrada por MetLife en su calidad de fiduciaria y que será pagada conforme a la carta de instrucción debidamente llenada por el Asegurado titular.

2.11. Hijo Asegurado

Persona física a quien así se le denominará y que tiene tal carácter por estar en los registros de MetLife como hijo del Asegurado titular cuya relación deberá acreditar mediante el documento jurídico correspondiente.

2.12. Hospital autorizado

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

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

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

No se considerará como hospital, clínica o sanatorio:

2.12.1. Clínicas para el tratamiento de enfermedades mentales o cuyo principal objetivo sea el tratamiento de enfermedades psiquiátricas.

2.12.2. Casas para ancianos, casas de descanso, centros para el tratamiento de drogadictos, alcohólicos y neuróticos.

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

Cualquier atención médica recibida por el Asegurado en algún establecimiento que no se considere hospital clínica o sanatorio, no estará cubierta por el seguro, aun tratándose de una emergencia médica.

2.13. Médico

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

2.14. Médico especialista

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

2.15. Prima

Es el valor determinado por MetLife, que el Contratante deberá pagar por las coberturas del seguro contratadas. Dado que se trata de un seguro flexible, el Contratante podrá realizar aportaciones superiores a las estipuladas para cada cobertura, con el fin de incrementar su protección.

2.16. Siniestro

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

2.17. Suma Asegurada

Es la cantidad máxima establecida en la carátula de la póliza o en los endosos, que podrán recibir los beneficiarios del seguro, al ocurrir el evento amparado.

2.18. Extraprima

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

3. Apartado tres - Descripción de coberturas

Estas coberturas operarán sólo si han sido contratadas y se indican en la carátula de la póliza o endoso correspondiente.

La Suma Asegurada que MetLife pagará por las coberturas será la que se indica en la carátula de la póliza o endosos correspondientes vigentes a la fecha de ocurrencia del siniestro.

3.1. Coberturas por Fallecimiento del Asegurado titular

3.1.1. Cobertura Básica por Fallecimiento (BAS)

Si el Asegurado titular fallece durante el plazo de vigencia del seguro, MetLife pagará a los beneficiarios designados por el mismo, la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura, en los términos del presente contrato.

Para el caso de un seguro reciproco, la Suma Asegurada se pagará al cónyuge o hijo mayor de edad del Asegurado titular según corresponda.

3.1.2. Cobertura adicional de Pago por Fallecimiento Temprano (PFT)

Si el fallecimiento del Asegurado titular ocurre dentro de los cinco primeros años de vigencia de la póliza, MetLife pagará a los beneficiarios designados, y en el porcentaje que les corresponda, una Suma Asegurada adicional a la cobertura básica, equivalente al monto de las primas pagadas para las coberturas contratadas. Esta cobertura no cubre el monto de las primas excedentes.

3.1.3. Cobertura adicional de Gastos Funerarios del Asegurado (GFT)

Si el fallecimiento del Asegurado titular ocurre dentro de la vigencia de la póliza, se pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura conforme a lo que se describe en la sección 4.8. “Liquidación de GF”.

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

3.1.4.1. Definiciones

3.1.4.1.1. Enfermedad terminal

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

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

Enfermedad terminal cubierta	Descripción
Cáncer	Enfermedad caracterizada por un crecimiento descontrolado de células derivadas de tejidos normales que forman un tumor maligno mediante la propagación de las células malignas desde el sitio de origen hasta sitios distantes, o por propagación local. Para los efectos de estas condiciones generales,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	Incapacidad del corazón para funcionar normalmente. Es el estado fisiopatológico en el que una anomalía cardiaca es responsable de la insuficiencia del corazónpara bombear la sangre. Se considera terminal cuando es de Clase III o IV (New York Heart Association) o presenta una fracción de eyección del25% o menos del ventrículo izquierdo.
Insuficiencia hepática crónica	Incapacidad del hígado para transformar los productosdel metabolismo de la ingesta de líquidos y alimentos, así como los desechos de la sangre a un ritmo normal.Se considera terminal cuando se llega a la Clase funcional Child C.
Insuficiencia Renal Crónica	La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es un estado deenfermedad irreversible en el que los riñones no son capaces de llevar a cabo sus funciones de depuración y regularización hidroelectrolítica, acumulándose en la sangre sustancias derivadas del metabolismo o de la dieta. Se considera terminalcuando el paciente tiene 8 mgs o más de creatinina sérica.
Insuficiencia respiratoria crónica	Es 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. Se considera terminal cuando esta limitación está asociada a una reacción inflamatoria pulmonar exagerada frente a partículas o gases tóxicos y cuyo valor de Volumen de Espiración Forzada (VEF1) sea igual o menor al 80% del predicho.

3.1.4.2. Descripción de la cobertura pago anticipado por Enfermedad Terminal (ET)

Mediante esta cobertura, MetLife otorgará al Asegurado titular, por una sola vez, un anticipo de 30% de la Suma Asegurada correspondiente a la cobertura básica por fallecimiento, una vez que se presenten las pruebas de que el Asegurado ha sido diagnosticado como enfermo terminal.

Esta cobertura será efectiva siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor.

3.1.4.3. Periodo de espera de Enfermedad Terminal (ET)

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

La documentación mínima requerida para la comprobación del diagnóstico:

Documentación Descripción	
Pruebas clínicas, radiológicas, imagenológicas,histológicas, de laboratorio y/o de gabinete	Se debe acreditar que la enfermedad es terminal.MetLife se reserva el derecho de solicitar la confirmación de dicho diagnostico por un médicode la especialidad que corresponda.
Dictamen médico	Deberá ser elaborado por el médico especialista tratante que precise conforme al expediente clínicodel Asegurado que deberá incluir al menos la siguiente información: • Padecimiento actual • Fecha en que se estableció el diagnósticodefinitivo (criterios diagnósticos)
Historial Clínico	Deberá precisar los antecedentes personales patológicos (crónico-degenerativos, traumáticos,quirúrgicos, transfusionales, hospitalizaciones previas), con énfasis en fechas de diagnóstico (día, mes y año), evolución y tratamiento de patologías contenidos en la historia clínica del expediente con base en la norma NOM 004.

3.1.4.4. Ajuste de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal (ET)

El importe del pago correspondiente a esta cobertura reducirá la Suma Asegurada de la cobertura básica por fallecimiento del Asegurado titular.

En consecuencia, en el momento en que el Asegurado titular fallezca, se entregará a los beneficiarios designados la Suma Asegurada en vigor, menos el monto que se haya dado por esta cobertura.

3.1.4.5. Indemnización de Enfermedad Terminal (ET)

El importe del pago (anticipo) correspondiente a esta cobertura se pagará al mismo Asegurado titular, en caso de que el Asegurado titular fallezca sin haber hecho efectivo el cobro de este anticipo se pagará el 100% de la Suma Asegurada de la cobertura Básica por Fallecimiento a los beneficiarios designados.

3.1.4.6. Exclusiones de Enfermedad Terminal (ET)

Quedan excluidas las enfermedades originada por:

- **Enfermedades desarrolladas a consecuencia de intento de suicidio o autolesión, aún y cuando se cometan en estado de cordura odemencia.**
- **Adicción al alcohol, drogas, estupefacientes y/o psicotrópicos.**
- **Enfermedades desarrolladas a consecuencia del virus del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**

- **Cualquier cáncer “in situ”, sin invasión o metástasis, así como el cáncer de piel, los considerados como lesiones premalignas, excepto el melanoma de invasión.**

- **Procedimientos no quirúrgicos de las arterias coronarias como angioplastia y/o cualquier otra intervención intra-arterial.**

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

- **Enfermedades cuya causa sea a consecuencia del uso o exposición a sustancias de índole nuclear o radiactiva.**

3.1.4.7. Terminación de la cobertura de Enfermedad Terminal (ET)

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

- Concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de que esta cobertura forma parte.
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado titular.
- Al efectuar MetLife el pago de la Suma Asegurada establecida para esta cobertura.
- A la terminación anticipada de la póliza de que esta cobertura forma parte, a solicitud del Asegurado titular.

3.1.5. Cobertura adicional de Garantía Escolar (GE)

Si dentro de la vigencia de esta cobertura ocurre el fallecimiento del Asegurado titular, MetLife pagará a los beneficiarios designados, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, o en su caso directamente al fideicomiso establecido por MetLife.

Para este efecto se deberán presentar las pruebas correspondientes que acrediten el fallecimiento del Asegurado titular.

Documentación	Requisitos
Acta de defunción	Original y certificada por el registro civil

La Suma Asegurada contratada para esta cobertura será la cantidad que se indique en la carátula de la póliza.

Salvo instrucción en contrario, la indemnización correspondiente por el fallecimiento del Asegurado titular se pagará a los beneficiarios a través del fideicomiso que MetLife tiene contratado para este propósito y cuyos términos y condiciones se señalan en el contrato de fideicomiso correspondiente. Así mismo, se establece que la forma de liquidación de la cobertura se realizará siguiendo las indicaciones que para tal efecto se señalan en la denominada carta de instrucción, documento mediante el cual el Asegurado manifiesta la forma en cómo se pagará el fideicomiso.

Cuando sea voluntad del Asegurado titular establecer una forma de pago diferente al fideicomiso señalado en el párrafo anterior, deberá especificarlo y efectuar la designación de sus beneficiarios en los formatos que MetLife tiene establecidos.

3.1.5.1. Vigencia de Garantía Escolar (GE)

Esta cobertura tiene 20 años de vigencia a partir de su contratación.

3.1.5.2. Terminación de Garantía Escolar (GE)

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

- Concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de la cual forma parte esta cobertura
- La cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado titular.
- Al concluir la vigencia de esta cobertura.
- Al realizar MetLife el pago de la Suma Asegurada de esta cobertura.

3.1.6. Edades de aceptación para las coberturas por Fallecimiento del Asegurado titular

Los límites establecidos de aceptación son de 18 años como mínimo y 80 años como máximo.

3.2. Coberturas por Fallecimiento de asegurados complementarios

Las coberturas por fallecimiento de los asegurados complementarios podrán operar como seguro recíproco como se indica en el artículo 170 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

Artículo 170.- El seguro recíproco podrá celebrarse en un solo acto. El seguro sobre la vida del cónyuge o del hijo mayor de edad será válido sin el consentimiento a que se refiere el artículo 167.

Artículo 167.- El seguro para el caso de muerte de un tercero será nulo si el tercero no diere su consentimiento, que deberá constar por escrito antes de la celebración del contrato, con indicación de la Suma Asegurada.

En caso de convenirse el seguro recíproco, el beneficiario de la cobertura será el Asegurado titular.

3.2.1. Cobertura adicional Conyugal (BACY)

Si dentro de la vigencia de esta cobertura ocurre el fallecimiento del cónyuge asegurado, MetLife pagará al Asegurado titular, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Para este efecto se deberá presentar la correspondiente acta de defunción que acredite este fallecimiento.

3.2.2. Cobertura adicional de Gastos Funerarios Cónyuge (GFC)

Si dentro de la vigencia de esta cobertura ocurre el fallecimiento del cónyuge asegurado, MetLife pagará al Asegurado titular por una sola vez, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Para este efecto el Asegurado titular deberá presentar la correspondiente acta de defunción que acredite este fallecimiento.

3.2.3. Cobertura adicional Complementario (BAC)

Si dentro de la vigencia de esta cobertura ocurre el fallecimiento del “Asegurado complementario”, MetLife pagará a los beneficiarios designados, la Suma Asegurada vigente para esta cobertura.

Para este efecto los beneficiarios deberán presentar la correspondiente acta de defunción que acredite este fallecimiento. La Suma Asegurada contratada para esta cobertura será la cantidad que se indique en la carátula de la póliza.

Para el caso de un Asegurado complementario de un seguro reciproco, la Suma Asegurada se pagará al Asegurado titular y a falta de este a la sucesión del Asegurado complementario.

3.2.4. Cobertura adicional de Gastos Funerarios Complementario (GFX)

Si dentro de la vigencia de esta cobertura ocurre el fallecimiento del “Asegurado complementario”, MetLife pagará a los beneficiarios designados por éste, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura. Para este efecto se deberán presentar la correspondiente acta de defunción que acredite este fallecimiento.

Para el caso de un Asegurado complementario de un seguro reciproco, la Suma Asegurada se pagará al Asegurado titular y a falta de este a la sucesión del Asegurado complementario.

3.2.5. Edades de aceptación para las coberturas por Fallecimiento de asegurados complementarios

Los límites establecidos de aceptación son de 15 años como mínimo y 80 años como máximo.

3.2.6. Terminación de las coberturas por Fallecimiento de asegurados complementarios

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

- Concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de la cual forman parte estas coberturas.
- La cancelación de estas coberturas a solicitud del Asegurado titular.
- Al efectuar MetLife el pago de la Suma Asegurada establecida para la cobertura
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado titular.

3.2.7. Documentos para reclamación

Los beneficiarios designados deberán presentar las pruebas correspondientes que acrediten este fallecimiento, así como la siguiente documentación:

Documentación	Requisitos
Identificación oficial vigente de los beneficiarios	Pasaporte, cédula profesional,credencial de elector
Último talón de pago	En caso de pagar a través de “descuento por nómina” solo en el caso de queel beneficiario la tenga en su posesión
Comprobante de domicilio de los beneficiarios	Con vigencia no mayor a 3 meses (agua, luz,teléfono fijo, gas, estado de cuenta bancario)
Designación de beneficiarios	Se encuentra en la póliza de seguro solo en el caso de que el beneficiario la tenga en su posesión
Acta de defunción del Asegurado complementario	Original y certificada por el registro civil
Solicitud de pago de los beneficiarios correspondientes	Se puede obtener en las oficinas de MetLife o en su página de internet

3.2.8. Cobertura adicional de Gastos Funerarios Hijos (GFH)

Esta cobertura tiene como finalidad reparar la pérdida monetaria del Asegurado titular por los gastos relacionados al fallecimiento del “hijo asegurado”.

Para este efecto el Asegurado titular deberá presentar la correspondiente acta de defunción que acredite este fallecimiento.

Para cada “hijo asegurado”, el monto contratado para esta cobertura será el que se especifique en la carátula de la póliza.

En caso de que fallezcan simultáneamente el Asegurado titular y el “hijo asegurado”, el pago del monto se hará a los beneficiarios designados por el Asegurado titular.

La Suma Asegurada para esta cobertura adicional de Gastos Funerarios Hijos (GFH) estará topada a un treinta y cinco por ciento de la Suma Asegurada contratada para la cobertura Básica por Fallecimiento del Asegurado titular o a un monto de ciento ochenta mil pesos lo que resulte menor.

3.2.8.1. Edades de aceptación de Gastos Funerarios Hijos (GFH)

Las edades de aceptación establecidas por MetLife para esta cobertura son de los 0 a los 24 años para cada “hijo asegurado”.

3.2.8.2. Terminación de la cobertura adicional de Gastos Funerarios Hijos (GFH)

Esta cobertura terminará para cada “hijo asegurado” al ocurrir su fallecimiento o a partir del aniversario de la póliza en que el “hijo Asegurado” haya cumplido la edad de 25 años.

Así mismo, la vigencia de esta cobertura terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- Concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de la cual forma parte esta cobertura.
- La cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado titular.
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado titular o del último “hijo asegurado”.
- En el aniversario inmediato posterior de la póliza en que el menor “hijo Asegurado” haya cumplido la edad de 25 años.

3.3. Coberturas por Invalidez Total y Permanente

3.3.1. Definición

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

También será considerada como invalidez total y permanente si el Asegurado sufre la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, o de una mano y un pie, o una mano junto con la vista de un ojo o un pie con la vista de un ojo, entendiéndose por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, y por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella. En cuyo caso el dictamen podrá ser emitido por una institución de seguridad social y no aplicará el periodo de espera teniendo efectos el estado de invalidez total y permanente a partir de la fecha de emisión del dictamen, o bien por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo.

Si dentro de la vigencia de esta cobertura, al Asegurado le es dictaminado un estado de invalidez total y permanente, MetLife le pagará al Asegurado en una sola exhibición la Suma Asegurada contratada de esta cobertura.

3.3.2. Pruebas para acreditar la invalidez total y permanente

a) Cuando el Asegurado se encuentre sujeto a la seguridad social:

El dictamen de invalidez total y permanente que servirá de base para acreditar dicho estado será el emitido por el Instituto de Seguridad Social al cual se encuentra adscrito el Asegurado y no aplicará el periodo de espera. La fecha de la invalidez total y permanente será la fecha de elaboración del dictamen.

b) Cuando el Asegurado no se encuentre adscrito al sistema de seguridad social:

El dictamen de invalidez total y permanente deberá ser emitido por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo. En este caso, la cobertura podrá ser procedente si el Asegurado después de 4 meses contados a partir de la fecha de emisión del dictamen continúa presentando dicho estado de invalidez total y permanente.

En ambos casos, 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 se acredita el estado de invalidez total y permanente a fin de resolver la procedencia de la solicitud de pago de la Suma Asegurada para esta cobertura, la cual procederá si el Asegurado después de 4 meses contados a partir de la fecha de emisión del dictamen continúa presentando dicho estado de invalidez total y permanente.

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

Documentación Requisitos	
Dictamen médico	Elaborado por el médico especialista en medicina del trabajo, que precise conforme al expediente clínico del Asegurado lo siguiente: • Fecha de elaboración del dictamen • Ficha de identificación del Asegurado • Antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y patológicos • Fecha en que se estableció el diagnóstico definitivo (criterios diagnósticos) • Descripción del puesto de trabajo • Padecimiento actual • Exploración física • Estudios que se utilizaron como apoyo al diagnóstico, diagnósticos nosológicos o definitivos, conclusiones medico legales • Porcentaje de perdida órgano- funcional definitivo. • Nombre y firma del médico especialista con cédula profesional.
Historial clínico	Con base en la norma NOM 004 deberá precisar todos los antecedentes patológicos del Asegurado (crónico-degenerativos, traumáticos, quirúrgicos, transfusionales, hospitalizaciones previas), con énfasis en fechas de diagnóstico (día, mes y año), evolución y tratamiento de patologías. Así como presencia de tabaquismo y alcoholismo (tiempo de evolución, frecuencia e intensidad) y si es el caso fecha de suspensión. Lo anterior para determinar las circunstancias de la realización del siniestro y las consecuencias del mismo.

3.3.3. Cobertura adicional de exención de pago de primas por Invalidez Total y Permanente (BIT)

Si estando en vigor esta cobertura y antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado titular cumpla la edad de 60 años, el Asegurado titular se invalida total y permanentemente, MetLife dejará de cobrar al Asegurado el pago de la prima de la cobertura básica por fallecimiento, y si se hubieran contratado antes de que se presente la invalidez, la prima de las siguientes coberturas:

- Cobertura adicional de Gastos Funerarios del Asegurado (GFT)
- Cobertura adicional de Garantía Escolar (GE)
- Cobertura adicional Conyugal (BACY)
- Cobertura adicional de Gastos Funerarios Cónyuge (GFC)
- Cobertura Adicional Complementario (BAC)
- Cobertura adicional de Gastos Funerarios Complementario (GFX)
- Cobertura adicional de Gastos Funerarios Hijos (GFH)
- Cobertura adicional de Cáncer del Asegurado Titular (CAT)
- Cobertura adicional de Cáncer del Complementario (CAC)

- Cobertura adicional de Accidentes Personales Complementario (APX)
- Cobertura adicional de Indemnización por Enfermedades Graves Complementario (EGX)
- Cobertura adicional de Cirugías Complementario (CRX)
- Cobertura adicional de Apoyo por Hospitalización Titular (PHT)
- Cobertura adicional de Apoyo por Hospitalización Complementario (PHX)

Esta cobertura no cubre la exención de pago de primas de cualquier otra cobertura o importe de prima adicional que no se encuentre mencionado en el listado anterior.

En caso de que la póliza se encuentre en estado de exención de pago de primas, no podrán realizarse movimientos posteriores de incrementos de sumas aseguradas o inclusión/renovación de coberturas adicionales. De igual forma, no podrán realizarse retiros parciales de reserva ya que la vigencia del contrato depende de la suficiencia de dicho fondo.

Documentación mínima requerida para la comprobación de la exención de pago de primas por invalidez total y permanente:

Documentación Requisitos	
Dictamen médico	Elaborado por el médico especialista que precise conforme al expediente clínico del Asegurado: • Padecimiento actual • Fecha en que se estableció el diagnóstico definitivo (criterios diagnósticos) • Estudios, notas, valoraciones que ayudaron a sustentar estado invalidanteejemplo: Valoraciones de médicos especialistas que le dieron seguimiento (traumatología y ortopedia, rehabilitación, oncología, neurología, neurocirugía, otorrinolaringología, medicina interna, nefrología, reumatología, cardiología, alergología, angiología, cirugía general) • Reporte de estudios: radiografías, ultrasonido, tomografía, resonancia magnética, audiometría, electromiografía, reporte de histopatología, PET/CT, tomografía de coherencia óptica, electrocardiograma, ecocardiograma, prueba de esfuerzo, prueba y test psicológicos, gamagrama óseo, fluorangiografía, campimetría, exámenes de laboratorio, timpanometría, laringoscopia, potenciales evocados.
Historial clínico	Con base en la norma NOM 004 deberá precisar todos los antecedentes patológicos del Asegurado (crónico-degenerativos, traumáticos, quirúrgicos, transfusionales, hospitalizaciones previas), con énfasis en fechas de diagnóstico (día, mes y año), evolución y tratamiento de patologías. Así como presencia de tabaquismo y alcoholismo (tiempo de evolución, frecuencia e intensidad) y si es el caso fecha de suspensión. Lo anterior para determinar las circunstancias de la realización del siniestro y las consecuencias del mismo.

3.3.4. Cobertura adicional de Indemnización por Invalidez Total y Permanente (CII)

Si estando en vigor esta cobertura y antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado titular cumpla la edad de 60 años, el Asegurado titular se invalida total y permanentemente, MetLife pagará al propio Asegurado la Suma Asegurada contratada en esta cobertura.

3.3.5. Edades de aceptación para las coberturas por Invalidez Total y Permanente

Los límites establecidos de aceptación son de 18 años como mínimo y 55 años como máximo.

3.3.6. Exclusiones aplicables a ambas coberturas por Invalidez Total y Permanente las coberturas de Invalidez Total y Permanente no cubren:

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

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

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

c) 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.

d) Carreras o pruebas 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 titular.

3. Estado de Invalidez originado por una enfermedad preexistente a la fecha de la contratación de esta cobertura y/o al incrementar la Suma Asegurada de estas coberturas y/o al incluir alguna cobertura que ampare esta cobertura.

3.3.7. Terminación de las coberturas por Invalidez Total y Permanente

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

- Concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de la cual forma parte esta cobertura.
- La cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado titular.
- En el aniversario inmediato posterior de la póliza en que el Asegurado titular haya cumplido la edad de 60 años.
- Al realizar MetLife el pago de la Suma Asegurada de esta cobertura.
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado titular

3.4. Coberturas por Accidente

3.4.1. Definición

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

Las coberturas que son descritas a continuación no pueden ser contratadas de forma simultánea.

3.4.2. Cobertura adicional de Indemnización por Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas (TIBA)

MetLife pagará por una sola vez al Asegurado titular o a sus beneficiarios, según sea el caso, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura si el Asegurado titular fallece en un accidente o a consecuencia de él y/o sufre pérdidas orgánicas dentro los noventa días siguientes a la fecha del accidente y antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla la edad de 70 años.

3.4.2.1. Indemnización de la cobertura adicional TIBA por Fallecimiento

Si el Asegurado titular fallece en un accidente o a consecuencia de este y si se encuentra dentro del plazo del seguro MetLife pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

3.4.2.2. Indemnización de la cobertura adicional TIBA por Pérdidas Orgánicas

Por la pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos; o la pérdida de ambas manos; o la pérdida de ambos pies; o la pérdida de una mano y un pie; o la pérdida de una mano y la vista de un ojo; o la pérdida de un pie junto con la vista de un ojo, el pago será de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Si el Asegurado sufre la pérdida de la vista de un ojo, o la pérdida de una mano, o de un pie; el pago será de una cantidad igual a la mitad de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Tabla de indemnización por pérdidas orgánicas	% de Suma Asegurada
Muerte del Asegurado titular	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, junto con la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie o la vista de un ojo	50%

Se entenderá por pérdida de una mano, su anquilosamiento o separación completa a nivel de la articulación del puño o arriba de ella.

Se entenderá por pérdida de un pie, su anquilosamiento o separación completa a nivel de la articulación del tobillo o arriba de ella.

Se entenderá por pérdida de la vista de un ojo, la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

3.4.2.3. Indemnización de la cobertura adicional TIBA por Fallecimiento Colectivo

Si la muerte o las lesiones corporales que resultaren del accidente, fueran sufridas por el Asegurado titular mientras viajare como pasajero en cualquier vehículo de servicio público, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeto a itinerarios regulares, o mientras viajare como pasajero en un ascensor que opere para servicio público con exclusión de los elevadores industriales o de minas; o a causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrare el Asegurado titular al iniciarse el incendio; se pagará una cantidad igual al doble

3.4.3. Pruebas requeridas en las coberturas por accidente

Al tramitarse la reclamación que a estas coberturas compete, el Asegurado titular o sus beneficiarios deberán presentar:

Documentación Requisitos	
Copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público	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 de estas mismas coberturas.

En caso de reclamación por pérdidas orgánicas MetLife tendrá el derecho solicitar se practiquen los exámenes médicos que considere necesarios al Asegurado y estos serán cubiertos por MetLife, con el fin de acreditar la procedencia del siniestro.

3.4.4. Edades de aceptación para las coberturas por accidente

Los límites establecidos de aceptación son de 18 años como mínimo y 65 años como máximo.

3.4.5. Exclusiones de las coberturas por accidente.

Estas coberturas por accidente no cubren:

1. Accidentes originados por participar en:

a) **Servicio Militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o riña siempre y cuando el Asegurado sea el provocador.**

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

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

d) **Viajes a bordo de una aeronave, excepto cuando viajara en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular. Salvo convenio expreso.**

1. Los siguientes eventos:

a) **La muerte o pérdida de miembros del Asegurado titular debida directamente, a enfermedades de cualquier naturaleza.**

b) **Suicidio o cualquier intento de este, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.**

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) **Accidentes que se originen debido a que el Asegurado titular estaba bajo la influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico.**

f) Accidentes que se originen por culpa grave del Asegurado titular, si de la documentación presentada se desprende que ocurrieron a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol.

3.4.6. Terminación de las coberturas por accidente

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

- Concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de la cual forma parte esta cobertura.
- La cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado titular.
- En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado titular haya cumplido la edad de 70 años.
- Al realizar MetLife el pago de la Suma Asegurada de esta cobertura.
- Esta cobertura se cancelará en la fecha en que MetLife efectúe el pago de la indemnización por cualquiera de las coberturas de invalidez total y permanente.

3.5. Coberturas por Cáncer (CAT para titular y CAC para complementarios)

La cobertura podrá otorgarse al Asegurado titular de la póliza, y máximo a tres asegurados complementarios.

3.5.1. Definiciones

3.5.1.1. Primera ocurrencia

Se define como tal, a la primera ocasión en que la persona experimenta las manifestaciones y/o es diagnosticada del padecimiento de cáncer.

3.5.1.2. Cáncer con metástasis

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

3.5.1.3. Cáncer “in situ”

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

3.5.1.4. TNM

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

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

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

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

- El estadio es una forma común de describir el cáncer de manera que los médicos puedan de común acuerdo planificar el mejor tratamiento.

3.5.1.5. Tumor

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

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

Ganglio: La “N” en el sistema TNM corresponde a la abreviación para ganglio en inglés.

Los ganglios linfáticos son órganos minúsculos que ayudan a combatir infecciones, ya que forman parte del sistema inmunológico del cuerpo. Existen ganglios linfáticos regionales y ganglios linfáticos distantes.

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

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

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

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

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

Recurrente: cáncer recurrente significa que el cáncer ha vuelto a aparecer después del tratamiento.

3.5.2. Cobertura de Indemnización Parcial por Cáncer “in situ”

MetLife pagará al Asegurado titular y/o complementario una indemnización equivalente al 25% de la Suma Asegurada contratada para la indemnización total por cáncer, si durante la vigencia del contrato, al Asegurado titular y/o complementario se le diagnostica la primera ocurrencia de alguno de los siguientes casos de cáncer, que se enlistan a continuación:

- Carcinoma “in situ” clasificado como Tis N0M0, de la que se determina la necesidad médica de cirugía, quimioterapia o radioterapia, de acuerdo al criterio que para este fin emite un médico certificado en la especialidad del tipo de carcinoma involucrado

- Tumores malignos clasificados como T1N0M0 o mayores, los cuales se tratan solo por procedimientos de endoscopía

- Melanomas malignos, clasificados como T1N0M0

3.5.2.1. Pruebas de indemnización parcial por cáncer “in situ”

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

Documentación Requisitos	
Resumen clínico	Elaborado por el médico especialista que precise con forme al expediente clínico del Asegurado: • Fecha de inicio del padecimiento, diagnóstico, primer evento de cáncer. • Antecedentes personales patológicos. • Clasificación o estadificación, evolución, estudios realizados,tratamiento y pronóstico.
Historial Clínico	Con base en la norma NOM 004 deberá precisar todos los antecedentes patológicos del Asegurado (crónico-degenerativos, traumáticos, quirúrgicos, transfusionales, hospitalizaciones previas),con énfasis en fechas de diagnóstico (día, mes y año), evolución y tratamiento de patologías. Así como presencia de tabaquismo y alcoholismo (tiempo de evolución, frecuencia e intensidad) y si es el caso fecha de suspensión. Tengan o no relación con padecimiento.
Estudios clínicos	Deberá anexar los resultados radiológicos y/o de laboratorio quesustenten el diagnóstico base de reclamación de alguno de los padecimientos descritos en estas condiciones generales como: marcadores tumorales, tomografía, ultrasonido, resonancia magnética, estudios de Rx (radiografías, mastografías, etc.).
Estudio histopatológico	Reporte elaborado por un médico certificado por el consejo de la especialidad como experto en la materia relativa al padecimiento cáncer con la descripción microscópica y macroscópica de tejido (posterior a una biopsia o una cirugía), diagnostico, tamaño de tumoración, márgenes del tumor (márgenes positivos o negativos), nombre y firma del médico patólogo, direcciónde laboratorio y fecha de realización.

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

3.5.3. Cobertura de Indemnización total por Cáncer

Si durante la vigencia del contrato, un médico certificado en la espacialidad de oncología diagnostica al Asegurado titular y/o complementario, que le implica la necesidad médica de cirugía mayor, radioterapia, quimioterapia, por haber metástasis, MetLife pagará la Suma Asegurada contratada y señalada para esta cobertura en la carátula de la póliza, con lo que termina la cobertura.

3.5.3.1. Pruebas para indemnización total por cáncer

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

Documentación Requisitos	
Resumen clínico	Elaborado por el médico especialista que precise con forme al expediente clínico del Asegurado: • Fecha de inicio del padecimiento, diagnóstico, primer evento de cáncer. • Antecedentes personales patológicos. • Clasificación o estadificación, evolución, estudios realizados, tratamiento y pronóstico.
Historial clínico	Con base en la norma NOM 004 deberá precisar todos los antecedentes patológicos del Asegurado (crónico-degenerativos, traumáticos, quirúrgicos, transfusionales, hospitalizaciones previas),con énfasis en fechas de diagnóstico (día, mes y año), evolución y tratamiento de patologías. Así como presencia de tabaquismo y alcoholismo (tiempo de evolución, frecuencia e intensidad) y si es el caso fecha de suspensión. Tengan o no relación con padecimiento.
Estudios clínicos	Deberá anexar los resultados radiológicos y/o de laboratorio que sustenten el diagnóstico base de reclamación de alguno de los padecimientos descritos en estas condiciones generales como: marcadores tumorales, tomografía, ultrasonido, resonancia magnética, estudios de Rx (radiografías, mastografías, etc.).
Estudio histopa-tológico	Reporte elaborado por un médico certificado por el consejo dela especialidad como experto en la materia relativa al padecimiento cáncer con la descripción microscópica y macroscópica de tejido (posterior a una biopsia o una cirugía), diagnostico, tamaño de tumoración, márgenes del tumor (márgenes positivos o negativos), nombre y firma del médico patólogo, dirección del laboratorio y fecha de realización.

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

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

Las siguientes definiciones aplicarán para ambas coberturas de cáncer:

3.5.4. Periodo de espera de las coberturas de cáncer

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

3.5.5. Edades de aceptación para las coberturas de cáncer

Las edades de aceptación establecidas por MetLife para estas coberturas son de los 18 a los 65 años para el Asegurado titular y de 15 a 65 años para asegurados complementarios.

3.5.6. Beneficiarios para las coberturas de cáncer

Cuando se presente el evento relacionado a la cobertura de esta póliza y ocurriese el fallecimiento del Asegurado titular y/o complementario, antes de la presentación de la reclamación para esta cobertura adicional, la indemnización que llegará a proceder se liquidará a:

- En caso de muerte del Asegurado titular a los beneficiarios designados en la cobertura de fallecimiento del Asegurado titular, en los mismos términos y porcentajes ahí definidos.
- En caso de muerte del Asegurado complementario al Asegurado titular o en su caso a los beneficiarios designados.

Siempre que se demuestre que fue imposible realizar la reclamación correspondiente en los términos y plazos establecidos en las condiciones generales de este contrato y que dicho atraso no fue con el fin de evitar la comprobación del evento.

3.5.7. Exclusiones de las coberturas por cáncer

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

- **Cualquier tumor benigno, displasia, neoplasia inter o intraepitelial, o un crecimiento pre-maligno dictaminado por el médico especialista como diagnóstico final.**
- **Cualquier tumor papilar de la vejiga, clasificado como T1 a menor.**
- **Cualquier tumor papilar de la tiroides que sea clasificado como T1N0M0 o menor a la etapa TNM.**
- **Cualquier tumor en presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH.**
- **Padecimientos y/o enfermedades preexistentes.**

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

3.5.7.1. Exclusiones de la cobertura de indemnización parcial por cáncer “in situ”

- **Cualquier melanoma “in situ” clasificado como Tis N0M0.**

3.5.7.2. Exclusiones de la cobertura de indemnización total por cáncer

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

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

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

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

- **Etapa II. Linfocitosis más bazo agrandado (y posiblemente hígado agrandado), con o sin aumento de tamaño de los ganglios linfáticos.**

  Las cuentas de glóbulos rojos y de plaquetas son casi normales.

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

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

- **Cualquier condición que es referida a la cobertura de indemnización parcial por cáncer "in situ".**

3.5.8. Terminación de las coberturas por cáncer

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

- Concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de la cual forma parte la cobertura.
- La cancelación de la cobertura a solicitud del Asegurado titular.
- Al aniversario inmediato posterior de la póliza en el que el Asegurado titular y/o complementario cuente con 70 años, terminará la cobertura del Asegurado que hubiese alcanzado la edad señalada.
- Al efectuar MetLife el pago de la Suma Asegurada establecida para la cobertura terminará la cobertura para el Asegurado titular y/o complementario cuyo siniestro fue pagado.
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado titular.
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado complementario, terminará la cobertura del Asegurado complementario fallecido.

3.6. Otras coberturas adicionales

3.6.1. Cobertura adicional Accidentes Personales (APT para titular y APX para complementarios).

La cobertura podrá otorgarse al Asegurado titular de la póliza, y máximo a cuatro asegurados complementarios.

3.6.1.1. Definiciones

3.6.1.1.1. Pruebas de Accidentes Personales

Los resultados de los estudios clínicos y/o radiológicos practicados al Asegurado que sustente el diagnóstico base de la reclamación de la cobertura, que se deban presentar, así como la nota de urgencias de la unidad médica hospitalaria donde se haya recibido la atención.

Para determinar la procedencia de la reclamación por accidente personal, será necesario que el Asegurado haya sido atendido en el área de Urgencias Hospitalarias. Y los siguientes documentos:

Documentación	Requisitos
Notas médicas de urgencias	Tipo (público o privado), nombre y domicilio del hospital autorizado y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece. • Razón y denominación social. • Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente. Deberá elaborarla el médico y contener lo siguiente: • Fecha y hora en que se otorga el servicio, signos vitales, motivo de la atención, antecedentes personales patológicos, resumen clínico, exploración física y estado mental (en caso de aplicar). • Resultados de los estudios utilizados que confirmen el diagnóstico y tratamientos que hayan sido solicitados previamente. • Diagnósticos o problemas clínicos. • Tratamiento y pronóstico.
Notas médicas de urgencias	Quemaduras • Nota médica (urgencias y hospitalización) con porcentaje en superficie corporal, tratamiento otorgado. Fracturas • Nota de ingreso a urgencias de centro hospitalario con diagnóstico final. • Reporte de estudios imagenológicos (radiografías de la región) Herida • Nota de ingreso a urgencias donde mencione tamaño de la lesión y especifique tipo de suturas (si traspasa las 4 capas de la piel) deberá contener nombre y firma de médico quien realice el reporte Intoxicación Medicamentosa. • Nota de ingreso a urgencias, especificando tipo de ingesta y cantidad de fármaco administrado, deberá hacer referencia de signos y síntomas que presenta el Asegurado

Nota de evolución, (elaborada por el médico cada vez que proporciona atención al paciente)	En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista, deberá quedar por escrito y la deberá realizar el médico solicitante, así como la nota de interconsulta que deberá realizar el médico especialista. • Nombre completo • Cédula profesional • Firma de quien lo elabora • Fecha y hora de elaboración
Nota de egreso hospitalario	Deberá indicar: • Fecha de ingreso/egreso. • Motivo del egreso. • Diagnósticos finales, (resumen de accidente). • Resumen de evolución y estado actual. • Manejo durante la estancia hospitalaria (procedimientos y/o tratamientos realizados) • Plan de manejo y tratamiento. • Recomendaciones, pronóstico. • Anexar los resultados de las pruebas clínicas, radiológicas,histológicas y de laboratorio que comprueben que la atención por accidente era medicamente necesaria. • Precisar los antecedentes personales patológicos generales contenidos en la historia clínica del expediente.
Reportes de estudios clínicos y/o gabinete	Tipo, nombre y domicilio del hospital autorizado y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece. • Razón y denominación social. • Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente. • Estudio solicitado. • Problema clínico en estudio, especificando incidentes o accidentes. • Descripción de resultados e interpretación por el médico tratante. • Nombre completo. • Firma del médico • Cédula profesional.

Toda la documentación deberá ser expedida por los médicos legalmente autorizados para ejercer la profesión con la especialidad médica que sustenta.

Los documentos descritos se encuentran definidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3- 2012 del expediente clínico.

En caso de omitir alguno de los elementos, MetLife solicitará nuevamente el documento.

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 los padecimientos cubiertos dentro de accidentes personales.

3.6.1.1.2. Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que ocasione lesiones corporales en el Asegurado que se requiera de atención médica.

Las lesiones corporales derivadas de un accidente que serán amparadas por la cobertura adicional de Accidentes Personales (AP), son las siguientes, cada una de ellas en lo individual para los efectos de esta cobertura se considerarán como evento:

3.6.1.1.3. Fractura

Interrupción parcial o total de la continuidad de una estructura ósea.

3.6.1.1.4. Quemadura

Lesión en piel y/o anexos (pelos, uñas, glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas) por factores externos, que conducen a su destrucción total o parcial. Los factores externos considerados son: físicos (calor), sustancias químicas, radiación o electricidad.

Quedarán cubiertas las quemaduras por zona corporal.

La zona corporal se dividirá por regiones del cuerpo:

- Cabeza y cuello
- Extremidades superiores (brazos, antebrazos y manos)
- Extremidades inferiores (muslos, piernas y pies)
- Tronco (tórax y abdomen, tanto anterior como posterior)
- Región genital

En caso de quemaduras de segundo grado, aplicará cuando tengan una extensión mayor al 70% de la zona corporal y en caso de quemaduras de tercer grado aplicará cuando tenga una extensión mayor al 20% de la zona corporal.

Para efectos de la presente cobertura se realizan las siguientes definiciones:

- Quemaduras de primer grado (superficiales). Las quemaduras de primer grado afectan únicamente la epidermis, o capa externa de la piel. El sitio de la quemadura es rojo, doloroso, seco y sin ampollas. Las quemaduras leves del sol son un ejemplo.

- Quemaduras de segundo grado (espesor parcial). Las quemaduras de segundo grado involucran la epidermis y parte de la capa de la dermis de la piel. El sitio de la quemadura se ve rojo, con ampollas y puede estar inflamado y ser doloroso.

- Quemaduras de tercer grado (espesor total). Las quemaduras de tercer grado destruyen la epidermis y dermis y pueden dañar el tejido subcutáneo. La quemadura puede verse blanca o carbonizada. La zona afectada pierde sensibilidad.

3.6.1.1.5. Herida

Lesiones ocasionadas por factores externos que genere pérdida de continuidad y que requiera sutura mayor a 5 cm. y que traspasen las siguientes 4 capas de la piel:

- Piel
- Músculo
- Tejido subcutáneo
- Tendones o nervios

3.6.1.1.6. Intoxicación

Reacción del organismo a la entrada de, o al contacto con cualquier sustancia tóxica que ocasiona ataque al estado general de salud y/o la muerte.

3.6.1.2. Descripción de la cobertura de accidentes personales (AP)

Mediante esta cobertura, MetLife otorgará al Asegurado afectado el monto de indemnización correspondiente de acuerdo al tipo de lesión ocurrida y al plan de cobertura contratado, siempre que el accidente se haya presentado encontrándose la cobertura en vigor.

Monto de indemnización por accidente según plan de cobertura:

Monto de indemnización Lesiones por accidente Plan de cobertura	Nivel básico	Nivel extra
Fractura Quemadura	$3,000	$5,000
Herida Intoxicación	$2,000	$3,000

Para efecto de la cobertura, las lesiones previamente descritas serán cubiertas siempre y cuando:

- Hayan sido atendidas en el área de urgencias de un centro hospitalario, ya sea público o privado.
- El Asegurado haya requerido de la atención médica en un plazo no mayor a 5 días posteriores a la fecha de haber ocurrido el accidente.
- Que dicha reclamación se lleve a cabo dentro de los 30 días posteriores a la fecha del accidente.
- El Asegurado presente el soporte diagnóstico realizado para su confirmación.

La indemnización correspondiente en el accidente del Asegurado titular será pagada al mismo, en caso de fallecimiento de éste se pagará a los beneficiarios designados por éste en la póliza del seguro. Para la indemnización de un Asegurado complementario se pagará al mismo, en caso de que éste fallezca, se pagará al Asegurado titular de la póliza, en caso de que fallezca simultáneamente el Asegurado titular y el complementario, el pago de la indemnización se hará a los beneficiarios designados por el Asegurado titular.

Si el Asegurado complementario es menor de edad, la cobertura se pagará al Asegurado titular de la póliza.

El Asegurado titular o complementario podrá reclamar hasta un máximo de 2 eventos por año cobertura, por los cuales MetLife pagará hasta un máximo de 3,000 pesos por evento en el caso de haber contratado el nivel de cobertura básico y de 5,000 pesos por evento en el caso de haber contratado el nivel de cobertura extra.

Si en un evento se reclaman más de una cobertura, sólo se pagará una, la de mayor Suma Asegurada.

La cobertura no podrá ser adquirida por un mismo asegurado más de una vez ya sea dentro de la misma póliza o en una póliza diferente, como titular o como complementario.

Los eventos se volverán a generar de manera automática al cumplirse el aniversario de la cobertura.

3.6.1.3. Edades de aceptación de la cobertura de Accidentes Personales

Los límites de edad de aceptación establecidos por MetLife para esta cobertura son de 18 años como mínimo y 55 años como máximo para el Asegurado titular y de 0 años como mínimo y de 55 años como máximo para el Asegurado complementario. La edad de cancelación es a los 60 años.

3.6.1.4. Exclusiones de la cobertura de Accidentes Personales (AP)

Para efectos de esta cobertura, quedan excluidas:

- **Lesiones preexistentes a la contratación del seguro.**
- **Intento de suicidio o lesión causada así mismo, ya sea en estado de cordura o demencia.**
- **Lesiones por eventos ocurridos a consecuencia de riña o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el Asegurado o estando bajo influencia de algún enervante, estimulante o similar que no haya sido prescrito por un médico.**
- **Lesiones que se originen por participación del Asegurado como sujeto activo en eventos derivados a consecuencia de servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, terrorismo, insurrección, revolución o rebelión.**
- **Lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de viajar como ocupante de algún automóvil, motocicleta o cualquier otro vehículo similar en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- **Lesiones derivadas por la práctica profesional de cualquier deporte. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves, que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio del transporte regular de pasajeros.**
- **Intoxicaciones derivadas por el uso o adicción al alcohol, drogas, estupefacientes y/o psicotrópicos.**
- **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- **Intoxicación por ingesta de alimentos.**
- **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, incluidos tratamientos para corregir el acné.**
- **Quemaduras de primer grado.**
- **Quemaduras de segundo grado que tengan una extensión menor al 70% de la zona corporal.**
- **Quemaduras de tercer grado con una extensión menor al 20% de la zona corporal.**

- **Heridas en piel que no traspasen músculo, tejido subcutáneo, tendones o nervios.**

- **Lesiones que se originen por culpa grave del Asegurado, si de la documentación presentada se desprende que dichas lesiones ocurrieron a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol y/o drogas.**

3.6.1.5. Terminación de la cobertura adicional Accidentes Personales (AP)

La cobertura adicional de Accidentes Personales terminará en los siguientes casos:

- Concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de la cual forma parte esta cobertura.
- La cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado titular.
- En caso de invalidez total y permanente del Asegurado titular, la cobertura adicional de accidentes personales será cancelada en el siguiente aniversario de la vigencia de dicha cobertura, única y exclusivamente para el Asegurado titular; lo anterior por considerarse que dicho evento representa una agravación del riesgo, misma que no se considera en la determinación de la tarifa.
- Cuando el Asegurado cumpla 60 años.
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado titular
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado complementario, terminará únicamente la cobertura del Asegurado complementario fallecido.

3.6.2. Cobertura adicional de indemnización por Enfermedades Graves (EGT para titular y EGX para complementarios)

La cobertura podrá otorgarse al Asegurado titular de la póliza, y máximo a tres asegurados complementarios.

3.6.2.1. Definiciones

3.6.2.1.1. Periodo de espera

Es el lapso que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada Asegurado desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura, para que la indemnización por diagnóstico de enfermedad grave sea cubierta.

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

3.6.2.1.2. Primera ocurrencia

Se referirá a la enfermedad que por primera vez se defina mediante un soporte médico en el Asegurado

3.6.2.1.3. Soporte Diagnóstico

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

3.6.2.1.4. Enfermedad grave

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

3.6.2.2. Descripción de la cobertura de indemnización Enfermedades Graves (EG)

Si durante la vigencia de la cobertura al Asegurado le es diagnosticada alguna de las siguientes enfermedades graves cubiertas no prexistentes, MetLife le pagará al beneficiario el monto especificado en la carátula de la póliza, por una única ocasión, la Suma Asegurada para esta cobertura. Siempre y cuando haya pasado el periodo de espera señalado para cada una de ellas:

Enfermedades cubiertas	Descripción
Infarto agudo al miocardio	Es la muerte de una parte del músculo cardíaco como consecuencia de la interrupción súbita delflujo adecuado de sangre a la zona respectiva. Esta cobertura no cubre a personas que cuenten con padecimientos o enfermedades cardiovasculares preexistentes a la fecha de contratación o inclusión de esta cobertura adicional.
Procedimientos quirúrgicos en el corazón	Será la cirugía a tórax abierto para corregir obstrucciones arterialesmediante anastomosis (unión de elementos anatómicos) de la arteria mamaria interna o hemoductos aorto-coronarios, en la que la indicación quirúrgica se decide mediante una angiografíacoronaria.
Insuficiencia hepática crónica	Se entenderá como insuficiencia hepática crónica; la incapacidaddel 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, y esto conduzca a una fase terminal conocida como “Clase funcional Child Pugh C”.
Enfermedades cerebrovasculares	Es cualquier incidente o accidente cerebro - vascular que produzcasecuelas neurológicas, y que incluya infarto del tejido cerebral, hemorragia de un vaso intracraneal o embolización de fuente extra-craneal, y que como consecuencia presente déficitneurológico permanente.
Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas (EPOC)	Se caracteriza por obstrucción persistente al flujo aéreo por lo general progresiva y parcialmente reversible. Esta limitación está asociada a una reacción inflamatoria pulmonar exageradafrente a partículas o gases tóxicos y cuyo valor de Volumen de Espiración Forzada (VEF1) sea igual o menor al 80% del predicho.
Insuficiencia Renal Crónica	Es el estado de fallo renal terminal debido a disfunción crónica irreversible de ambos riñones evidenciada por la necesidad de diálisis o trasplante renal. La tasa de filtración glomerular (capacidad del riñón de eliminar sustancias) deberá ser igual o inferior a 15 mililitros por minuto1,73 metros cuadrados (etapa 5 de la enfermedad renal crónica).
SIDA	Enfermedad del sistema inmunitario que constituye la etapa final y avanzada de la infección crónica por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Trasplante de órganos vitales	Es el procedimiento quirúrgico realizado por médico especializado debidamente registrado ante el Centro Nacional de Trasplantes estrictamente indispensable para la recepción de los siguientes órganos completos, y realizado por hospital autorizado por el referido Centro Nacional de Trasplantes: • Corazón • Uno o dos pulmones • Riñón • Hígado
Enfermedad de Alzheimer	Es una enfermedad neurológica progresiva e irreversible que afecta al cerebro, es la causa más común de demencia y se caracteriza por la pérdida progresiva de la memoria y un progresivo deterioro de las actividades básicas de la vida diaria y cambios de conducta.
Enfermedad de Parkinson	Es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso central caracterizada por perdida neuronal que ocasiona la disminución en la disponibilidad cerebral de neurotransmisores y que se manifiesta como una desregulación en el control del movimiento.

Complicaciones de la diabetes

Es una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. Las complicaciones que se cubren son las siguientes:

Complicaciones de la diabetes	Descripción
Nefropatía diabética	Se refiere al daño predominantemente de tipo glomerular, concompromiso intersticial; frecuentemente se añade daño por hipertensión arterial. La última etapa se traduce en fallo renal. Etapa III. Nefropatía diabética incipiente: aparece la microalbuminuria (excreción urinaria de albúmina entre 20 y 200 _g/min que equivalen a 30-300 mg/24 h), el filtrado glomerular se mantiene normal, pero al final de esta etapa comienza a descender. La microalbuminuria permite predecir la nefropatía diabética, ésta se acompaña de retinopatía avanzada,neuropatía, trastornos lipídicos, control glucémico más deficiente e incremento del daño vascular, aunque la filtración glomerular está todavía conservada. Etapa IV. Nefropatía diabética manifiesta. Se caracteriza por proteinuria persistente (excreción urinaria dealbúmina superior a 200 _g/min o 300 mg/ 24 h). El intervalo entre el inicio de la proteinuria puede variardesde pocos años hasta 20. Etapa V. Fallo renal.

Pie diabético	Es la alteración clínica de origen preferentemente neuropáticoe inducida por una situación de hiperglucemia mantenida, a laque puede añadirse un proceso isquémico que, con desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie.
Retinopatía diabética	Es una complicación microvascular crónica específica de ladiabetes, que afecta los vasos de la retina.
Neuropatía diabética	Se le llama neuropatía diabética a la neuropatía somática queafecta los nervios sensitivos y motores voluntarios y puede corresponder a un daño difuso (polineuropatía) o localizado en un nervio (mononeuropatía).

3.6.2.3. Terminación de la cobertura de indemnización Enfermedades Graves (EG)

Esta cobertura adicional se cancelará cuando el Asegurado cumpla 60 años y los efectos de la cancelación iniciarán en el aniversario inmediato posterior de la póliza.

3.6.2.4. Periodo de espera de la cobertura de indemnización enfermedades graves (EG)

El periodo de espera correspondiente a cada enfermedad grave cubierta es el siguiente:

Enfermedades cubiertas	Periodo de espera
Infarto cardiaco agudo	Sin periodo de espera
Procedimientos quirúrgicos en el corazón	6 meses
Insuficiencia hepática crónica	6 meses
Enfermedades cerebrovasculares	6 meses
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	Sin periodo de espera
Insuficiencia Renal Crónica	12 meses
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	48 meses
Trasplante de órganos vitales	6 meses
Enfermedad de Alzheimer	Sin periodo de espera
Enfermedad de Parkinson	Sin periodo de espera
Complicaciones de la diabetes	6 meses

Si se incluyen asegurados complementarios, éstos estarán sujetos a los periodos de espera establecidos a partir del inicio de vigencia de la cobertura contratada para cada Asegurado de forma independiente.

3.6.2.5. Edades de aceptación de la cobertura de indemnización Enfermedades Graves (EG)

Las edades de aceptación para esta cobertura son de 18 a 55 años para el Asegurado titular y asegurados complementarios.

3.6.2.6. Suma Asegurada de la cobertura de indemnización Enfermedades Graves (EG)

La Suma Asegurada que MetLife pagará por esta cobertura adicional es la que se indica en la carátula de la póliza o endoso.

La Suma Asegurada para esta cobertura se pagará una sola vez en caso de diagnóstico de alguna enfermedad grave cubierta.

La Suma Asegurada contratada para la cobertura adicional de Enfermedades Graves es independiente de la cobertura básica.

3.6.2.7. Pruebas para la reclamación de la cobertura de indemnización Enfermedades Graves (EG)

Soporte Diagnóstico:

Los resultados de los estudios clínicos, radiológicos, de laboratorio y/o gabinete practicados al Asegurado que sustenten el diagnóstico base de reclamación de esta cobertura se deben presentar, así como el dictamen emitido por un médico que cuente con la especialidad médica dentro del campo de estudio de la enfermedad grave diagnosticada que se reclame, así como la historia clínica y en su caso información adicional que la Institución requiera.

Para determinar la procedencia de la reclamación por una enfermedad grave cubierta, será necesario que:

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

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

Documentación mínima requerida para comprobación de diagnóstico:

Documentación Requisitos	
Resumen clínico	Elaborado por el médico especialista tratante, legalmente autorizadopara el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente al campo de la enfermedad grave tratada, que precise con forme al expediente clínico del Asegurado: padecimiento actual, fecha en que se estableció el diagnóstico definitivo (criterios diagnósticos), tratamientos, evolución, pronóstico (Anexando la nota de valoración de 1ra vez con dicha especialidad).
Estudios clínicos, radiológicos,de laboratorio y/o gabinete	Deberá anexar los resultados de los estudios clínicos, radiológicos,de laboratorio y/o gabinete practicados al Asegurado que sustentenel diagnóstico base de reclamación de alguno de los padecimientosdescritos en estas condiciones generales. Por ejemplo: exámenes de laboratorio (ELISA, Western blot, Químicasanguínea, enzimas cardiacas, etc.) y gabinete (Ecocardiograma, tomografía, resonancia magnética, ultrasonido, etc.). Así mismo deberá precisar los antecedentes personales patológicosgenerales contenidos en la historia clínica del expediente.

Los documentos descritos se encuentran definidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

El Asegurado titular o complementario podrá reclamar sólo una enfermedad y sólo un evento, por el monto total contratado.

3.6.2.8. Beneficiarios de la cobertura de indemnización Enfermedades Graves (EG)

La indemnización correspondiente de la cobertura del Asegurado titular será pagada al mismo Asegurado. En caso de fallecimiento de éste a consecuencia de la enfermedad grave, se pagará a los beneficiarios designados para tal efecto, en la cobertura básica de la póliza del seguro.

La indemnización correspondiente a la Enfermedad Grave del Asegurado complementario se pagará al mismo Asegurado complementario.

En caso de que éste fallezca a consecuencia de la enfermedad grave, se hará a los beneficiarios designados por el Asegurado complementario.

3.6.2.9. Exclusiones de la cobertura de indemnización Enfermedades Graves (EG)

Para efectos de esta cobertura, quedan excluidas:

- **Enfermedades desarrolladas a consecuencia de riña cuando el Asegurado sea el provocador o por su participación activa en alborotos populares.**
- **Enfermedades desarrolladas a consecuencia de intento de suicidio o lesión causada a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia.**
- **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.**
- **Trasplantes que sean procedimientos de investigación, o realizados por un médico y hospital que no cuente con certificado emitido por el Centro Nacional de Trasplantes.**
- **Enfermedades preexistentes.**
- **Padecimientos congénitos.**
- **Enfermedades surgidas por riesgos nucleares.**
- **Procedimientos de naturaleza preventiva intra-arteriales como la angioplastía, la colocación de prótesis endovasculares tipo «stent» y similares.**
- **Enfermedades a consecuencia de Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**

3.6.2.10. Terminación de la cobertura de indemnización Enfermedades Graves (EG)

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

- Concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de la cual forma parte esta cobertura.
- La cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado titular.
- Al aniversario inmediato posterior de la póliza en el que el Asegurado titular y/o complementario cuente con 60 años, terminará la cobertura del Asegurado que hubiese alcanzado la edad señalada
- Al efectuar MetLife el pago de la Suma Asegurada establecida para esta cobertura terminará la cobertura para el Asegurado titular y/o complementario cuyo siniestro fue pagado.
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado titular.
- Si el Asegurado titular de la póliza se invalida total y permanentemente, la cobertura de Enfermedades Graves del Asegurado titular se cancela al aniversario de la cobertura. Solo permanecerán vigentes las coberturas adicionales de Enfermedades Graves de los asegurados complementarios.

3.6.3. Cobertura adicional de Indemnización por Cirugías (CRT para titular y CRX para complementarios)

La cobertura podrá otorgarse al Asegurado titular de la póliza, y máximo a tres asegurados complementarios.

3.6.3.1. Definiciones

3.6.3.1.1. Cirugía

Se considerará como “cirugía” al procedimiento quirúrgico médicamente necesario realizado al Asegurado que consiste en extirpar, sustituir, corregir un defecto o lesión o efectuar una modificación en un tejido u órgano dañado, con fines terapéuticos, mediante técnicas invasivas realizadas por medio de un cirujano en un hospital autorizado, ya sea bajo anestesia local o general, y que requiere necesariamente el uso de un quirófano.

3.6.3.1.2. Procedimiento quirúrgico médicamente necesario

Es aquel procedimiento indispensable para la atención de una enfermedad o padecimiento del Asegurado y deberá ser indicado por un médico especializado.

3.6.3.1.3. Periodo de espera

Es el lapso que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada Asegurado desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura, para que las cirugías sean cubiertas.

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

3.6.3.2. Descripción de la cobertura

Si durante la vigencia de la cobertura al Asegurado le es diagnosticada una enfermedad no preexistente y es intervenido quirúrgicamente por una de las siguientes cirugías, MetLife pagará al beneficiario la Suma Asegurada contratada para esta cobertura como ayuda económica por haber tenido una afectación a su salud, siempre y cuando haya pasado el periodo de espera señalado para cada una de ellas.

Cirugías cubiertas	Descripción	Procedimiento quirúrgico cubierto
Extirpación quirúrgica del apéndice	Técnica quirúrgica por medio de la cual se extrae el apéndice cecal.	Apendicectomía
Corrección quirúrgica de hernias	Cirugía mediante la cual se repara una hernia (protrusión) de contenido intestinal causada por un defecto de la pared abdominal (diafragmática, umbilical, femoral, inguinal, post incisional) así como la extracción quirúrgica de disco vertebral herniado.	Hernioplastia inguinal, Hernioplastia umbilical, Hernioplastia diafragmática, Hernia femoral, Hernia insicional, Discoidectomía.
Extirpación quirúrgica de la vesícula biliar	Cirugía que consiste en la extracción de la vesícula biliar vía abdominal o laparoscópica.	Colecistectomía
Extirpación quirúrgica de las amígdalas y/o adenoides	Cirugía mediante la cual se extraen las amígdalas y/o adenoides.	Amigdalotomía, Adenoamigdalectomía, Adenoidectomía
Extirpación quirúrgica de cálculos urinarios	Cirugía mediante la cual se extraen cálculos urinarios por medio de un ureteroscopio o por medio del paso de un instrumento médico especial a través de la piel hasta el riñón, lo cual se hace para eliminar cálculos renales.	Ureteroscopía con extracción de cálculos urinarios y Nefrolitotomía
Extirpación quirúrgica hemorroides	Cirugía mediante la cual se extraen las hemorroides en aquellos pacientes que tienen sintomatología de hemorroides externas o internas grado III y IV.	Hemorroidectomía
Extirpación quirúrgica de glándula mamaria	Cirugía mediante la cual se extraen miomas.	Mastectomía
Extirpación quirúrgica de varicocele	Cirugía mediante la cual se extraen varicoceles.	Varicocelectomía
Extirpación quirúrgica de próstata	Cirugía mediante la cual se extrae la totalidad o parte de la próstata.	Prostatectomía
Extirpación quirúrgica del testículo	Cirugía que consiste en la extirpación de uno o los dos testículos.	Orquiectomía
Cirugía de cataratas	Cirugía para extracción de cataratas por medio de técnica quirúrgica microincisional.	Facoemulsificación

Extirpación quirúrgica parcial o total de colon	Cirugía mediante la cual se extrae la totalidad o parte del intestino grueso.	Hemicolectomía y Colectomía

3.6.3.3. Vigencia de la cobertura adicional de Indemnización por Cirugía (CR)

Esta cobertura adicional se cancelará cuando el Asegurado cumpla 65 años.

3.6.3.4. Periodo de espera de la cobertura adicional de Indemnización por Cirugía (CR)

El periodo de espera correspondiente a cada cirugía cubierta es el siguiente:

Cirugía cubierta	Periodo de espera
1. Extirpación quirúrgica del apéndice	No aplica
2. Corrección quirúrgica de hernias	24 meses
3. Extirpación quirúrgica de la vesícula biliar	24 meses
4. Extirpación quirúrgica de las amígdalas y/o adenoides	24 meses
5. Extirpación quirúrgica de cálculos urinarios	24 meses
6. Extirpación quirúrgica de hemorroides	24 meses
7. Extirpación quirúrgica de miomas de útero	24 meses
8. Extirpación quirúrgica de glándula mamaria	24 meses
9. Extirpación quirúrgica de varicocele	24 meses
10. Extirpación quirúrgica de próstata	24 meses
11. Extirpación quirúrgica del testículo	24 meses
12. Cirugía de cataratas	12 meses
13. Extirpación quirúrgica parcial o total de colon	12 meses

Si se incluyen asegurados complementarios, éstos estarán sujetos a los periodos de espera establecidos a partir del inicio de vigencia de la cobertura contratada para cada Asegurado de forma independiente.

3.6.3.5. Edades de aceptación de la cobertura adicional de Indemnización por Cirugía (CR)

Las edades de aceptación para esta cobertura son de 18 a 60 años de edad para el Asegurado titular y asegurados complementarios.

3.6.3.6. Suma Asegurada de la cobertura adicional de Indemnización por Cirugía (CR)

La Suma Asegurada que MetLife pagará será la que se indique en la carátula de la póliza o endoso.

En caso de cirugías múltiples realizadas durante un mismo año póliza únicamente se liquidará el importe de la Suma Asegurada correspondiente de una de ellas. Es decir, sólo se paga un evento al año.

La Suma Asegurada se reinstalará automáticamente en el aniversario de la cobertura.

3.6.3.7. Pruebas para la reclamación de la cobertura adicional de Indemnización por Cirugía (CR)

Soporte Diagnóstico:

Los resultados de los estudios clínicos, radiológicos, de laboratorio y/o gabinete practicados al Asegurado que sustenten el diagnóstico base de reclamación de esta cobertura se deben presentar, así como el dictamen emitido por un médico que cuente con la especialidad de la cirugía realizada que se reclame, así como la historia clínica y en su caso información adicional que la Institución requiera.

Para determinar la procedencia de la reclamación por una cirugía, será necesario que:

- Hayan sido atendidas en hospital legalmente autorizado.
- Se hayan generado los estudios necesarios para acreditar la necesidad de la cirugía.
- El Asegurado deberá presentar los estudios que acrediten la necesidad de la cirugía, la evidencia de la realización de dicha cirugía y toda la documentación deberá ser expedida por los médicos legalmente autorizados para ejercer la profesión con la especialidad médica que sustenta.
- El Asegurado presente la certificación médica a MetLife, con la cual acredite la cirugía.

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 cirugías cubiertas.

Documentación mínima requerida para comprobación de diagnóstico y procedimiento quirúrgico:

Documentación Requisitos	
Nota prequirúrgica Nota quirúrgica Nota postquirúrgica	Deberá elaborarla el cirujano que intervino al paciente al término de la cirugía, indicando la Unidad Hospitalaria de Atención; así mismo deberá precisar: • Diagnóstico preoperatorio, operación planeada(sustento de indicación de la cirugía) • Operación realizada • Diagnóstico posoperatorio • Descripción quirúrgica • Hallazgos transoperatorios • Estudios de servicios auxiliares de diagnósticoy tratamiento transoperatorios • Estado postquirúrgico inmediato • Plan de manejo • Pronóstico, indique si hubo envío de piezasquirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico, nombre completo y firma del responsable de la cirugía.
Nota de egreso hospitalario	Debe indicar: • Fecha de ingreso/egreso • Motivo del egreso • Diagnósticos finales (motivos de indicación de la cirugía) • Resumen de evolución y estado actual • Manejo durante la estancia hospitalaria (cirugía realizada) • Plan de manejo y tratamiento, recomendaciones, pronóstico. (Anexar la Nota de valoración de riesgo quirúrgico). • Deberá anexar los resultados de las pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio que comprueben que la cirugía practicada era medicamente necesaria. Así mismo deberá precisar los antecedentes personales patológicos generales contenidos en la historia clínica del expediente.

Estudios clínicos y/o radiológicosde laboratorio y gabinete	Exámenes que sustenten la necesidad de procedimiento quirúrgico, de laboratorio (sangre) y de gabinete (ultrasonido, radiografía, resonancia magnética, tomografía, etc.). Así como reporte histopatológico de pieza quirúrgica • Descripción microscópica y macroscópica de tejido, diagnostico, nombre y firma del médico patólogo, dirección del laboratorio y fecha de realización.
Resumen clínico	Emitido por un médico que cuente con la especialidad quirúrgica (ginecología, cirujano, etc.), que debe contener: inicio del padecimiento, diagnostico, antecedente personalespatológicos, evolución, estudios realizados, tratamiento quirúrgico realizado y pronóstico de la cirugía realizada que se reclame, así como la historia clínica con base en la norma NOM 004 deberá precisar todos los antecedentes patológicos del Asegurado (crónico-degenerativos, traumáticos, quirúrgicos, transfusionales, hospitalizaciones previas), con énfasis en fechas de diagnóstico (día, mes y año), evolución y tratamiento de patologías. Así como presencia de tabaquismo y alcoholismo (tiempo de evolución,frecuencia e intensidad) y si es el caso fecha de suspensión. Tengan o no relación con el padecimiento.

Nota: Opcionalmente para correlacionar los antecedentes, puede anexar la nota de valoración de riesgo quirúrgico realizada siempre previa a la cirugía.

Los documentos descritos se encuentran definidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico.

3.6.3.8. Beneficiarios de la cobertura adicional de Indemnización por Cirugía (CR)

La indemnización correspondiente de la cobertura del Asegurado titular será pagada al mismo Asegurado, en caso de fallecimiento de éste a consecuencia de la cirugía, se pagará a los beneficiarios designados para tal efecto, en la cobertura básica de la póliza del seguro.

La indemnización correspondiente a las cirugías del Asegurado complementario se pagará al mismo Asegurado complementario. En caso de que éste fallezca a consecuencia de la cirugía, la indemnización que proceda se pagará al Asegurado titular, salvo que el Asegurado complementario haya designado beneficiarios.

3.6.3.9. Exclusiones de la cobertura adicional de Indemnización por Cirugía (CR) Para efectos de esta cobertura, quedan excluidas:

- **Cirugías a consecuencia de Servicio Militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o riña, siempre y cuando el Asegurado sea el provocador.**
- **Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el "Asegurado".**
- **Cirugías a consecuencia de intento de suicidio o autolesión aún y cuando se cometan en estado de inconciencia o enajenación mental.**
- **Cirugías 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 cirugía.**

- **Cirugías por enfermedades preexistentes.**
- **Cirugías surgidas por riesgos nucleares.**
- **Cirugías que no sean médicamente necesarias.**
- **Cirugías a consecuencia de accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor**.

3.6.3.10. Terminación de la cobertura adicional de Indemnización por Cirugía (CR)

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

- Concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de la cual forma parte esta cobertura.
- La cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado titular.
- Al aniversario inmediato posterior de la póliza en el que el Asegurado titular y/o complementario cuente con 65 años, terminará la cobertura del Asegurado que hubiese alcanzado la edad señalada.
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado titular.
- Si el Asegurado titular de la póliza se invalida total y permanentemente, la cobertura de Cirugías del Asegurado titular se cancela al aniversario de la cobertura. Solo permanecerán vigentes las coberturas adicionales de cirugías de los asegurados complementarios.

3.6.4. Cobertura de Apoyo por Hospitalización

Para efectos de esta cobertura se entenderá por hospitalización a la permanencia comprobable y justificada del Asegurado en una clínica, hospital o sanatorio legalmente autorizado para la atención de un accidente o enfermedad no preexistente. El periodo de hospitalización se considerará a partir del ingreso y concluirá con el egreso que otorgue el médico tratante.

La cobertura podrá otorgarse al Asegurado titular de la póliza y máximo a tres asegurados complementarios.

3.6.4.1. Descripción de la cobertura

Si durante la vigencia de la cobertura el Asegurado requiere una hospitalización igual o mayor a 24 horas, MetLife indemnizará al Asegurado por un monto de mil pesos por cada día de hospitalización con un máximo de 40 días por año cobertura, siempre y cuando se cumplan los periodos de espera y la enfermedad o accidentes no se contemplen dentro de las exclusiones que más adelante se detallan.

En el caso de parto o cesárea y cuando la hospitalización sea igual o mayor a 24 horas MetLife indemnizará al Asegurado por un monto fijo de dos mil pesos cada dos años cobertura. No serán cubiertas hospitalizaciones a consecuencia de un aborto cualquiera que sea la causa que lo origina.

La cobertura no podrá ser adquirida por una misma persona más de una vez ya sea dentro de la misma póliza o en una póliza diferente, como titular o como complementario.

3.6.4.1.1. Aborto

Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o hasta 20 semanas de gestación.

3.6.4.1.2. Periodos de espera

Para el caso de hospitalización a causa de un accidente no aplicará ningún período de espera. Los periodos de espera para las enfermedades o padecimientos, en el caso de esta cobertura, se describen a continuación:

Enfermedad o padecimiento	Periodo de espera
Infarto cardiaco agudo	Sin periodo de espera
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	Sin periodo de espera
Enfermedad de Alzheimer	Sin periodo de espera
Enfermedad de Parkinson	Sin periodo de espera
Extirpación quirúrgica del apéndice	Sin periodo de espera
Procedimientos quirúrgicos en el corazón	6 meses
Enfermedades terminales del hígado	6 meses
Enfermedades cerebrovasculares	6 meses
Trasplante de órganos vitales	6 meses
Complicaciones de la diabetes	6 meses
Parto o cesárea, complicaciones del embarazo	10 meses
Corrección quirúrgica de hernias	24 meses
Extirpación quirúrgica de la vesícula biliar	24 meses
Extirpación quirúrgica de las amígdalas y/o adenoides	24 meses
Extirpación quirúrgica de cálculos urinarios	24 meses
Extirpación quirúrgica de hemorroides, fístulas, fisuras anales o rectales o prolapso rectal	24 meses
Extirpación quirúrgica de miomas de útero	24 meses
Extirpación quirúrgica de glándula mamaria	24 meses
Extirpación quirúrgica de varicocele	24 meses
Extirpación quirúrgica de próstata	24 meses
Extirpación quirúrgica del testículo	24 meses
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	48 meses

Todas las enfermedades o padecimientos que no se mencionan en la tabla anterior y que adicionalmente, no se mencionen en la sección de exclusiones, estarán sujetos a un periodo de espera de 12 meses.

Cada Asegurado complementario estará sujeto a los periodos de espera establecidos, a partir del inicio de vigencia de su cobertura.

3.6.4.2. Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura son de 18 a 60 años para el Asegurado titular y asegurados complementarios.

3.6.4.3. Requisitos para la reclamación

Las solicitudes de reclamación para el pago de esta cobertura deberán presentarse a MetLife dentro de los 30 días naturales posteriores a la fecha de egreso (fecha de alta) del hospital.

Documentación requerida para la reclamación:

1. Nota de urgencias, nota de egreso o certificación hospitalaria que contenga resumen clínico elaborado por el médico tratante, que precise conforme al expediente clínico del Asegurado:

    - Fecha y hora de ingreso y egreso de la hospitalización.
    - Motivo del ingreso.
    - Fecha en que se estableció el diagnóstico definitivo (criterios diagnósticos).
    - Tratamientos.

2. Pruebas

Deberá anexar los resultados de las pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio que comprueben que la causa de hospitalización era medicamente necesaria. Así mismo deberá contener historia clínica donde refieran antecedentes personales patológicos generales independientemente del padecimiento actual conforme a la Norma Oficial Mexicana (NOM004) correspondiente.

Notas de procedimiento quirúrgico en caso de aplicar.

3.6.4.4. Pago de reclamaciones

La indemnización correspondiente de la cobertura de Apoyo por Hospitalización será pagada al mismo Asegurado que haya sido hospitalizado.

En caso de fallecimiento del Asegurado titular, la indemnización se pagará a sus beneficiarios designados para tal efecto en la cobertura básica de la póliza del seguro.

En caso de fallecimiento del Asegurado complementario, la indemnización que resulte procedente se pagará al Asegurado titular de la póliza.

MetLife pagará la indemnización dentro de los 30 días naturales siguientes a que se presente la documentación completa para acreditar la procedencia del pago.

3.6.4.5. Terminación de la cobertura de Apoyo por Hospitalización

La vigencia de la cobertura terminará en cualquiera de los siguientes casos:

- A la cancelación de la póliza de la cual forma parte esta cobertura.
- A la cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado titular.

- Al aniversario inmediato posterior de la cobertura en el que el Asegurado titular y/o complementario cuente con 65 años.

- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado titular.

3.6.4.6. Exclusiones

- **Cualquier hospitalización cuya duración haya sido menor a 24 horas.**

- **Cualquier hospitalización derivada de padecimientos y/o enfermedades preexistentes.**

- **Cualquier hospitalización derivada de padecimientos y/o enfermedades para las cuales no se haya cumplido el periodo de espera establecido.**

- **Hospitalización a consecuencia de aborto, así como sus complicaciones sin importar cuál sea su causa.**

- **Hospitalización por enfermedades o accidentes que sufra el Asegurado ocasionadas por culpa de él 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 evento.**

- **Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo.**

- **Hospitalizaciones derivadas de accidentes y/o enfermedades que sufra el Asegurado a consecuencia de intento de suicidio o autolesión aún y cuando se cometan en estado de inconciencia o enajenación mental.**

- **Hospitalización para la realización de estudios de diagnóstico, análisis, radiografías, radioscopia o fisioterapia.**

- **Hospitalización a causa de padecimientos congénitos**

- **Hospitalización por tratamientos médicos y/o quirúrgicos de naturaleza experimental y/o de investigación o con fines preventivos.**

- **La hospitalización para fines de reposo o rehabilitación, así como consultas, exámenes o tratamientos por enfermedades psiquiátricas, psicológicas o cualquier tipo de enfermedad mental, curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.**

- **Hospitalización por tratamientos médico y/o quirúrgicos estéticos, cosméticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos o cirugías que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades.**

- **Hospitalización por cirugía ocular para vicios o defectos de refracción, tales como, miopía, astigmatismo, hipermetropía, y otras enfermedades oculares, así como las consecuencias que se deriven de ellos.**

- **Hospitalización a causa de esterilización y procedimientos anticonceptivos, así como las consecuencias que se deriven de ellos. Tratamientos de la fertilidad, impotencia y frigidez.**

- **Hospitalización a consecuencia de inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.**

- **Hospitalización a consecuencia de intoxicación por ingesta de alimentos y medicamentos.**

- **Hospitalización por esguinces.**
- **Hospitalización a consecuencia de picaduras de insectos o mordeduras de animales ponzoñosos.**
- **Hospitalización a causa de lesiones que se originen por participación del Asegurado como sujeto activo en eventos derivados a consecuencia de servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, terrorismo, insurrección, revolución o rebelión.**
- **Hospitalización a consecuencia de lesiones por eventos ocurridos a consecuencia de riña o por actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.**
- **Hospitalización surgida por riesgos nucleares.**
- **Hospitalización a consecuencia de lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de viajar como ocupante de algún automóvil, motocicleta o cualquier otro vehículo similar en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- **Cualquier hospitalización originada por tratamientos de radioterapia, inmunoterapia, quimioterapia, médium o isótopos.**
- **Hospitalización a consecuencia de la realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo.**
- **Hospitalización por lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves, que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio del transporte regular de pasajeros.**
- **Hospitalización por By-pass gástrico o corrección de obesidad, sus consecuencias y/o complicaciones.**
- **Tratamientos médicos proporcionados por personal sin cédula profesional de médico o que los acredite como médicos legalmente autorizados para realizar o proporcionar tratamiento médico y quirúrgico.**

4. Apartado cuatro – Cláusulas particulares

4.1. Beneficios de reducción en la edad

4.1.1. Descuentos para mujeres

Este beneficio operará sólo si se indica en la carátula de la póliza. MetLife hace constar que, para efectos de la determinación de primas de la asegurada titular, corresponde a una edad menor en tres años a la edad declarada por la asegurada.

4.1.2. Descuentos para asegurados titulares

Este beneficio operará sólo si se indica en la carátula de la póliza. MetLife hace constar que, para efectos de la determinación de primas de los asegurados titulares para las coberturas de fallecimiento, corresponde una edad menor en dos años a la edad declarada por el Asegurado.

4.2. Costo del seguro

El costo del seguro por concepto de riesgo se determinará con la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza y endosos correspondientes, con base en lo estipulado en el registro del producto ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Para los efectos de esta póliza, el costo del seguro está compuesto por:

- El de la Suma Asegurada por fallecimiento, más
- El de la o las coberturas adicionales contratadas si las hubiere, más
- El inherente a la operación del seguro.

4.3. Fondo de reserva

Todos los pagos de prima que se reciban, incluidos los de las coberturas adicionales que se contraten, menos el costo del seguro, se aplicarán para constituir e incrementar una reserva única que se denominará fondo de reserva. Así mismo, este fondo de reserva se incrementará con los intereses acreditables que correspondan.

El fondo de reserva opera de la siguiente forma: se tomará la reserva anterior acreditando los intereses más el monto de primas pagadas menos los costos del seguro y en su caso los retiros parciales efectuados por el Asegurado.

4.4. Aplicación del fondo de reserva

MetLife acreditará intereses al fondo de reserva que resulte, basándose en valores autorizados, que permitan obtener el mayor rendimiento posible, dentro de la máxima seguridad, pero también con la liquidez necesaria.

El fondo de reserva constituido, incluyendo el interés acreditado generado por este plan, se aplicará:

Como importe adicional a la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza. La indemnización que se pague a los beneficiarios será el importe de la Suma Asegurada que se indique en la carátula de la póliza más el importe del fondo de reserva.

4.5. Retiros del fondo de reserva

Con anterioridad a la terminación de vigencia de la póliza, el Asegurado podrá solicitar:

- El retiro total de su fondo de reserva, dejando de estar en vigor el presente contrato, a partir de la fecha de retiro de dicho fondo
- El retiro parcial de su fondo de reserva, considerando que la vigencia del contrato depende de la suficiencia de dicho fondo

En cualquier caso, MetLife deducirá de la liquidación que corresponda el importe de los gastos en que hubiere incurrido.

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

4.6. Detalle de movimientos

En cada aniversario de la póliza, el Asegurado podrá solicitar un detalle de movimientos del fondo de reserva a MetLife, donde se le indicarán todos los movimientos operados en el año precedente, así como el saldo de su fondo de reserva.

El Asegurado dispone de treinta días naturales después de recibir el detalle de movimientos, para solicitar cualquier rectificación en dicho documento. Transcurrido tal plazo se considerará aceptada la información.

4.7. Suma Asegurada por fallecimiento

MetLife pagará el importe de la Suma Asegurada por fallecimiento establecida en la carátula de esta póliza, el de los incrementos aceptados por la aseguradora previamente a la muerte del Asegurado, más el importe que resulte de acuerdo a lo señalado por la cláusula de aplicación del fondo de reserva, menos cualquier costo del seguro que no haya sido cubierto, dentro del plazo de 30 días siguientes a que MetLife reciba las pruebas del fallecimiento.

En caso de supervivencia del Asegurado titular al término del plazo del seguro contratado y la póliza se encuentre vigente, MetLife pagará al Asegurado el Fondo de reserva.

4.8. Liquidación de gastos funerarios

Para las coberturas de gastos funerarios, se podrá hacer la reclamación de pago con la sola presentación del acta de defunción, salvo restricción legal en contrario, MetLife pagará a los beneficiarios designados la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

No obstante, cuando no se cuente con el acta de defunción y mediante la presentación del certificado de defunción debidamente requisitado, salvo restricción legal en contrario, MetLife podrá anticipar, a los beneficiarios designados, el pago de 40% de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura y el 60% restante podrá reclamar con la presentación del acta de defunción.

4.8.1. Opciones de liquidación para la cobertura de Gastos Funerarios

Aplicable únicamente a la cobertura de Gastos Funerarios titular (GFA), Gastos Funerarios Cónyuge (GFC), Gastos Funerarios Hijos (GFH) y Gastos Funerarios Complementario (GFX).

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

4.8.1.1. Servicio de asistencia funeraria

La Suma Asegurada contratada para la cobertura de Gastos funerarios y 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 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 beneficiarios deciden realizar modificaciones al paquete de servicios funerarios convenido con el proveedor y esta modificación afecta el costo del servicio, MetLife responderá únicamente por lo convenido con el proveedor, quedando a cargo de los beneficiarios el pago de cualquier excedente que corresponda al gasto del evento.

Si 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 designados de acuerdo con los porcentajes establecidos en la designación de beneficiarios.

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 vida; para ello se sujetará a la investigación y el procedimiento legal que corresponda a fin de determinar la procedencia del siniestro por fallecimiento. En caso de que el siniestro sea improcedente MetLife se reserva el derecho de acción correspondiente.

Al encontrarse el costo 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 realizar la reclamación del pago de la Suma Asegurada correspondiente a la cobertura de Gastos Funerarios de acuerdo a como se establece en el siguiente inciso.

Los servicios de Asistencia funeraria que el proveedor podrá proporcionar son los siguientes:

Para Inhumación

- Asesoría y coordinación vía telefónica.
- Recolección del cuerpo
- Servicio de embalsamado
- Arreglo estético del cuerpo
- Sala de velación

El servicio también puede otorgarse a domicilio, sin costo adicional.

- Ataúd metálico
- Gestión de tramites
- Traslado en carroza para inhumación
- Asesoría jurídica testamentaria vía telefónica
- Servicio de tanatología

En área metropolitana es en directo, para el interior de la republica la consulta telefónica.

Para cremación

- Asesoría y coordinación vía telefónica.
- Recolección del cuerpo
- Ataúd para velación
- Arreglo estético del cuerpo
- Sala de velación

El servicio también puede otorgarse a domicilio, sin costo adicional.

- Servicio de cremación
- Una urna
- Gestión de tramites
- Asesoría jurídica testamentaria vía telefónica
- Servicio de tanatología

En área metropolitana es en directo, para el interior de la republica la consulta telefónica.

4.8.1.2. Pago de la Suma Asegurada

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

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 Asegurado, 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. Moneda

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

5.3 Fecha de inicio de vigencia

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

5.4. Vigencia del seguro

Es la duración de la póliza, la cual está estipulada en la carátula de la póliza o en los endosos contratados. La póliza permanecerá en vigor mientras se cumpla con el plan de pago de primas estipulado y el importe del fondo de reserva no se agote.

5.5. Terminación del seguro

La póliza cesará en sus efectos 30 días naturales después de que el fondo de reserva no haya sido suficiente para cubrir el importe del costo del seguro correspondiente a un mes.

5.6. Cancelación del seguro

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

A petición del Contratante y/o Asegurado: El Contratante y/o Asegurado podrán solicitar la cancelación o terminación anticipada del contrato en cualquier momento, previa solicitud por escrito presentada en las oficinas de MetLife o su representante para tales efectos, para ello el Asegurado titular deberá identificarse con identificación oficial.

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. Y MetLife emitirá el documento correspondiente.

En caso de que el Contratante y/o Asegurado decidan dar por terminado el presente contrato en forma anticipada, el Contratante tendrá derecho a recibir el saldo del Fondo de Reserva con que cuente al momento de la cancelación, dicha cantidad será entregada en un plazo máximo de 30 días posteriores a su solicitud.

5.7. Rehabilitación

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

En caso de que MetLife acepte la rehabilitación de este contrato de seguro deberá notificarlo por escrito al Asegurado titular, indicándole si es el caso, la cantidad necesaria que por concepto de primas o intereses deberá pagar para restablecer su seguro.

5.8. Pago de primas

Para efectos de este contrato, las primas serán las señaladas en el apartado 2.16. Prima.

Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

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

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

El Asegurado debe pagar la prima de cada cobertura contratada a partir de la fecha de inicio de vigencia y en los plazos de pago estipulados.

El plan de pago de primas estipulado en la presente póliza es suficiente para garantizar las Sumas Aseguradas de las coberturas amparadas establecidos en la carátula, con base en la edad declarada y la clasificación de riesgo del Asegurado, siempre que se cumpla con dicho plan de pago y no se hayan realizado retiros parciales del fondo de reserva.

Las primas estipuladas se pagarán con la periodicidad convenida entre MetLife y el Contratante. En todo caso, si se deja de hacer el pago de la prima, se aplicará lo establecido por las cláusulas "vigencia del seguro" y "terminación del seguro".

En caso de que se convenga el pago de las primas por conducto de la dependencia, entidad o empresa en que preste sus servicios el Asegurado, con cargo a su salario, se considerarán pagadas en la fecha en que dicha prima ingrese a MetLife.

El recibo, cargo o deducción que aparezca en el respectivo recibo de nómina será el documento para acreditar el pago de la prima.

Si por la mecánica de administración de pagos convenida se opta por cargo a cuenta bancaria, el estado de cuenta donde aparezca el cargo de primas será prueba suficiente del pago de esta.

En el evento de que no se inicie o se suspenda por cualquier motivo dicha facilidad de pago, el Asegurado tendrá la obligación de cubrir la prima directamente a MetLife.

5.9. Periodicidad de pago

El Asegurado puede optar por liquidar la prima anual de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral. Si el Asegurado 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 pactada entre el Asegurado y MetLife en la fecha de la celebración del contrato.

En caso de que el Asegurado optare por liquidar sus primas mediante descuentos en su nómina, tendrá la obligación de verificar que el descuento se encuentra incluido en sus recibos de pago, en caso de que no aparezca deberá comunicarlo por escrito, dentro de los siguientes 15 días naturales.

5.10. Omisiones o inexactas declaraciones

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a MetLife, todos los hechos importantes indicados en la solicitud, examen médico y cuestionarios adicionales, para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato. La omisión o inexacta declaración de tales hechos facultará a MetLife para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

5.11. 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 Asegurado.

Así mismo, si con posterioridad al inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación el Asegurado presenta 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.

5.12. Modificaciones y notificaciones

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

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

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

5.13. Cambio de condiciones

En cualquier momento, dentro de la vigencia de la póliza, el Asegurado podrá solicitar la modificación de:

- La forma de pago de las primas
- El importe de las primas
- La Suma Asegurada
- El plazo del seguro
- Coberturas adicionales contratados

En cualquier caso, se establecerá un nuevo plan de pago de primas.

Los incrementos en la Suma Asegurada, que no estén previstos de manera automática, al igual que la contratación de coberturas adicionales, estarán sujetos a que el Asegurado presente pruebas de asegurabilidad a satisfacción de MetLife.

5.14. Actualización de la operación del seguro

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

5.15. Carencia de restricciones

Este contrato no se afectará por razones de cambio de residencia, viajes y estilo de vida del Asegurado, posteriores a la contratación de la póliza, en lo que se refiere a las coberturas por fallecimiento correspondientes a:

- Cobertura Básica por Fallecimiento (BAS)
- Cobertura adicional de Pago por Fallecimiento Temprano (PFT)
- Cobertura adicional de Gastos Funerarios del Asegurado (GFA)
- Cobertura adicional de Pago Anticipado por Enfermedad en Fase Terminal (ET)
- Cobertura adicional de Garantía Escolar (GE)
- Cobertura Adicional Conyugal (BACY)
- Cobertura adicional de Gastos Funerarios Cónyuge (GFC)
- Cobertura Adicional Complementario (BAC)

- Cobertura adicional de Gastos Funerarios Hijos (GFH)

- Cobertura adicional de Gastos Funerarios Complementario (GFX)

5.16. Cambio de ocupación

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

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

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

Si dicha agravación no tiene influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones, aun y cuando no se realice la notificación antes señalada, MetLife no podrá aplicar lo establecido en el párrafo anterior. (Articulo 55 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

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

5.17. Edad

Para efectos de este contrato, se considera como edad del Asegurado la que haya alcanzado en su aniversario inmediato anterior a la fecha de inicio de vigencia. La fecha de nacimiento del Asegurado deberá comprobarse legalmente antes o después de su fallecimiento una sola vez cuando MetLife lo solicite y 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 son de 18 años como mínimo y de 80 como máximo.

Es 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, reduciéndose la obligación de MetLife a pagar el fondo de reserva disponible a la fecha de terminación del seguro.

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

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

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

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

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

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

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

5.18. Suicidio

En caso de suicidio del Asegurado dentro de los dos primeros años de la celebración de este contrato o de su última rehabilitación, la obligación de MetLife se limitará al reembolso del fondo de reserva, disponible en la fecha de fallecimiento.

Cualquier incremento en la Suma Asegurada o en las coberturas incluidas, convenido con posterioridad a la fecha de su celebración será nulo en caso de suicidio del Asegurado, antes de cumplirse dos años de la fecha en que fue aceptado tal incremento o inclusión de coberturas por MetLife, limitándose la obligación de ésta al reembolso de la parte del fondo de reserva correspondiente a dicho incremento o inclusión de coberturas.

5.19. Indemnizaciones

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

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

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

MetLife tendrá el derecho de exigir 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. En caso de requerirlo, MetLife se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo a lo ordenado por el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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

Las obligaciones de MetLife quedarán concluidas si demuestra que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación que para este fin solicite MetLife.

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

5.20. Indemnización por mora

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

5.21. Deducciones

Cualquier adeudo derivado de esta póliza, será deducido de la liquidación que proceda de acuerdo al artículo 33 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

5.22. Beneficiarios

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

El Asegurado, aún en el caso de que haya designado en la póliza a un tercero como beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho de actualizar la designación de beneficiarios durante la vigencia de la póliza.

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

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

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

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe 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 tendría 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.

Para el caso de un seguro reciproco, a la muerte del Asegurado titular, la Suma Asegurada se pagará al cónyuge o hijo mayor de edad del Asegurado titular, según corresponda. En caso de fallecimiento del Asegurado complementario reciproco la Suma Asegurada se pagará al Asegurado titular.

5.23. Prescripción

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

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

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

5.24. 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. Así mismo, será competente el Juez del domicilio de las delegaciones de la CONDUSEF.

5.25. 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”.

5.26. Referencias legales

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

5.27. Entrega de condiciones generales

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

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 16 de diciembre de 2019 con el número CNSF-S0034-0612-2019/ CONDUSEF-004533-01.

MetLife México, S.A. de C.V.

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 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 unidadespecializda@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

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

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

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

Puebla
Circuito Juan Pablo II número 3515,
Centro Comercial El Triángulo,
Local L1-A, Código postal 72400
Puebla, Puebla

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

Monterrey
Miguel Hidalgo número 330 Local A01-B,
Plaza Comercial Centro
Cuauhtemoc, Código Postal 64000
Monterrey, Nuevo León

Toluca
Ignacio Allende número 101
Colonia Centro
Código postal 50000
Toluca de Lerdo
Estado de México

Cuernavaca
Avenida Río Mayo número 1207 y 1209,
Plaza Vista Hermosa Local 7 y 8,
Colonia Vista Hermosa,
Código Postal 62290
Cuernavaca, Morelos

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

BV-1-005 VER. 7

MetLife

ANEXO I

Condiciones Generales para la cobertura adicional Apoyo por Hospitalización Infantil

Contenido

Cobertura adicional “Apoyo por Hospitalización 2024” (PHX para complementarios)

Esta cobertura operará sólo si así se especifica en la carátula de la póliza o en el endoso de inclusión de coberturas correspondiente.

1. Apartado uno – Definiciones 1

1.1. Asegurado titular 1

1.2. Asegurado complementario 1

1.3. Beneficiario(s) 1

1.4. Certificación médica 1

1.5. Contratante 1

1.6. Enfermedad o padecimiento preexistente 1

1.7. Exclusiones 1

1.8. Hospital autorizado 1

1.9. Médico 2

1.10. Médico Especialista 2

1.11. Prima 2

1.12. Siniestro 2

1.13. Suma Asegurada 2

1.14. Emergencia Médica 2

2. Apartado dos - Descripción de cobertura 2

2.1.1. Cobertura de Apoyo por Hospitalización (PHT para titular y PHX para complementario) 2

2.1.1.1. Descripción de la cobertura 2

2.1.1.1.1. Aborto 3

2.1.1.1.2. Periodos de Espera 3

2.1.1.2. Edades de aceptación 4

2.1.1.3. Requisitos para la reclamación 4

2.1.1.4. Pago de reclamaciones 4

2.1.1.5. Terminación de la cobertura de apoyo por hospitalización 4

2.1.1.6. Exclusiones 5

1. Apartado uno – Definiciones

1.1. Asegurado titular

Persona física mayor de 18 años sobre quién recae el riesgo cubierto conforme a cada cobertura que tenga contratada y que realizará el pago de la prima de esta póliza de seguro.

1.2. Asegurado complementario

Persona física en cuyo favor el Asegurado titular haya decidido extender la protección del seguro a través de alguna de las coberturas complementarias contratadas. El Asegurado titular en su calidad de proponente deberá declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la contratación de la cobertura para un Asegurado complementario.

1.3. Beneficiario(s)

Persona o personas físicas o morales que, por designación del Asegurado, y a falta de designación del Asegurado por disposición legal, tiene(n) derecho a recibir la Suma Asegurada contratada, en proporción correspondiente.

1.4. Certificación médica

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

1.5. Contratante

Es aquella persona física mayor de 18 años, que lleva a cabo con MetLife la celebración del contrato y que realizará el pago de la prima y para los efectos de este seguro será la misma persona que el Asegurado titular.

1.6. Enfermedad o padecimiento preexistente

Se entenderá como enfermedad o padecimiento preexistente, aquel:

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

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

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

1.7. Exclusiones

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

1.8. Hospital autorizado

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

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

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

No se considerará como hospital, clínica o sanatorio:

2.1.1. Clínicas para el tratamiento de enfermedades mentales o cuyo principal objetivo sea el tratamiento de enfermedades psiquiátricas.

2.1.2. Casas para ancianos, casas de descanso, centros para el tratamiento de drogadictos, alcohólicos y neuróticos.

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

Cualquier atención médica recibida por el Asegurado en algún establecimiento que no se considere hospital clínica o sanatorio, no estará cubierta por el seguro, aun tratándose de una emergencia médica.

1.9. Médico

Persona legalmente autorizada mediante Cédula Profesional vigente para ejercer la medicina, incluyendo médico cirujano homeópata.

1.10. Médico Especialista

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

1.11. Prima

Es el valor determinado por MetLife, que el contratante deberá pagar por las coberturas del seguro contratadas. Dado que se trata de un seguro flexible, el contratante podrá realizar aportaciones superiores a las estipuladas para cada cobertura, con el fin de incrementar su protección.

1.12. Siniestro

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

1.13. Suma Asegurada

Es la cantidad máxima establecida en la carátula de la póliza o en los endosos, que podrán recibir los beneficiarios del seguro, al ocurrir el evento amparado.

1.14. Emergencia médica

Aquel tratamiento médico o quirúrgico al que se deba someter el Asegurado por sufrir en forma súbita e imprevista una alteración órgano-funcional que ponga en peligro su vida, su integridad personal, una función o la viabilidad de alguno de los órganos, como resultado de alguna enfermedad dentro de las 24 horas de ocurrida y ésta sea atendida en el área de urgencias de un hospital, clínica o sanatorio.

2. Apartado dos - Descripción de cobertura

2.1.1. Cobertura de Apoyo por Hospitalización (PHT para titular y PHX para complementario).

Para efectos de esta cobertura se entenderá por hospitalización a la permanencia comprobable y justificada del Asegurado en una clínica, hospital o sanatorio legalmente autorizado para la atención de un accidente o enfermedad no preexistente. El periodo de hospitalización se considerará a partir del ingreso y concluirá con el egreso que otorgue el médico tratante.

La cobertura podrá otorgarse al Asegurado titular de la póliza y máximo a tres asegurados complementarios.

2.1.1.1. Descripción de la cobertura

Si durante la vigencia de la cobertura el Asegurado requiere una hospitalización igual o mayor a 24 horas, MetLife indemnizará al Asegurado por un monto de mil pesos por cada día de hospitalización con un máximo de 60 días por año cobertura, siempre y cuando se cumplan los periodos de espera y la enfermedad o accidentes no se contemplen dentro de las exclusiones que más adelante se detallan. La cobertura no podrá ser adquirida por una misma persona más de una vez ya sea dentro de la misma póliza o en una póliza diferente, como titular o como complementario.

2.1.1.1.1. Aborto

Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o hasta 20 semanas de gestación.

2.1.1.1.2. Periodos de espera

Para el caso de hospitalización a causa de un accidente no aplicará ningún período de espera.

Los periodos de espera para las enfermedades o padecimientos, en el caso de esta cobertura, se describen a continuación:

Enfermedad o padecimiento	Periodo de espera
Infarto cardiaco agudo	Sin periodo de espera
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	Sin periodo de espera
Enfermedad de Alzheimer	Sin periodo de espera
Enfermedad de Parkinson	Sin periodo de espera
Extirpación quirúrgica del apéndice	Sin periodo de espera
Enfermedades respiratorias agudas infectocontagiosas	30 días
Procedimientos quirúrgicos en el corazón	6 meses
Enfermedades terminales del hígado	6 meses
Enfermedades cerebrovasculares	6 meses
Trasplante de órganos vitales	6 meses
Complicaciones de la diabetes	6 meses
Corrección quirúrgica de hernias	24 meses
Extirpación quirúrgica de la vesícula biliar	24 meses
Extirpación quirúrgica de las amígdalas y/o adenoides	24 meses
Extirpación quirúrgica de cálculos urinarios	24 meses
Extirpación quirúrgica de hemorroides, fístulas, fisuras anales o rectales o prolapso rectal	24 meses
Extirpación quirúrgica de miomas de útero	24 meses
Extirpación quirúrgica de glándula mamaria	24 meses
Extirpación quirúrgica de varicocele	24 meses
Extirpación quirúrgica de próstata	24 meses
Extirpación quirúrgica del testículo	24 meses
Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	48 meses

El periodo de espera antes señalado para enfermedades respiratorias agudas infectocontagiosas no será aplicable en casos de enfermedad o tratamientos derivados de emergencia médica.

Todas las enfermedades o padecimientos que no se mencionan en la tabla anterior y que adicionalmente, no se mencionen en la sección de exclusiones, estarán sujetos a un periodo de espera de 12 meses.

Cada Asegurado complementario estará sujeto a los periodos de espera establecidos, a partir del inicio de vigencia de su cobertura.

2.1.1.2. Edades de aceptación

Las edades de aceptación para esta cobertura son de 18 a 60 años para el Asegurado titular y de 1 a 60 asegurados complementarios.

2.1.1.3. Requisitos para la reclamación

Las solicitudes de reclamación para el pago de esta cobertura deberán presentarse a MetLife dentro de los 90 días naturales posteriores a la fecha de egreso (fecha de alta) del hospital.

Documentación requerida para la reclamación:

1. Nota de urgencias, nota de egreso o certificación hospitalaria que contenga resumen clínico elaborado por el médico tratante, que precise conforme al expediente clínico del Asegurado:

- Fecha y hora de ingreso y egreso de la hospitalización.
- Motivo del ingreso.
- Fecha en que se estableció el diagnóstico definitivo (criterios diagnósticos).
- Tratamientos.

En el caso de menores de edad, además de la documentación mencionada anteriormente, se requerirán acta de nacimiento del menor original o copia certificada, Clave Única de Registro de Población (CURP), identificación oficial del padre, madre o tutor legar vigentes.

2. Pruebas

Deberá anexar los resultados de las pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio que comprueben que la causa de hospitalización era medicamente necesaria. Así mismo deberá contener historia clínica donde refieran antecedentes personales patológicos generales independientemente del padecimiento actual conforme a la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico vigente.

Notas de procedimiento quirúrgico en caso de aplicar.

2.1.1.4. Pago de reclamaciones

La indemnización correspondiente de la cobertura de Apoyo por Hospitalización será pagada al mismo Asegurado que haya sido hospitalizado. Si el Asegurado complementario es menor de edad, la cobertura se pagará al Asegurado titular de la póliza.

En caso de fallecimiento del Asegurado titular, la indemnización se pagará a sus beneficiarios designados para tal efecto en la cobertura básica de la póliza del seguro.

En caso de fallecimiento del Asegurado complementario, la indemnización que resulte procedente se pagará al Asegurado titular de la póliza.

MetLife pagará la indemnización dentro de los 30 días naturales siguientes a que se presente la documentación completa para acreditar la procedencia del pago.

2.1.1.5. Terminación de la cobertura de apoyo por hospitalización

La vigencia de la cobertura terminará en cualquiera de los siguientes casos:

- A la cancelación de la póliza de la cual forma parte esta cobertura.
- A la cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado titular.

- Al aniversario inmediato posterior de la cobertura en el que el Asegurado titular y/o complementario cuente con 65 años.
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado titular.

2.1.1.6. Exclusiones

- **Cualquier hospitalización cuya duración haya sido menor a 24 horas.**
- **Cualquier hospitalización derivada de padecimientos y/o enfermedades preexistentes.**
- **Cualquier hospitalización derivada de padecimientos y/o enfermedades para las cuales no se haya cumplido el periodo de espera establecido.**
- **Hospitalización a consecuencia de aborto, así como sus complicaciones sin importar cuál sea su causa.**
- **Hospitalización por enfermedades o accidentes que sufra el Asegurado ocasionadas por culpa de él 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 evento.**
- **Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo.**
- **Hospitalizaciones derivadas de accidentes y/o enfermedades que sufra el Asegurado a consecuencia de intento de suicidio o autolesión aún y cuando se cometan en estado de inconciencia o enajenación mental.**
- **Hospitalización para la realización de estudios de diagnóstico, análisis, radiografías, radioscopia o fisioterapia.**
- **Hospitalización a causa de padecimientos congénitos.**
- **Hospitalización por tratamientos médicos y/o quirúrgicos de naturaleza experimental y/o de investigación o con fines preventivos.**
- **La hospitalización para fines de reposo o rehabilitación, así como consultas, exámenes o tratamientos por enfermedades psiquiátricas, psicológicas o cualquier tipo de enfermedad mental, curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.**
- **Hospitalización por tratamientos médico y/o quirúrgicos estéticos, cosméticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos o cirugías que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades.**

- **Hospitalización por cirugía Ocular para vicios o defectos de refracción, tales como, miopía, astigmatismo, hipermetropía, y otras enfermedades oculares, así como las consecuencias que se deriven de ellos.**

- **Hospitalización a causa de esterilización y procedimientos anticonceptivos, así como las consecuencias que se deriven de ellos. Tratamientos de la fertilidad, impotencia y frigidez.**

- **Hospitalización a consecuencia de inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.**

- **Hospitalización a consecuencia de intoxicación por ingesta de alimentos y medicamentos.**

- **Hospitalización por esguinces.**

- **Hospitalización a consecuencia de picaduras de insectos o mordeduras de animales ponzoñosos.**

- **Hospitalización a causa de lesiones que se originen por participación del Asegurado como sujeto activo en eventos derivados a consecuencia de servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, terrorismo, insurrección, revolución o rebelión.**

- **Hospitalización a consecuencia de lesiones por eventos ocurridos a consecuencia de riña o por actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.**

- **Hospitalización surgida por riesgos nucleares.**

- **Hospitalización a consecuencia de lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de viajar como ocupante de algún automóvil, motocicleta o cualquier otro vehículo similar en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**

- **Cualquier hospitalización originada por tratamientos de radioterapia, inmunoterapia, quimioterapia, médium o isótopos.**

- **Hospitalización a consecuencia de la realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo.**

- **Hospitalización por lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves, que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio del transporte regular de pasajeros.**

- **Hospitalización por By-pass gástrico o corrección de obesidad, sus consecuencias y/o complicaciones.**

- **Tratamientos médicos proporcionados por personal sin cédula profesional de médico o que los acredite como médicos legalmente autorizados para realizar o proporcionar tratamiento médico y quirúrgico.**

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 14 de octubre de 2024 con el número BADI-S0034-0063-2024/CONDUSEF- G-01656-001.

ANEXO II

Condiciones Generales para la cobertura adicional Cáncer Infantil

Contenido

Cobertura adicional “Cáncer 2024” (CAT para titular y CAC para complementarios)

Esta cobertura operará sólo si así se especifica en la carátula de la póliza o en el endoso de inclusión de coberturas correspondiente.

1. Definiciones 1

1.1. Asegurado titular 1

1.2. Asegurado complementario 1

1.3. Beneficiario(s) 1

1.4. Certificación médica 1

1.5. Contratante 1

1.6. Enfermedad o padecimiento preexistente 1

1.7. Exclusiones 1

1.8. Hospital autorizado 1

1.9. Médico 2

1.10. Médico especialista 2

1.11. Prima 2

1.12. Siniestro 2

2. Coberturas por cáncer (CAT para titular y CAC para complementarios) 2

2.1. Primera ocurrencia 2

2.2. Cáncer con metástasis 2

2.3. Cáncer “in situ” 2

2.4. TNM 2

2.5. Tumor 3

2.6. Cobertura de indemnización parcial por cáncer “in situ” 4

2.6.1. Pruebas de indemnización parcial por cáncer “in situ” 4

2.7. Cobertura de indemnización total por cáncer 5

2.7.1 Pruebas de indemnización total por cáncer 5

3. Vigencia 6

4. Periodo de espera de las coberturas de cáncer 6

5. Edades de aceptación para las coberturas de cáncer 6

6. Suma Asegurada 6

7. Beneficiarios para las coberturas de cáncer 6

8. Exclusiones de las coberturas por cáncer 6

9. Exclusiones de la cobertura de indemnización parcial por cáncer “in situ” 7

10. Exclusiones de la cobertura de indemnización total por cáncer 7

11. Terminación de las coberturas por cáncer 7

1. Definiciones

1.1. Asegurado titular

Persona física mayor de 18 años sobre quién recae el riesgo cubierto conforme a cada cobertura que tenga contratada y que realizará el pago de la prima de esta póliza de seguro.

1.2. Asegurado complementario

Persona física en cuyo favor el Asegurado titular haya decidido extender la protección del seguro a través de alguna de las coberturas complementarias contratadas.

El Asegurado titular en su calidad de proponente deberá declarar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la contratación de la cobertura para un Asegurado complementario.

1.3. Beneficiario(s)

Persona o personas físicas o morales que, por designación del Asegurado, y a falta de designación del Asegurado por disposición legal, tiene(n) derecho a recibir la Suma Asegurada contratada, en proporción correspondiente.

1.4.Certificación médica

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

1.5. Contratante

Es aquella persona física mayor de 18 años, que lleva a cabo con MetLife la celebración del contrato y que realizará el pago de la prima y para los efectos de este seguro será la misma persona que el Asegurado titular.

1.6. Enfermedad o padecimiento preexistente

Se entenderá como enfermedad o padecimiento preexistente, aquel:

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

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

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

1.7. Exclusiones

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

1.8. Hospital autorizado

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

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

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

No se considerará como hospital, clínica o sanatorio:

1.8.1. Clínicas para el tratamiento de enfermedades mentales o cuyo principal objetivo sea el tratamiento de enfermedades psiquiátricas.

1.8.2. Casas para ancianos, casas de descanso, centros para el tratamiento de drogadictos, alcohólicos y neuróticos.

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

Cualquier atención médica recibida por el Asegurado en algún establecimiento que no se considere hospital clínica o sanatorio, no estará cubierta por el seguro, aun tratándose de una emergencia médica.

1.9. Médico

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

1.10. Médico especialista

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

1.11. Prima

Es el valor determinado por MetLife, que el contratante deberá pagar por las coberturas del seguro contratadas. Dado que se trata de un seguro flexible, el contratante podrá realizar aportaciones superiores a las estipuladas para cada cobertura, con el fin de incrementar su protección.

1.12. Siniestro

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

2. Coberturas por cáncer (CAT para titular y CAC para complementarios)

La cobertura podrá otorgarse al Asegurado titular de la póliza, y máximo a tres Asegurados complementarios.

2.1. Primera ocurrencia

Se define como tal, a la primera ocasión en que la persona experimenta las manifestaciones y/o es diagnosticada del padecimiento de cáncer.

2.2. Cáncer con metástasis

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

2.3. Cáncer “in situ”

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

2.4. TNM

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

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

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

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

2.5. Tumor

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

TX: No se puede evaluar el tumor primario.

T0: No hay evidencia de cáncer.

Tis: Se refiere al carcinoma “in situ”.

T1: El tumor ha invadido la submucosa.

T2: El tumor ha invadido la lámina muscular propia.

T3: El tumor ha crecido a través de la lámina muscular propia y en la subserosa.

T4: El tumor ha invadido otros órganos o ha causado una perforación.

Ganglio: La “N” en el sistema TNM corresponde a la abreviación para ganglio en inglés.

Los ganglios linfáticos son órganos minúsculos que ayudan a combatir infecciones, ya que forman parte del sistema inmunológico del cuerpo. Existen ganglios linfáticos regionales y ganglios linfáticos distantes.

NX: No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales debido a la falta de información.

N0: No se detecta metástasis de ganglios linfáticos regionales (el cáncer no se ha diseminado a los ganglios linfáticos regionales).

N1: Hay compromiso metastásico en uno, dos o tres ganglios linfáticos regionales.

N2: Hay compromiso metastásico en cuatro o más ganglios linfáticos regionales.

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

MX: No se puede evaluar la metástasis a distancia.

M0: La enfermedad no se ha metastatizado.

M1: Hay metástasis a distancia.

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

Estadio 0: Se refiere al cáncer “in situ”.

Estadio I: El cáncer ha crecido a través de la mucosa invadiendo la capa muscular.

Estadio IIA: El cáncer se ha diseminado a través de la pared del tejido y posiblemente se ha diseminado al tejido cercano. No se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos.

Estadio IIB: El cáncer se ha diseminado a través del tejido a los órganos cercanos. No se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos

Estadio IIIA: El cáncer ha crecido a través del revestimiento interno o en las capas musculares del tejido y en uno, dos o tres ganglios linfáticos, pero no se ha diseminado hacia otras partes del cuerpo.

Estadio IIIB: El cáncer ha crecido a través de la pared del tejido a los órganos que lo rodean y en uno a tres ganglios linfáticos, pero no se ha diseminado hacia otras partes del cuerpo.

Estadio IIIC: El cáncer (de cualquier tamaño) se ha diseminado a cuatro o más ganglios linfáticos, pero no a otras partes distantes del cuerpo.

Estadio IV: El cáncer se ha metastatizado a partes distantes del cuerpo.

Recurrente: cáncer recurrente significa que el cáncer ha vuelto a aparecer después del tratamiento.

2.6. Cobertura de indemnización parcial por cáncer “in situ”

MetLife pagará al Asegurado titular y/o complementario una indemnización equivalente al 25% de la Suma Asegurada contratada para la indemnización total por cáncer, si durante la vigencia del contrato, al Asegurado titular y/o complementario se le diagnostica la primera ocurrencia de alguno de los siguientes casos de cáncer, que se enlistan a continuación:

- Carcinoma “in situ” clasificado como Tis N0M0, de la que se determina la necesidad médica de cirugía, quimioterapia o radioterapia, de acuerdo al criterio que para este fin emite un médico certificado en la especialidad del tipo de carcinoma involucrado.
- Tumores malignos clasificados como T1N0M0 o mayores, los cuales se tratan solo por procedimientos de endoscopía
- Melanomas malignos, clasificados como T1N0M0

2.6.1.Pruebas de indemnización parcial por cáncer “in situ”

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

Documentación	Requisitos
Resumen clínico	Elaborado por el médico especialista que precise con forme al expediente clínico del Asegurado: • Fecha de inicio del padecimiento, diagnóstico, primer evento de cáncer. • Antecedentes personales patológicos. • Clasificación o estadificación, evolución, estudios realizados, tratamiento y pronóstico.

Historial clínico	Con base en la norma NOM 004 deberá precisar todos los antecedentes patológicos del Asegurado (crónico-degenerativos, traumáticos, quirúrgicos, transfusionales, hospitalizaciones previas), con énfasis en fechas de diagnóstico (día, mes y año), evolución y tratamiento de patologías. Así como presencia de tabaquismo y alcoholismo (tiempo de evolución, frecuencia e intensidad) y si es el caso fecha de suspensión. Lo anterior para determinar las circunstancias de la realización del siniestro y las consecuenciasdel mismo.
Estudios clínicos	Deberá anexar los resultados radiológicos y/o de laboratorio que sustenten el diagnóstico base de reclamación de alguno de los padecimientos descritos en estas condiciones generales como: marcadores tumorales, tomografía, ultrasonido, resonancia magnética, estudios de Rx (radiografías, mastografías, etc.).
Estudio histopatológico	Reporte elaborado por un médico certificado por el consejo de la especialidad como experto en la materia relativa al padecimiento cáncer con la descripción microscópica y macroscópica de tejido (posterior a una biopsia o una cirugía), diagnostico, tamaño de tumoración, márgenes del tumor (márgenes positivos o negativos), nombre y firma del médico patólogo, dirección del laboratorio y fechade realización

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

2.7. Cobertura de indemnización total por cáncer

Si durante la vigencia del contrato, un médico certificado en la espacialidad de oncología diagnostica al Asegurado titular y/o complementario, que le implica la necesidad médica de cirugía mayor, radioterapia, quimioterapia, por haber metástasis, MetLife pagará la Suma Asegurada contratada y señalada para esta cobertura, en la carátula de la póliza, con lo que termina la cobertura

2.7.1. Pruebas de indemnización total por cáncer

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

Documentación	Requisitos
Resumen clínico	Elaborado por el médico especialista que precise con forme al expediente clínico del Asegurado: • Fecha de inicio del padecimiento,diagnóstico, primer evento de cáncer. • Antecedentes personales patológicos. • Clasificación o estadificación, evolución, estudios realizados tratamiento y pronóstico.
Historial clínico	Con base en la norma NOM 004 deberá precisar todos los antecedentes patológicos del Asegurado (crónico-degenerativos, traumáticos, quirúrgicos, transfusionales, hospitalizaciones previas), con énfasis en fechas de diagnóstico (día, mes y año), evolución y tratamiento de patologías. Así como presencia de tabaquismo y alcoholismo (tiempo de evolución, frecuencia e intensidad) y si es el caso fecha de suspensión. Lo anterior para determinar las circunstancias de la realización del siniestro y las consecuencias del mismo

Estudios clínicos	Deberá anexar los resultados radiológicos y/o de laboratorio que sustenten el diagnóstico base de reclamación de alguno de los padecimientos descritos en estas condiciones generales como: marcadores tumorales, tomografía, ultrasonido, resonancia magnética, estudios de Rx (radiografías, mastografías, etc.).
Estudio histopatológico	Reporte elaborado por un médico certificado por el consejo de la especialidad como experto en la materia relativa al padecimiento cáncer con la descripción microscópica y macroscópica de tejido (posterior a una biopsia o una cirugía), diagnostico, tamaño de tumoración, márgenes del tumor (márgenes positivos o negativos), nombre y firma del médico patólogo,dirección del laboratorio y fecha de realización

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

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

Las siguientes definiciones aplicarán para ambas coberturas de cáncer:

3. Vigencia

Esta cobertura adicional se cancelará cuando el Asegurado cumpla 70 años.

4. Periodo de espera de las coberturas de cáncer

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

5. Edades de aceptación para las coberturas de cáncer

Las edades de aceptación establecidas por MetLife para estas coberturas son de los 18 a los 65 años para el Asegurado titular y de 0 a 65 años para Asegurados complementarios.

6. Suma Asegurada

Es la cantidad máxima establecida en la carátula de la póliza o en los endosos, que podrán recibir los beneficiarios del seguro, al ocurrir el evento amparado.

7. Beneficiarios para las coberturas de cáncer

Cuando se presente el evento relacionado a la cobertura de esta póliza y ocurriese el fallecimiento del Asegurado titular y/o complementario, antes de la presentación de la reclamación para esta cobertura adicional, la indemnización que llegara a proceder, se liquidará a:

- En caso de muerte del Asegurado titular a los beneficiarios designados en la cobertura de fallecimiento del Asegurado titular, en los mismos términos y porcentajes ahí definidos.

- En caso de muerte del Asegurado complementario al asegurado titular o en su caso a los beneficiarios designados.

Siempre que se demuestre que fue imposible realizar la reclamación correspondiente en los términos y plazos establecidos en las condiciones generales de este contrato y que dicho atraso no fue con el fin de evitar la comprobación del evento

Si el Asegurado complementario es menor de edad, la cobertura se pagará al Asegurado titular de la póliza.

8. Exclusiones de las coberturas por cáncer

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

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

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

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

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

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

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

9. Exclusiones de la cobertura de indemnización parcial por cáncer "in situ"

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

10. Exclusiones de la cobertura de indemnización total por cáncer

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

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

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

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

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

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

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

- **Cualquier condición que es referida a la cobertura de indemnización parcial por cáncer "in situ".**

11. Terminación de las coberturas por cáncer

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

- **Concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de la cual forma parte la cobertura.**
- **La cancelación de la cobertura a solicitud del Asegurado titular.**
- **Al aniversario inmediato posterior de la póliza en el que el Asegurado titular y/o complementario cuente con 70 años, terminará la cobertura del asegurado que hubiese alcanzado la edad señalada**
- **Al efectuar MetLife el pago de la Suma Asegurada establecida para la cobertura terminará la cobertura para el Asegurado titular y/o complementario cuyo siniestro fue pagado.**
- **Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado titular**
- **Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado complementario, terminará la cobertura del asegurado complementario fallecido.**

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 14 de octubre de 2024 con el número BADI-S0034-0064-2024/ CONDUSEF-G-01658-001.