MédicaLife Colectivo
Experiencia propia 2023

Condiciones generales

RECAS: CONDUSEF-006391-01

Contenido

Definiciones 1

1. Accidente 1

2. Asegurado 1

3. Asegurado titular 1

4. Aparatos ortopédicos 1

5. Coaseguro 1

6. Colectividad asegurada 1

7. Contratante 1

8. Deducible 1

9. Dependientes económicos 1

10. Emergencia médica 1

11. Endoso 2

12. Enfermedad 2

13. Evento 2

14. Extraprima 2

15. Grupo de hospitales 2

16. Grupo médico asociado 2

17. Honorarios médicos 2

18. Hospital, clínica, sanatorio y centros de infusión 2

19. Hospitalización 3

20. Inicio de cobertura 3

21. Médico 3

22. MetLife 3

23. Padecimiento 3

24. Padecimiento congénito y genético 3

25. Padecimiento preexistente 3

26. Pago directo 4

27. Periodo al descubierto 4

28. Periodo de espera 4

29. Periodo de gracia 4

30. Plan 5

31. Póliza 5

32. Prestadores de servicios médicos y hospitalarios afiliados 5

33. Prima 5
34. Primer gasto 5
35. Programación de cirugías 5
36. Reclamación 5
37. Reconocimiento de antigüedad 5
38. Reembolso 5
39. Reinstalación automática 5
40. Renovación 6
41. Salario mínimo general mensual (SMGM) 6
42. SIDA 6
43. Suma Asegurada 6
44. Tabulador de honorarios médicos o Gasto Usual y Acostumbrado (GUA) 6
45. Grupo de negocio 6
46. Vigencia 6
47. Complementos anteriores 6
48. Tratamiento médico experimental 6
49. Síntoma y/o signo 7
50. Segunda valoración médica 7
51. Planes Contributorios 7
52. Región anatómica 7
53. Procedimiento médico estético 7
54. Medicamento 8
55. Agravación del riesgo 8
Objeto 8
Gastos cubiertos 8
A. Gastos hospitalarios 8
B. Honorarios médicos 9
C. Medicamentos 9
D. Auxiliares de diagnóstico 9
E. Otros servicios médicos 9
F. Eventos cubiertos sujetos a condiciones específicas 10
Exclusiones 15
Gastos a cargo del Asegurado 19
Planes MédicaLife 19

A. Deducible 19
B. Coaseguro 19
1. Accidente 19
2. Honorarios médicos 19
3. Hospital 20
4. Otros gastos 20
5. Tope de coaseguro 20
6. Medicamentos fuera del hospital por pago directo 21
7. Centros de infusión sin Hospitalización 21
Cláusulas generales 21
1. Contrato 21
2. Vigencia de la póliza 21
3. Periodo máximo de beneficio 21
4. Renovación 22
5. Modificaciones y notificaciones 22
6. Omisiones o inexactas declaraciones 22
7. Obligación de asegurar 23
8. Competencia 23
9. Moneda 23
10. Prescripción 23
11. Prima 23
12. Forma de pago 24
13. Cancelación 24
14. Rehabilitación 24
15. Edad 24
16. Movimientos de asegurados 25
17. Comunicaciones 25
18. Siniestros o pago de reclamaciones 26
19. Pago de reclamaciones y/o indemnizaciones 27
20. Otros seguros 27
21. Cobertura del contrato 27
22. Ajustes 27
23. Residencia 27
24. Indemnización por mora 28

25. Eliminación o reducción de periodos de espera 28
26. Suma Asegurada 28
27. Tipo de cambio 28
28. Derecho del Contratante para conocimiento del porcentaje de intermediación 28
29. Certificados 28
30. Prevención de actividades ilícitas 28
31. Revelación de comisiones 29
Beneficios adicionales opcionales 29
1. Cobertura de emergencia en el extranjero 29
2. Cobertura de enfermedades catastróficas en el extranjero 30
3. Cláusula de cobertura en el extranjero 30
4. Cobertura de renta diaria por hospitalización 31
5. Cobertura de corrección de la vista 32
6. Cobertura de visión 32
7. Cobertura dental 33
8. Cobertura de asistencia integral 34
1) Asistencia médica 34
2) Asistencia en viajes 34
3) Asistencia legal 36
4) Orientación odontológica 36
5) Orientación psicológica telefónica 36
6) Asistencia nutricional 37
Anexo 1.1. Ley Sobre el Contrato de Seguro 37
Anexo 1.2. Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros 40
Anexo 1.3. Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas 40
Anexo 1.4 Ley del Impuesto Sobre la Renta 42

Definiciones

1. Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que ocasione lesiones corporales en la persona del Asegurado que requieran de atención médica.

2. Asegurado

Es la persona expuesta a cualquier enfermedad o accidente amparado por esta póliza y que forma parte de la colectividad asegurada.

3. Asegurado titular

Es la persona al servicio del Contratante y que pertenece a la colectividad asegurada.

4. Aparatos ortopédicos

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

Se entiende como prótesis a la extensión artificial que reemplaza o sustituye un órgano o extremidad, permitiendo preservar o recuperar su función.

5. Coaseguro

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

6. Colectividad asegurada

Está formada por los integrantes en servicio de una persona física o moral legalmente constituida y sus dependientes económicos siempre y cuando cumplan con los requisitos de elegibilidad convenidos entre el Contratante y MetLife. Dichos integrantes se incluyen en el registro de asegurados de la póliza.

7. Contratante

Persona física o moral que es responsable ante MetLife de la contratación y pago de la prima del seguro en su totalidad.

8. Deducible

Cantidad inicial fija establecida en la carátula de la póliza con la cual participa el Asegurado en los gastos ocasionados por cada evento procedente.

9. Dependientes económicos

Se consideran dependientes económicos del Asegurado titular, para efectos de esta póliza, a las siguientes personas:

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

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

10. 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, una función o la viabilidad de alguno de los órganos y que requiera atención médica inmediata en un hospital, clínica o sanatorio, como resultado de algún evento.

11. Endoso

Documento que forma parte de la póliza, que modifica y/o adiciona sus condiciones generales, coberturas o algún elemento contractual. Lo estipulado en un endoso siempre prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

12. Enfermedad

Toda alteración de la salud que haya sido previamente diagnosticada al dictamen de MetLife, que padezca el Asegurado y que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico prescrito por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de la profesión.

Las recaídas, complicaciones y secuelas se considerarán como parte de la misma enfermedad que les dio origen.

13. Evento

Es toda afectación derivada de una enfermedad, padecimiento o accidente que sufre el Asegurado con motivo de un padecimiento amparado por la póliza, así como todas las lesiones, complicaciones, enfermedades, recaídas, secuelas o afecciones, derivadas de aquéllos.

En el caso de enfermedad, el evento se refiere a cada enfermedad cubierta por esta póliza, independientemente del número de reclamaciones o veces que se utilice algún servicio y/o se efectúe algún pago derivado de la misma enfermedad. Respecto al accidente cubierto, el evento se refiere a todos los gastos médicos derivados del mismo accidente.

14. Extraprima

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

15. Grupo de hospitales

Conjunto de hospitales a los cuales puede acceder el Asegurado de acuerdo al plan contratado.

16. Grupo médico asociado

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

17. Honorarios médicos

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

18. Hospital, clínica, sanatorio y centros de infusión

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

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

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

c. Tienen un responsable legalmente autorizado para llevar a cabo los tratamientos médicos oportunos que se soliciten.

No se considerará como hospital, clínica o sanatorio:

a. **Cualquier institución para el tratamiento de enfermedades mentales o cuyo principal objetivo sea el tratamiento de enfermedades psiquiátricas.**

b. **De igual forma, se hace constar que se excluyen tratamientos en los departamentos psiquiátricos de los hospitales.**

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

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

19. Hospitalización

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

20. Inicio de cobertura

Es la fecha a partir de la cual el Asegurado tiene derecho a la cobertura y beneficios contratados en la póliza.

Si la presente póliza se cancela o no se renueva, los asegurados perderán su antigüedad. Si el Contratante solicita con posterioridad una nueva póliza con MetLife, la nueva fecha de alta será considerada como inicio de cobertura.

21. Médico

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

22. MetLife

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

23. Padecimiento

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

24. Padecimiento congénito y genético

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

25. Padecimiento preexistente

Para efectos de esta póliza, se entenderá como preexistencia aquella alteración de la salud:

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

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

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

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

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

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

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la institución de seguros.

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

26. Pago directo

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

27. Periodo al descubierto

Lapso de tiempo en el cual la prima no está pagada. Inicia al día siguiente de finalizado el periodo de gracia y termina cuando MetLife recibe y acepta expresamente la rehabilitación de la póliza. **No procederá el pago de reclamaciones por padecimientos cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado durante el periodo al descubierto.**

Al momento de originarse un periodo al descubierto, él o los asegurados que estén incluidos en el registro de la póliza pierden el reconocimiento de la antigüedad para los efectos de la presente póliza.

28. Periodo de espera

Es el lapso mínimo necesario que debe transcurrir ininterrumpidamente, para cada Asegurado, desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la primera póliza de gastos médicos mayores contratada con MetLife, salvo lo estipulado por el reconocimiento de antigüedad, para que determinados padecimientos puedan ser cubiertos, tal como se describen en los apartados correspondientes.

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

29. Periodo de gracia

Lapso de 30 días naturales contados a partir de la fecha de vencimiento de la prima que tiene el Contratante para liquidar el total o la parcialidad pactada en la póliza en caso de pago en parcialidades.

Durante este periodo, el Asegurado goza de la cobertura de la póliza. Las reclamaciones presentadas durante este periodo se harán únicamente por el sistema de reembolso.

30. Plan

Es el conjunto de coberturas y condiciones de la póliza tales como grupo de hospitales, Suma Asegurada, deducible, coaseguro, tabulador de honorarios médicos, beneficios adicionales, entre otras, incluyendo sus endosos, que indican al Contratante los beneficios a que tiene derecho la colectividad asegurada.

31. Póliza

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

32. Prestadores de servicios médicos y hospitalarios afiliados

Hospitales vinculados con MetLife por convenios, que tienen por objeto proporcionar a los asegurados el servicio amparado por la póliza.

33. Prima

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

34. Primer gasto

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

35. Programación de cirugías

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

36. Reclamación

Es el trámite que efectúa el Asegurado ante MetLife, para obtener los beneficios de esta póliza a consecuencia de un padecimiento.

37. Reconocimiento de antigüedad

Es el periodo de tiempo durante el cual el Asegurado inscrito en el registro de la colectividad asegurada, ha estado cubierto en forma continua e ininterrumpida en ésta u otra compañía de seguros en pólizas de gastos médicos mayores del mismo Contratante y/o colectividad y/o grupo de grupo de negocio y/o pólizas individuales. Para reconocer un periodo de antigüedad el Asegurado y/o el Contratante, deberá comprobar a MetLife que durante ese periodo la prima de la(s) póliza(s) en dónde haya estado protegido el Asegurado, fue pagada.

La antigüedad reconocida será tomada en cuenta para el cómputo de los periodos de espera señalados dentro de los gastos y tratamientos cubiertos en estas condiciones generales.

El reconocimiento de antigüedad no aplica para padecimientos preexistentes.

38. Reembolso

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

39. Reinstalación automática

Es el derecho en virtud del cual el Asegurado cuenta nuevamente con el total de la Suma Asegurada contratada para sufragar los gastos médicos cubiertos en que incurra por cada padecimiento que a juicio de MetLife se considere cubierto e independiente en la póliza.

La Suma Asegurada se reinstalará automáticamente para cada Asegurado, solamente para cubrir nuevos padecimientos.

En ningún caso se reinstalará la Suma Asegurada disminuida o agotada para un mismo padecimiento o padecimientos ya cubierto(s) así como sus posibles complicaciones o secuelas.

40. Renovación

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

41. Salario mínimo general mensual (SMGM)

Es el salario mínimo general diario vigente en el Distrito Federal a la fecha del primer gasto médico cubierto, elevado al mes.

42. SIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

43. Suma Asegurada

Obligación máxima de MetLife por cada padecimiento amparado por la póliza con base en las coberturas contratadas y siempre y cuando dicho padecimiento ocurra durante la vigencia de la misma.

La Suma Asegurada para cada padecimiento quedará fija a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto cubierto.

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

Relación en donde se especifica el monto máximo que pagará MetLife por cada procedimiento médico y/o quirúrgico y/o renta de equipo y/o tratamientos especiales y/o tratamientos dentales, de acuerdo al plan contratado y al lugar donde éste se realice.

45. Grupo de negocio

Conjunto de personas morales relacionadas legalmente entre sí, al pertenecer total o parcialmente a un mismo dueño.

46. Vigencia

Periodo de validez de la póliza.

47. Complementos anteriores

Son los gastos erogados por el Asegurado en la vigencia de esta póliza, derivados de una reclamación inicial pagada por la compañía aseguradora inmediata(s) anterior(es) a la póliza actual del Contratante y/o grupo de negocio y/o colectividad descrita en esta póliza.

48. Tratamiento médico experimental

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

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

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

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

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

49. Síntoma y/o signo

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

50. Segunda valoración médica

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

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

51. Planes Contributorios

Modalidad mediante la cual los asegurados que forman parte de la colectividad contribuyen en un porcentaje al pago de la prima del seguro.

52. Región anatómica

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

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

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

53. Procedimiento médico estético

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

54. Medicamento

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

55. Agravación del riesgo

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

Objeto

MetLife se obliga a cubrir la parte correspondiente de los gastos médicos cubiertos al Asegurado, por causa de un padecimiento amparado y de acuerdo con las condiciones de la póliza y las características del plan contratado.

El alcance de la obligación de MetLife será exclusivamente dentro de los términos y condiciones de la póliza y hasta el monto de la Suma Asegurada, como contraprestación de las obligaciones que para el Contratante y de la colectividad asegurada se desprenden también de ésta para cada cobertura.

Gastos cubiertos

Se entenderá por gastos médicos cubiertos aquellos que erogue el Asegurado dentro de la república mexicana, para el tratamiento médico o quirúrgico requerido para la atención de un padecimiento cubierto por la póliza, siempre y cuando ocurra dentro del periodo de vigencia de esta póliza y el Asegurado pertenezca a la colectividad asegurada.

El tratamiento antes citado debe ser prescrito por un médico y su cobertura está sujeta a los límites establecidos en la póliza, y en todo lo concerniente a estas condiciones generales, endosos y cláusulas que se agreguen.

Para los padecimientos cubiertos, quedarán amparados, y a cargo de MetLife, los gastos hospitalarios, de honorarios médicos, medicamentos, auxiliares de diagnóstico y otros servicios médicos, de acuerdo a las siguientes descripciones, y considerándose para todos ellos como gasto cubierto al monto bruto total facturado por los conceptos procedentes, sin considerar la aplicación de posibles descuentos derivados de convenios entre MetLife y el proveedor de servicios médicos:

A. Gastos hospitalarios

1. El costo de un cuarto privado estándar, alimentos del paciente y paquete de admisión.

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

3. Insumos hospitalarios y auxiliares de diagnóstico, así como tratamientos médicos indispensables para el manejo del padecimiento cubierto, siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante.

4. Sueros y soluciones intravenosas prescritas por el médico tratante e indispensables para el tratamiento de un padecimiento cubierto. Se ampara el costo de los análisis y pruebas de compatibilidad de la sangre y/o sus derivados del donador de acuerdo al número de paquetes (unidades de substancia) utilizados por el Asegurado.

5. Costo de la cama extra para el acompañante.

B. Honorarios médicos

6. Honorarios por consultas médicas y/o tratamientos médicos de acuerdo a lo siguiente:

   a. Los honorarios de los médicos que pertenezcan al grupo médico asociado que sean reclamados a través del mecanismo de pago directo o cirugía programada, serán cubiertos con base en los montos convenidos entre MetLife y el grupo médico asociado. En este caso el Asegurado no pagará diferencia alguna por este concepto. Esta es una garantía MetLife.

   b. Los honorarios de los médicos que no pertenezcan al grupo médico asociado o que sean tramitados a través del mecanismo de reembolso serán cubiertos hasta por el máximo del monto establecido en el tabulador de honorarios médicos del plan contratado.

7. Honorarios por procedimientos quirúrgicos de acuerdo a lo siguiente:

   c. Los honorarios de los médicos que pertenezcan al grupo médico asociado que sean reclamados a través del mecanismo de pago directo o cirugía programada, serán cubiertos con base en los montos convenidos entre MetLife y el grupo médico asociado. En este caso el Asegurado no pagará diferencia alguna por este concepto. Esta es una garantía MetLife.

   d. Los honorarios de los médicos que no pertenezcan al grupo médico asociado o que sean tramitados a través del mecanismo de reembolso serán cubiertos hasta por el máximo del monto establecido en el tabulador de honorarios médicos del plan contratado.

   e. En procedimientos quirúrgicos, el monto amparado para el anestesista se limitará hasta un 30% del monto cubierto al cirujano principal.

   f. En procedimientos quirúrgicos, el monto amparado para el primer ayudante se limitará hasta un 20% y para el segundo ayudante y/o instrumentista, se limitará hasta un 10% a cada uno, del monto total cubierto al cirujano principal. Los conceptos del segundo ayudante y/o instrumentista se cubrirían siempre y cuando el procedimiento que se practique lo justifique conforme al criterio de MetLife para dicho procedimiento y sean facturados de forma independiente a la factura hospitalaria no vengan incluidos en la factura hospitalaria.

   g. El costo de las consultas médicas post-operatorias en los siguientes 15 días naturales a la intervención, queda incluido dentro de los honorarios médicos por intervención quirúrgica.

C. Medicamentos

8. Medicamentos consumidos por el Asegurado en el hospital y los adquiridos fuera de él, siempre que sean prescritos por los médicos tratantes que tengan relación con el tratamiento del padecimiento cubierto y que estén registrados como medicamentos en la secretaría de salud.

D. Auxiliares de diagnóstico

9. Análisis de laboratorio, de gabinete, imagenología o cualquier otro indispensable para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un padecimiento cubierto, siempre que sea prescrito por el médico tratante y que se refiera o tenga relación directa con el padecimiento que se está tratando. Estos gastos serán cubiertos siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo y que no sean de tipo experimental o en fase de investigación.

E. Otros servicios médicos

10. Ambulancia terrestre dentro de la república mexicana y en el extranjero siempre y cuando sea médicamente necesaria. Cuando MetLife lo considere conveniente, podrá solicitar una segunda opinión médica y pedirá al Asegurado se presente o reciba a un médico para su evaluación.

11. Ambulancia aérea. Si a consecuencia de una emergencia médica el Asegurado requiere de atención hospitalaria y en la localidad no se cuenta con los recursos médicos hospitalarios para su atención, MetLife cubrirá los gastos erogados por concepto de transportación aérea dentro de la república mexicana.

Si el plan contratado tiene cobertura internacional, se cubrirá además de los destinos de la república mexicana, cualquier ciudad de los Estados Unidos de América y del extranjero, con un máximo de siete horas de vuelo.

Para esta cobertura se aplicará un coaseguro del 20% del monto de los gastos erogados de los servicios derivados de este beneficio.

a. En caso de que el requerimiento del servicio sea estando a 150km del lugar de residencia y/o en el extranjero, solicitar el servicio a través de la cobertura de asistencia integral indicado en el apartado beneficios adicionales incluidos. De lo contrario considerar lo siguiente.

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

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

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

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

13. Honorarios de médicos homeópatas o quiroprácticos que cuenten con cédula profesional, que serán cubiertos con un máximo del monto establecido en el tabulador del plan contratado.

14. Prótesis y endoprótesis que se requieran a consecuencia de un padecimiento cubierto.

15. Renta o adquisición de aparatos ortopédicos que se requieran a consecuencia de un padecimiento cubierto.

16. Renta de equipo de hospital, suministros y atención especializada que sea necesario para el cuidado médico domiciliario, siempre y cuando sea prescrito por el médico tratante, estando sujeto al tabulador de MetLife. En aquellos casos en los que el costo de renta sea superior al de la compra, se cubrirá la compra únicamente con la aprobación previa de MetLife

17. Tratamientos de inhaloterapia, terapia radioactiva o quimioterapia, cuando se reciban en una institución o con persona especializada y bajo prescripción del médico tratante.

18. Tratamientos de medicina de rehabilitación física y neurorrehabilitación considerando dentro de estos los aparatos que generan movimientos pasivos u otro tipo de actividad que su objetivo sea el de rehabilitar.

    Únicamente se pagará una sesión por día, independientemente del tipo de terapia y número de especialistas que la proporcionen. Teniendo un máximo de 40 sesiones.

    Cuando MetLife lo considere conveniente, podrá solicitar una segunda valoración médica y pedirá al Asegurado se presente para su evaluación.

F. Eventos cubiertos sujetos a condiciones específicas

19. Padecimientos congénitos y genéticos.

    a. Los padecimientos congénitos y genéticos de los asegurados nacidos dentro de la vigencia de esta póliza, estarán cubiertos siempre y cuando el Asegurado titular tenga por lo menos diez meses de cobertura continua e ininterrumpida al momento del parto.

       Los gastos se cubrirán a partir del nacimiento del nuevo Asegurado.

b. Se otorga cobertura de Padecimientos Congénitos y Genéticos para los asegurados nacidos en vigencias anteriores en ésta u otra compañía de seguros, del mismo Contratante y/o grupo de negocio y/o colectividad descrita en esta póliza, cuando se compruebe ante MetLife la antigüedad ininterrumpida de protección desde el nacimiento.

c. Los padecimientos congénitos de los asegurados nacidos fuera de la(s) vigencia(s) de la colectividad contratante de esta póliza, estarán cubiertos siempre y cuando cumplan con las siguientes características:

- No se hayan presentado diagnóstico médico a la fecha de inicio de la cobertura de esta póliza.
- No hayan erogado gastos por dichos padecimientos a la fecha de inicio de la cobertura de esta póliza.
- El padecimiento haya sido desapercibido por el Asegurado a la fecha de inicio de la cobertura de esta póliza.
- No haya sido conocido por la evolución natural de la enfermedad.

Si se cumple con lo anterior, el padecimiento será cubierto bajo las condiciones contratadas.

No quedarán cubiertos los gastos por padecimientos congénitos y genéticos o nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción y tratamientos de infertilidad y/o esterilidad. Tampoco quedarán cubiertos los padecimientos o complicaciones que presente el recién nacido originados por otro padecimiento excluido de la madre.

El conjunto de alteraciones que se presenten durante el periodo gestacional o al nacimiento y den origen a diversas alteraciones en la salud serán consideradas como un solo evento.

20. Gastos por las alteraciones clínicas de los recién nacidos prematuros asegurados, siempre y cuando el Asegurado titular tenga por lo menos diez meses de cobertura continua e ininterrumpida. **No quedarán cubiertos los gastos por nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad y/o esterilidad.**

21. Los gastos por tratamientos dentales o prótesis dentales que resulten indispensables a consecuencia de un accidente procedente, serán cubiertos siempre que se hayan dañado piezas naturales y se presenten radiografías post-traumáticas. El periodo máximo de beneficio es de 1 año a partir de la fecha de primer gasto.

22. Quedarán cubiertos los gastos médicos que erogue la asegurada con motivo de la atención médica que reciba a consecuencia de complicaciones del embarazo, parto y puerperio conforme a lo siguiente:

a. Tratamiento médico y/o intervención quirúrgica realizada con motivo de embarazo extrauterino. Para ser procedente debe presentarse ultrasonografía y/o estudio histopatológico;

b. La toxicosis gravídica (preclampsia y eclampsia, enfermedades hipertensivas). Para ser procedente debe presentarse estudio histopatológico;

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

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

e. Placenta previa (indispensable presentar ultrasonografía);

f. Placenta acreta;

g. Diabetes gestacional;

h. Purpura trombocitopénica;

i. Huevo muerto retenido;

j. Incompetencia del cuello del útero.

23. Se cubren los gastos derivados de las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica amateur u ocasional (práctica no profesional) de cualquier deporte.

24. Los tratamientos de hernias, eventraciones y diástasis; serán cubiertos únicamente si se cuenta con una segunda valoración al acto quirúrgico por parte del médico designado por MetLife.

25. Los tratamientos de nariz y/o senos paranasales estarán cubiertas siempre y cuando no se trate de cirugía estética y se cuente con una segunda valoración médica. La reclamación será procedente sólo si se presenta la tomografía y/o radiografía(s) realizada(s), con anterioridad a la intervención quirúrgica, así como fotografías anteriores y posteriores al procedimiento. En caso de enfermedad el Asegurado deberá participar con el deducible contratado y con un coaseguro del 20%.

26. Los gastos por tratamientos dentales o prótesis dentales que resulten indispensables a consecuencia de un accidente procedente, serán cubiertos siempre que se hayan dañado piezas naturales y se presenten radiografías post-traumáticas. El periodo máximo de beneficio es de 1 año a partir de la fecha de primer gasto.

27. Los tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter reconstructivo (no estético), sólo si son indispensables a consecuencia de un padecimiento cubierto, siempre que éstos ocurran dentro de la vigencia de la póliza.

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

    Los procedimientos quirúrgicos de las glándulas mamarias sólo se cubrirán previa valoración al acto quirúrgico por parte del médico designado por MetLife.

29. En cirugía de transplantes los gastos amparados del donante serán exclusivamente los relacionados con las pruebas de compatibilidad, los inherentes al acto quirúrgico para la extracción del órgano y los gastos de recuperación intrahospitalaria inmediatos a dicho acto quirúrgico.

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

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

Queda excluido de la cobertura del seguro todo tipo de gasto médico a causa de infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) sea Seropositivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) que se haya efectuado antes de los cuatro años referidos en el párrafo anterior.

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

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

33. El Asegurado quedará cubierto por daño psiquiátrico o psicológico de acuerdo con lo establecido a continuación:

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

A. Derivado de algún accidente cubierto por las condiciones de la póliza.

B. Derivado de alguna de las siguientes enfermedades terminales, siempre y cuando se encuentren amparadas por la póliza:

   a. Cáncer
   b. Accidente vascular cerebral
   c. Infarto del miocardio
   d. Insuficiencia renal
   e. Intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias
   f. Síndrome de Inmudeficiencia Adquirida

C. Derivado de un acto delictivo ocurrido sobre la persona asegurada, conforme a los siguientes delitos:

   a. Robo con violencia,
   b. Secuestro, o
   c. Violación

Esta cobertura procederá siempre y cuando se presente copia certificada del acta levantada ante el Ministerio Público y el diagnóstico del médico tratante comprobando que sufrió alguno de los eventos antes mencionados.

Las coberturas amparadas por esta cláusula son:

a. Honorarios del médico psiquiatra y/o psicólogo por un máximo de 20 consultas durante un año a partir de la fecha de la primera consulta, a razón de 0.25 SMGM máximo por consulta.

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

   Esta cobertura sólo se brindará en la república mexicana. Los trastornos amparados en esta cobertura no serán válidos para diagnosticar otros padecimientos.

Quedan excluidos de los beneficios de esta cláusula:

a. La ansiedad y/o depresión, a menos que se derive de los eventos descritos en incisos a, b y c de la presente cobertura.

b. Los padecimientos preexistentes.

34. Los gastos que requiera el Asegurado por padecimientos preexistentes quedaran amparados una vez transcurridos dos años de estar asegurado en forma continua e ininterrumpida en esta póliza, quedando excluido todo tipo de gasto presentado antes de cumplirse el periodo mencionado.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso a la colectividad asegurable, el periodo para tener derecho a este beneficio, se contará a partir de la fecha de inclusión como Asegurado en esta póliza.

Así mismo, serán considerados como preexistentes aquellos casos cuya reclamación inicial se realizó en una póliza ajena al Contratante, grupo de negocio y/o colectividad descrita en esta póliza, independientemente que hubieran estado asegurados en MetLife.

Para esta cláusula no opera el reconocimiento de antigüedad ni la eliminación de periodos de espera que pudieran ser contratados.

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

35. Emergencias de gastos médicos no cubiertos. Se cubren en territorio nacional los gastos originados a partir de cualquier emergencia médica por las complicaciones de las siguientes exclusiones:

- **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico.**
- **Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir calvicie, anorexia y bulimia, aumento de peso o tratamientos dietéticos, para reducción de peso o para obesidad.**
- **Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir el acné.**
- **Tratamientos médicos o quirúrgicos por esterilidad, infertilidad, control de la natalidad, impotencia sexual.**
- **Tratamientos con fines preventivos.**
- **Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.**
- **Tratamientos dentales, alveolares o gingivales.**

Los gastos de las complicaciones procederán siempre y cuando éstas se puedan considerar como emergencia médica.

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

La Suma Asegurada para este beneficio será de $550,000.00 (Quinientos cincuenta mil pesos 00/100 M.N.)

36. Tratamiento sujeto a segunda valoración médica

Los procedimientos que quedan sujetos a una segunda valoración médica requerida por MetLife son:

Traumatología y ortopedia:

- Los tratamientos quirúrgicos de hernias de disco intervertebral.
- Los tratamientos quirúrgicos de cualquier estructura anatómica de la rodilla.
- Los tratamientos quirúrgicos de cualquier estructura anatómica de hombro.
- Los tratamientos quirúrgicos para corregir los hallux valgus.
- Los tratamientos quirúrgicos para corregir cifosis, lordosis o escoliosis

Otorrinolaringología:

- Los tratamientos quirúrgicos de nariz y/o senos paranasales, en caso de enfermedad.
- Los tratamientos quirúrgicos de las amígdalas.

Oftalmología:

- Los tratamientos quirúrgicos para corregir la miopía, astigmatismo o hipermetropía.

Cirugía general:

- Los tratamientos quirúrgicos de lesiones pigmentarias de la piel conocidas como lunares o nevus.

Exclusiones

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

A. Padecimientos o tratamientos no cubiertos

1. **Padecimientos preexistentes así como los siniestros complementarios de la(s) aseguradoras anteriores de la colectividad, Contratante y/o grupo de negocio de esta póliza, salvo lo estipulado en el inciso 34 del capítulo gastos cubiertos.**

2. **Complicaciones derivadas de padecimientos, tratamientos o intervenciones quirúrgicas no cubiertos por esta póliza salvo lo estipulado en el inciso 35 de gastos cubiertos.**

3. **Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, salvo lo estipulado en el inciso 26 y 35 del capítulo gastos cubiertos.**

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

5. **Tratamientos médicos o quirúrgicos por esterilidad, infertilidad, control de la natalidad, impotencia sexual y sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes salvo lo estipulado en el inciso 35 de gastos cubiertos.**

6. **La enfermedad mental o transtorno mental así como tratamientos psiquiátricos, psicológicos o psíquicos, trastornos de enajenación mental, demencia, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria nerviosa, así como sus complicaciones, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas así como los tratamientos para corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje o alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías, aun las que resulten de enfermedades o accidentes cubiertos, salvo lo dispuesto en el inciso 33 de gastos cubiertos.**

7. **Todo tipo de padecimientos, intervenciones, complicaciones o tratamientos, incluyendo los tratamientos de rehabilitación, que resulten a consecuencia de la ingesta de alcohol, de drogas o farmacos, salvo que el asegurado presente una evaluación psiquiátrica emitida por un psiquiatra certificado que descarte el diagnóstico de alcoholismo, drogadicción o farmacodependencia.**

   No se cubre deshidratación ni desequilibrio hidroelectrolítico a consecuencia de alcoholismo o ingesta de alcohol.

8. **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, así como los procedimientos quirúrgicos de concordancia de sexo genérica, tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir la calvicie, tratamientos dietéticos, la reducción o aumento de peso, la obesidad, anorexia y bulimia, y acné salvo lo estipulado en el inciso 35 de gastos cubiertos.**

9. **Tratamiento médico o quirúrgico por prematurez, malformaciones y padecimientos congénitos, de los asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza o no reportados durante los 30 días naturales posteriores a su nacimiento, o cuyo titular cuente con menos de diez meses de cobertura continua en esta póliza al momento del nacimiento, excepto lo específicamente mencionado en la cobertura de Padecimientos Congénitos para nacidos fuera de la vigencia de la póliza. Ni los derivados de alcoholismo, drogadicción y tratamientos de infertilidad y/o esterilidad.**

10. **Queda excluido de la cobertura del seguro todo tipo de gasto médico a causa de infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) sea Seropositivo o Síndrome de Inmudeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) que se haya efectuado antes de los cuatro años referidos en el punto 31. del apartado F. Eventos cubiertos sujetos a condiciones específicas**

11. **Tratamientos médicos a consecuencia de la menopausia y andropausia.**

12. **Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de naturaleza experimental y/o de investigación.**

13. **Tratamientos con fines preventivos salvo lo estipulado en el inciso 35 de gastos cubiertos.**

B. Lesiones no cubiertas

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

15. **Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en que participe el Asegurado como sujeto activo del delito, ni aquellas derivadas de riñas que el Asegurado haya provocado.**

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

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

18. **Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.**

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

20. **Lesiones por accidentes que sufra el Asegurado ocasionados por culpa grave del mismo, al encontrarse bajo los influjos de drogas, narcóticos o alucinógenos o a consecuencia de la ingesta de bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización del accidente. No se considerará consecuencia del último de los supuestos mencionados salvo aquellas lesiones donde al hacer la prueba de alcohol espirado al Asegurado, éste presente una cantidad menor a 40 mg/lt y/o alcohol en sangre con una cantidad menor a 0.8 g/lt**

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

22. **Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como mecánico o miembro de una tripulación en cualquier aeronave.**

C. Honorarios médicos no cubiertos

23. **Honorarios de acupunturistas o naturistas, así como los medicamentos o tratamientos prescritos por éstos salvo lo estipulado en el inciso 35 de gastos cubiertos.**

D. Gastos hospitalarios no cubiertos

24. **Cualquier gasto no relacionado directamente con el tratamiento.**

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

26. **Gastos personales del Asegurado o los acompañantes.**

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

E. Otros servicios médicos no cubiertos

28. **Aparatos y prótesis auditivas.**

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

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

F. Otras exclusiones

31. **Curas de reposo.**

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

33. **Gastos efectuados fuera de la república mexicana, excepto que sea por emergencia y de acuerdo a lo estipulado en la sección de cláusulas adicionales de estas condiciones generales.**

34. **Gastos de donantes para el trasplante de órganos, salvo lo dispuesto en el inciso 29 del capitulo gastos cubiertos.**

35. **Las adherencias pélvicas y endometriosis, salvo lo dispuesto el inciso 30 del capítulo gastos cubiertos.**

36. **No se cubre la responsabilidad civil, penal o de cualquier otro carácter jurídico que pudiera reclamarse derivada del servicio recibido.**

37. **Cualquier padecimiento cuyos signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier periodo al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.**

38. **Complementos vitamínicos.**

39. **Zapatos ortopédicos y plantillas aunque sean médicamente necesarios.**

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

41. **Honorarios médicos cuando el médico sea el mismo Asegurado o familiar directo del Asegurado (padres, hijos, cónyuge, hermanos, suegros, cuñados, o primos hijos de los hermanos(as) de los padres del Asegurado).**

42. **Cirugías asistidas por robot, excepto en cirugías cerebrales.**

43. **Tratamientos médicos o quirúrgicos basados o relacionados con el uso de las conocidas “célula madre”**.

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

1.- Leucemias agudas mieloides y linfoides

2.- Leucemias crónicas mieloides

3.- Mielodisplasias

4.- Linfomas

5.-Tumores sólidos de riñón, mama, ovario y neuroblastoma

Gastos a cargo del Asegurado

Planes MédicaLife

Los planes MédicaLife, se encuentran definidos en función de hospitales en donde el Asegurado podrá hacer uso de su póliza de gastos médicos mayores en los términos contratados. La clasificación de planes es:

MedicaLife	**Plan Internacional**	todos los hospitales a nivel mundial
	Plan Ejecutivo	todos los hospitales a nivel nacional
	Plan Más	se aplica un coaseguro diferenciado en hospitales diferentes al contratado
	Plan Básico	se aplica un coaseguro diferenciado en hospitales diferentes al contratado
	Plan Práctico	se aplica un coaseguro diferenciado en hospitales diferentes al contratado

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

A. Deducible

El deducible aplicará en todos los casos para cada enfermedad o accidente cubierto por las condiciones vigentes en la póliza, al momento de realizarse el primer gasto y se aplicará una sola vez cuando se trate de la misma enfermedad o accidente.

En toda reclamación es necesario que el total de los gastos procedentes, sea superior al deducible contratado, exceptuando complementos de padecimientos cubiertos.

El deducible a aplicar en las pólizas pertenecientes al plan práctico podrá reducirse en un 50% si se satisfacen las siguientes condiciones:

- La atención médica se realice en los hospitales clasificados dentro del mismo plan.
- Se utilicen los servicios de pago directo o cirugía programada.

En caso contrario, aplicará el deducible contratado y establecido en la carátula de la póliza.

B. Coaseguro

Aplicará para todos los gastos cubiertos por la póliza relacionados con la atención médica recibida por el Asegurado y después de haber descontado el deducible. El coaseguro que se deberá pagar en cada reclamación será el establecido en la carátula de la póliza vigente en la fecha de ocurrencia del evento que la originó, considerando las siguientes reglas:

1. Accidente

En caso de accidente, mientras el primer tratamiento médico o quirúrgico sea recibido por el Asegurado dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de ocurrido, no se aplicará coaseguro. Si el primer tratamiento médico o quirúrgico se recibe después de dicho periodo, se aplicará el coaseguro estipulado en la carátula de la póliza correspondiente.

2. Honorarios médicos

Si el Asegurado acude con médicos del grupo médico asociado dentro del plan contratado o inferior y utiliza el servicio de pago directo, se eliminará el coaseguro sobre los honorarios médicos; en caso contrario aplicará el coaseguro contratado.

Para pólizas pertenecientes al plan práctico, se eliminará el coaseguro sobre los honorarios médicos si la atención médica se realiza con un médico perteneciente al grupo médico asociado y se utilizan los servicios de pago directo o cirugía programada. En caso contrario, el porcentaje de coaseguro a aplicar sobre los honorarios médicos será el contratado y establecido en la carátula de la póliza.

3. Hospital

Si el Asegurado decide acudir a un hospital clasificado en un plan inferior al contratado, se reducirán cinco puntos porcentuales del coaseguro contratado sobre los gastos de hospitalización. Si el coaseguro contratado es menor a 5%, se elimina el coaseguro sobre los gastos de hospitalización.

Si el Asegurado decide acudir a un hospital en territorio nacional clasificado en un plan superior al contratado, participará invariablemente con veinte puntos porcentuales adicionales al coaseguro contratado sobre los gastos de hospitalización.

Para pólizas pertenecientes al plan práctico, se eliminará el coaseguro sobre la factura hospitalaria si la atención médica se realiza en los hospitales clasificados en ese plan y se utilizan los servicios de pago directo o cirugía programada. En caso contrario, se considerará como plan básico aplicando las reglas correspondientes al mismo.

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

		Plan al que pertenece el hospital donde se realizó la atención médica				
	Coaseguro por gastos de hospitalización	**Práctico**	**Básico**	**Más**	**Ejecutivo**	**Internacional**
Plan Contratado	**Práctico**	**coaseguro 0***	coaseguro contratado	+20 puntos porcentuales	+20 puntos porcentuales	sin cobertura internacional
	Básico	-5 puntos porcentuales	**coaseguro contratado**	+20 puntos porcentuales	+20 puntos porcentuales	sin cobertura internacional
	Más	-5 puntos porcentuales	-5 puntos porcentuales	**coaseguro contratado**	+20 puntos porcentuales	sin cobertura internacional
	Ejecutivo	-5 puntos porcentuales	-5 puntos porcentuales	-5 puntos porcentuales	**coaseguro contratado**	sin cobertura internacional
	Internacional	-5 puntos porcentuales	-5 puntos porcentuales	-5 puntos porcentuales	**coaseguro contratado**	**coaseguro contratado**

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

4. Otros gastos

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

5. Tope de coaseguro

En todos los casos hay un monto máximo que el Asegurado pagará por concepto de coaseguro y variará dependiendo del plan contratado y del nivel de hospital utilizado, como se muestra en el siguiente cuadro:

Tope de Coaseguro

Coaseguro contratado	Hospital del plan contratado o inferior	Hospital superior al plan contratado y cobertura en el extranjero
5%	$12,650	No aplica
10%	$25,300	$100,000
15%	$37,950	$125,000
20%	$50,600	$150,000
25%	$63,250	$175,000

Para cualquier porcentaje de coaseguro contratado entre 5% y 20% y distinto a los indicados en la tabla, aplicará $2,530 y $5,060, por cada uno por ciento de coaseguro, respectivamente.

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

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

6. Medicamentos fuera del hospital por pago directo

Los medicamentos fuera del hospital que sean factibles de tramitar vía programación pago directo no aplicarán coaseguro.

7. Centros de infusión sin Hospitalización

Si el Asegurado decide acudir a un Centro de Infusión en convenio con MetLife para la aplicación de radioterapia o quimioterapia sin hospitalizarse, se eliminará la aplicación de coaseguro en los gastos procedentes relacionados con esa aplicación; esta regla aplicará para cirugía programada.

Los centros de infusión que son parte de los proveedores en convenio con MetLife y para los cuales aplica la regla de coaseguro descrita en el presente apartado, pueden presentar cambios durante la vigencia por lo que podrá consultar su vigor en la página de internet http:\\www.metlife.com.mx

Cláusulas generales

1. Contrato

Las declaraciones del Contratante proporcionadas por escrito a MetLife en la solicitud del seguro, esta póliza, los consentimientos, los certificados, el registro de asegurados, las cláusulas adicionales y sus endosos, constituyen testimonio del presente contrato de seguro.

Mediante esta póliza, MetLife se obliga en términos y condiciones del mismo, a pagar al Asegurado los gastos en que incurra con motivo de la atención médica requerida como consecuencia de un padecimiento cubierto.

2. Vigencia de la póliza

Esta póliza estará vigente durante el periodo de seguro pactado que aparece en la carátula de la póliza.

3. Periodo máximo de beneficio

El periodo de beneficio es el tiempo durante el cual quedarán amparados los gastos erogados por cada padecimiento cubierto por la póliza, MetLife pagará los gastos complementarios por cada enfermedad y/o accidente cubierto, incurridos durante la vigencia de la póliza, de conformidad con las condiciones del plan vigente al momento en que se haya generado el gasto para el restablecimiento de la salud biológica del Asegurado, teniendo como límite lo que ocurra primero entre:

a) El agotamiento de la Suma Asegurada. el monto de los gastos incurridos durante la vigencia de la póliza y hasta por 5 días naturales posteriores al término de la misma. Si el Asegurado renueva su póliza de seguro de gastos médicos colectiva para el periodo inmediato siguiente al del vencimiento de esta póliza, el periodo de beneficio se entenderá prorrogado por otros 365 días.

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

c) En caso de cancelación del contrato, los gastos incurridos hasta 5 días naturales posteriores a la fecha de cancelación del contrato. En el caso de rehabilitación de la póliza, MetLife no cubrirá los gastos médicos erogados por padecimientos iniciados dentro del periodo al descubierto en que haya quedado esta póliza.

En el supuesto de que por cualquier causa se suspenda la operación del plan de seguro contratado o bien sea suspendida la operación del ramo de gastos médicos mayores y, derivado de cualquiera de éstas circunstancias no se renueve la póliza, los gastos erogados de siniestros procedentes que ocurran durante la vigencia de la póliza, serán cubiertos.

4. Renovación

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

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

5. Modificaciones y notificaciones

Sólo tendrán validez las modificaciones pactadas expresamente entre las partes y que consten por escrito en la póliza, o mediante endosos a la misma, registrados 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.

Toda notificación a MetLife deberá hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio social, que aparece en la carátula de la póliza.

Artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro

“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”. Este mismo derecho se hace extensivo al Contratante.

6. Omisiones o inexactas declaraciones

El Contratante y los asegurados están obligados a declarar por escrito a MetLife, de acuerdo con los cuestionarios relativos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato (artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro descritos en el glosario).

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos mencionados, facultará a MetLife para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro descrito en el glosario).

La cláusula que nos ocupa solo aplicará para aquellos supuestos en que los asegurados se den de alta después de los 30 días de haber adquirido el derecho de formar parte de la colectividad.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de MetLife a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia en el aviso por parte del Asegurado, deberá ser reintegrado a MetLife por el mismo

7. Obligación de asegurar

El Contratante se obliga a solicitar la cobertura de este seguro para todas aquellas personas que en el momento de expedición de la póliza reúnan las características necesarias para formar parte de la colectividad asegurada.

Así mismo, se obliga a solicitar la cobertura del seguro en los términos de esta póliza para todas las personas que con posterioridad llegaren a cumplir dichas características, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que sean elegibles.

8. 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

9. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o por MetLife, se efectuarán en moneda nacional, ajustándose a las disposiciones de la Ley Monetaria vigentes a la fecha de pago (en su caso se ajustará el tipo de cambio vigente al día de erogación de los mismos), y únicamente en cuentas de una institución bancaria situada en territorio nacional mexicano.

10. Prescripción

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

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que MetLife haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del 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-bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro producirá la interrupción de la prescripción, mientras que la suspensión de la prescripción solo procede por la interposición de la reclamación ante la Unidad Especializada de atención de consultas y reclamaciones de esta institución, conforme lo dispuesto por el artículo 50-bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

11. Prima

La prima de esta póliza será la suma de las correspondientes al Asegurado titular y a cada uno de los dependientes económicos, de acuerdo con la tarifa aplicable a la colectividad en cuestión en la fecha de iniciación de la póliza y en su caso al inicio de cada periodo en el supuesto de renovación. La prima se calcula para un periodo de 12 meses.

12. Forma de pago

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

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

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

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

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

13. Cancelación

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

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el presente contrato en forma anticipada, MetLife devolverá a quién haya cubierto la prima neta y en su caso a la proporción correspondiente, la prima neta no devengada calculada en días exactos sin incluir derechos de póliza.

Dicha devolución se realizará mediante cheque o transferencia electrónica dentro de los 30 días hábiles siguientes a la solicitud de cancelación.

En caso de que el Contratante decida dar por terminado el presente contrato dentro de los primeros treinta días de la vigencia de la póliza, MetLife retendrá los derechos de póliza.

14. Rehabilitación

No obstante lo dispuesto por la cláusula 12 arriba mencionada, el Contratante podrá, dentro de los treinta días naturales siguientes al último día de plazo de gracia señalado en dicha cláusula, pagar la prima del seguro o la parte correspondiente de ella si se ha pactado su pago fraccionado; en este caso, por el solo hecho del pago mencionado, los efectos de este seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago.

En este caso, MetLife ajustará a prorrata y devolverá de inmediato la prima correspondiente al periodo durante el cual cesaron los efectos del mismo, conforme al artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro (descrito en el glosario).

En ningún caso MetLife responderá de padecimientos ocurridos durante el periodo comprendido entre el vencimiento del aludido plazo de gracia y la hora y día de pago a que se refiere ésta cláusula.

15. Edad

No podrán ser asegurados bajo esta póliza, salvo pacto en contrario, las siguientes personas:

a. Aquellas cuya edad sea mayor o igual a 64 años al formular su propuesta de seguro.

b. Aquellas cuya edad sea mayor a 79 años en cualquier fecha de renovación.

c. Los hijos del Asegurado titular que de acuerdo a las condiciones de esta póliza, no sean dependientes económicos.

MetLife se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de edad de cada Asegurado y una vez comprobada, MetLife deberá anotarlo en la propia póliza o extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre su edad.

Si se comprueba que la edad declarada fue incorrecta se procederá de la siguiente forma:

a. Si la edad real se encuentra fuera de los límites establecidos, el seguro será rescindido y se reintegrará al Contratante el 70% de la prima que hubiere pagado con el periodo del seguro en curso.

b. Si la edad real es menor que la declarada estando dentro de los límites de admisión, MetLife reembolsará el 70% de la prima que en exceso hubiere pagado el Contratante dentro del periodo de seguro en curso, las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real.

c. Si la edad real es mayor a la declarada y se encuentra dentro de los límites de admisión, en caso de alguna reclamación la obligación de MetLife para con el Asegurado será igual a la que con la prima pagada hubiere podido comprar de acuerdo a la edad real.

16. Movimientos de asegurados

Altas

Mientras esté en vigor la presente póliza, MetLife incluirá bajo la protección de la misma a nuevos miembros de la colectividad asegurada, para lo cual el Contratante deberá solicitarlo por escrito a MetLife, indicándole la protección que le corresponda de acuerdo con las reglas establecidas en la póliza.

Cuando la regla incluya al cónyuge del Asegurado y éste contraiga matrimonio durante la vigencia de esta póliza, el cónyuge quedará cubierto a partir de la fecha de matrimonio civil, siempre y cuando MetLife reciba aviso por escrito del Contratante dentro de los primeros 30 días naturales siguientes a la fecha de dicho matrimonio; si se trata del concubinario o concubina, éstos podrán darse de alta desde la fecha en que se adquiera tal carácter conforme a las disposiciones relativas del código civil federal, lo que deberá acreditar a MetLife presentando copia certificada de la sentencia judicial correspondiente. De no haberse hecho así su inclusión quedará condicionada a la aceptación previa de MetLife.

En caso de alta de un Asegurado durante la vigencia de la presente póliza, MetLife cobrará una prima de acuerdo con la edad y sexo de dicho Asegurado, calculada en proporción desde la fecha de ingreso hasta el próximo vencimiento del pago de la prima.

Los hijos del Asegurado titular nacidos durante la vigencia de la póliza, quedarán cubiertos a partir de su nacimiento, sin más requisito que el aviso por escrito a MetLife dentro de los 30 días siguientes a la fecha de nacimiento debiendo adjuntar copia certificada del acta de nacimiento correspondiente. De no hacerse así, la inclusión de los hijos estará condicionada a la aceptación de MetLife.

Bajas

Causarán baja de esta póliza aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, para lo cual el Contratante se obliga a participarlo a mas tardar el día hábil siguiente y por escrito a MetLife, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación quedando sin validez alguna el certificado individual expedido, excepto para los gastos generados antes de dicha separación.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de MetLife a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a MetLife. En caso de baja de un Asegurado durante la vigencia de la presente póliza, MetLife devolverá a quien haya cubierto la prima neta y en su caso a la proporción correspondiente la prima neta no devengada de dichos integrantes, calculada en días exactos.

17. Comunicaciones

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

Las comunicaciones que MetLife haga al Contratante se dirigirán al último domicilio que este último haya proporcionado para los efectos de la presente póliza.

18. Siniestros o pago de reclamaciones

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

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

Los comprobantes de los gastos efectuados antes mencionados deberán estar a nombre del asegurado titular o asegurado afectado. En caso de fallecimiento o estado de inconciencia del Asegurado titular, la facturación podrá realizarse al cónyuge o concubina(rio), a los hijos mayores de edad o en su defecto, a quién acredite haber hecho el gasto o ser responsable del mismo. Las radiografías así como todos los resultados de los estudios de laboratorio o gabinete realizados deberán tener datos de identificación del Asegurado.

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

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

MetLife sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión , así como profesionales de la salud que cuenten con especialidad para realizar el procedimiento, siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado y se pueda corroborar en el expediente clínico con la nota y firma respectiva, y que no sean parientes directos del Asegurado de acuerdo a lo establecido en el numeral 41 del capítulo de exclusiones, y cuando los gastos de internación sean efectuados en hospitales, clínicas o sanatorios legalmente autorizados. No se hará por parte de MetLife ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencias, asistencia social o cualquier otro semejante en donde no se exija remuneración, ni a establecimientos que no expidan recibos con todos los requisitos fiscales.

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

Cuando en una misma sesión quirúrgica:

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

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

- Si se requiere de un cirujano de diferente especialidad en la misma región anatómica, se sumará un 25% adicional a lo tabulado para la cirugía principal. El monto resultante se repartirá equitativamente entre ambos equipos quirúrgicos, independientemente de la complejidad de los procedimientos quirúrgicos.

- Un cirujano diferente realiza otra intervención quirúrgica diferente a la principal en una región anatómica distinta, los honorarios del segundo cirujano se cubrirán al 100% de lo estipulado en el tabulador de honorarios médicos. El pago de cualquier otra intervención quirúrgica quedará sujeta a la valoración por parte de MetLife.

- Cuando sea necesaria la reconstrucción quirúrgica de varios elementos en la misma sesión y en la misma región anatómica, se pagará el 50% del importe tabulado para la más elevada y el 25% del monto tabulado para las restantes.

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

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

  a. Honorarios médicos: de acuerdo con lo estipulado en el tabulador de honorarios médicos para el padecimiento cubierto.

     Anestesiólogo y ayudante: de acuerdo con las políticas y porcentajes establecidos en el tabulador de honorarios médicos para el padecimiento cubierto.

  b. Hospital: se pagará el 50% de la factura total.

19. Pago de reclamaciones y/o indemnizaciones

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

Todas las reclamaciones y/o indemnizaciones cubiertas por MetLife serán liquidadas al Asegurado titular, en caso de que éste fallezca o pierda el estado de conciencia para ejercer su derecho de cobro, el pago se realizará al cónyuge o concubina(rio), a los hijos mayores de edad o en su defecto, a quién acredite haber hecho el gasto o ser responsable del mismo presentando la factura y/o recibo correspondiente.

20. Otros seguros

Si los gastos cubiertos por esta póliza estuvieran amparados en todo o en parte por otros seguros, en ésta o en otras compañías, en caso de reclamación el reembolso pagadero en total por todas las pólizas no excederá a los gastos reales incurridos. Es obligación del Asegurado presentar a MetLife fotocopia de pagos, comprobantes y finiquito que le haya(n) expedido otra(s) aseguradora(s) con relación al evento del cual solicite la indemnización.

21. Cobertura del contrato

Los asegurados inscritos en la póliza, quedarán cubiertos en el caso de accidente y enfermedad amparada, a partir de la fecha inicial de vigencia estipulada en la carátula de la póliza.

22. Ajustes

En caso de alta de dependientes económicos o de aumento de beneficios, MetLife cobrará al Contratante una prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento hasta el vencimiento del periodo del seguro. En el caso de bajas de dependientes económicos o disminución de beneficios, se procederá en forma similar, devolviéndose al Contratante la prima no devengada.

23. Residencia

Para efecto de esta póliza podrán quedar protegidas por este seguro, las personas que radiquen permanentemente en la república mexicana y aquellas que vivan fuera de ésta siempre y cuando sea dentro de la zona comprendida entre la línea fronteriza y 20 millas en territorio extranjero.

En caso de que el Asegurado permanezca en el extranjero por más de tres meses fuera del límite establecido en el párrafo anterior y por un máximo de doce meses, deberá avisar anticipadamente a MetLife y pagar un cargo adicional por concepto de prima. De no dar aviso de este hecho, cualquier siniestro que ocurra durante dicho periodo, no quedará cubierto y cesarán automáticamente los efectos de esta póliza.

Se deberá notificar el lugar de residencia de los dependientes económicos incluidos en la póliza, cuando estos no vivan con el Asegurado titular.

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

24. Indemnización por mora

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

25. Eliminación o reducción de periodos de espera

Para este beneficio, MetLife reconocerá el tiempo que el Asegurado haya estado cubierto en ésta u otra(s) compañía(s) de seguros en pólizas del mismo Contratante y/o colectividad y/o grupo de negocio en forma continua e ininterrumpida, únicamente para efectos de la reducción de los periodos de espera de padecimientos congénitos y genéticos, recién nacidos prematuros y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Así mismo se reconocerá la antigüedad para efectos de dictaminación sobre la procedencia de un siniestro que hubiera tenido origen en la compañía de seguros inmediata anterior del Contratante, y/o grupo de negocio y/o colectividad de esta póliza, el cual no fue presentado, reclamado ni pagado por dicha compañía y por tanto, su reclamación inicial se presenta dentro de la vigencia de la presente póliza, es decir, se evaluará el siniestro como si el Asegurado hubiera estado cubierto en forma continua e ininterrumpida en MetLife, desde su fecha de reconocimiento de antigüedad evaluando la procedencia de los gastos a partir del inicio de vigencia de la presente póliza.

26. Suma Asegurada

La Suma Asegurada aplicará en forma independiente para cada cobertura contratada, así como padecimiento y/o accidente con sus secuelas y complicaciones.

27. Tipo de cambio

El tipo de cambio que se aplicará en el caso de que la póliza haya sido contratada en dólares, será de acuerdo al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera, pagaderas en la República Mexicana de acuerdo al diario oficial de la federación publicado por el Banco de México vigente al día de erogación de las mismas.

28. Derecho del Contratante para conocimiento del porcentaje de intermediación

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

29. Certificados

Los certificados de cada uno de los asegurados titulares integrantes de esta póliza serán parte de la documentación contractual de la misma. El Contratante será la persona que entregue en forma física dicho documento al Asegurado titular correspondiente.

30. Prevención de actividades ilícitas

En relación a las disposiciones a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el Contratante reconoce que tiene y mantendrá vigentes y disponibles expedientes que contengan los siguientes datos de identificación de sus empleados asegurados en esta póliza:

Datos de identificación necesarios:

a. Identificación personal que deberá ser en todo caso un documento original oficial emitido por autoridad competente, vigente a la fecha de su presentación, en donde aparezca fotografía, domicilio y firma del portador;

b. Comprobante de domicilio;

c. De contarse con ella, constancia de la clave única de registro de población, expedida por la Secretaria de Gobernación;

d. De contar con ella, cédula de identificación fiscal;

e. Empleados de nacionalidad diversa a la mexicana, el documento mediante el cual se acredite su legal estancia en el país.

31. Revelación de comisiones

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

Beneficios adicionales opcionales

1. Cobertura de emergencia en el extranjero

En caso de contratación de esta cobertura adicional, el Asegurado que encontrándose fuera de la República Mexicana tenga una emergencia médica y a consecuencia de ello se vea obligado a someterse a un tratamiento médico y/o quirúrgico, quedará cubierto por los gastos realizados mientras dure el estado de emergencia.

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

a. Suma Asegurada: El equivalente en moneda nacional a $100,000 dólares.

b. Deducible: El equivalente en moneda nacional a $100 dólares.

c. Coaseguro: No aplica.

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

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

Los gastos de habitación que quedan cubiertos son los correspondientes a la tarifa de cuarto semi-privado.

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de esta póliza, serán reembolsados con base a lo estipulado en la cláusula 9. moneda, del capítulo cláusulas generales.

Exclusiones adicionales a la cobertura básica:

Esta cobertura no aplicará en caso de:

a. Parto o cesárea, cualquiera que sea su causa.

b. Cualquier atención al recién nacido prematuro y/o padecimientos congénitos.

c. Servicios de enfermería fuera del hospital.

d. Tratamientos de rehabilitación.

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

Los números telefónicos para hacer uso de esta cobertura desde EE.UU., Canadá o desde cualquier parte del mundo, se encuentran en la credencial de Asegurado.

2. Cobertura de enfermedades catastróficas en el extranjero

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

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

a. Cáncer (excluido el de piel).

b. Enfermedades neurológicas y cerebro vasculares.

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

Quedan excluidos los procedimientos quirúrgicos como angioplastía con colocación de stent y sus complicaciones como la trombosis u otras enfermedades con tratamientos similares.

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

Sólo quedarán cubiertos por esta cláusula los padecimientos que inicien a partir de la contratación de la misma; por lo tanto no cubre padecimientos preexistentes aún cuando la cobertura básica de acuerdo a sus condiciones si los cubra.

El beneficio de esta cláusula está sujeto a la valoración y autorización previa de MetLife, debiendo el Asegurado solicitarla por lo menos diez días hábiles antes de la atención médica, para realizar el pago directo e indicarle al Asegurado el procedimiento a seguir.

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

La Suma Asegurada y el deducible para esta cobertura, serán los mismos que se contraten para la cobertura básica de la póliza. El monto máximo por concepto de coaseguro será de $60,000.00 (sesenta mil pesos 00/100 M.N.) y se aplicará de la siguiente forma:

a) Si el coaseguro contratado es menor o igual al 10% se aplicará el 10%.

b) Si el coaseguro es mayor al 10% se aplicará el contratado para la cobertura básica.

Es requisito indispensable la inclusión de todos los integrantes (titulares y beneficiarios) dentro de la póliza. Las edades de aceptación son las mismas que aplican para la cobertura básica.

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de esta póliza, serán reembolsados con base a lo estipulado en la cláusulas 9. moneda y 27. tipo de cambio, del capítulo cláusulas generales.

Los números telefónicos para hacer uso de esta cobertura desde EE.UU., Canadá o desde cualquier parte del mundo, se encuentran en la credencial de Asegurado.

3. Cláusula de cobertura en el extranjero

Con la contratación de esta cobertura quedarán cubiertos los gastos erogados fuera de la república mexicana por accidentes o enfermedades cubiertos por la póliza.

Para tratamientos recibidos fuera de la república mexicana derivados de esta cobertura aplicaran los siguientes:

Suma Asegurada:	La contratada en la cobertura básica y establecida en la carátula de la póliza.
Deducible:	Contratado para territorio internacional estipulado en la carátula de la póliza.
Coaseguro:	10%, si el coaseguro contratado es menor que 10% coaseguro contratado, si es mayor al 10%.

Para esta cláusula el monto máximo por concepto de coaseguro será el indicado a continuación.

Tope de coaseguro

Coaseguro Contratado	Cobertura en el extranjero
10%	$50,600
15%	$75,900
20%	$101,200
25%	$126,500

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

El deducible y coaseguro son aplicables al 100% tanto por reembolso como pago directo. La tabla de honorarios médicos y quirúrgicos en el extranjero, será el UCR (Usual, Customary & Reasonable) de uso común, acostumbrado y razonable del lugar en donde se realice el tratamiento.

La Suma Asegurada para la cobertura de maternidad es de $40,000.00 (cuarenta mil pesos 00/100 M.N.).

La Suma Asegurada para padecimientos congénitos y/o prematuros es de 300,000 dólares o tope de Suma Asegurada, lo que resulte menor.

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

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de esta póliza, serán reembolsados con base a lo estipulado en las cláusulas 9. moneda y 27 tipo de cambio, del capítulo cláusulas generales.

Los números telefónicos para hacer uso de esta cobertura desde EE.UU., Canadá o desde cualquier parte del mundo, se encuentran en la credencial de Asegurado.

4. Cobertura de renta diaria por hospitalización

En caso de contratación de esta cobertura adicional, si a consecuencia directa de un padecimiento cubierto, el Asegurado requiere de hospitalización, MetLife le pagará la indemnización diaria contratada, siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo, la estancia en el hospital sea como paciente interno y se encuentre bajo el cuidado y atención regular de un médico.

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

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

En caso de hospitalización por enfermedad operará un periodo de espera para esta cobertura de 2 días. Este periodo de espera se establece por hospitalización y no se aplicará retroactivamente.

En caso de hospitalización a causa de accidente no se aplicará periodo de espera.

Las enfermedades y secuelas de accidentes que correspondan a eventos originados antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza con respecto a cada Asegurado, podrán ser cubiertas si el tiempo transcurrido entre la fecha de primer gasto y la fecha de inicio de vigencia de la póliza es mayor o igual a un año.

En caso de renovación no aplica este periodo de espera.

Exclusiones: además de las señaladas en la cobertura básica, se excluye la renta diaria por hospitalización, en los siguientes casos:

a. Lesiones por accidentes que sufra el Asegurado ocasionados por culpa grave del mismo, a consecuencia de la ingesta de bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización del accidente.

b. Lesiones que el Asegurado sufra cuando se encuentre bajo los efectos de drogas o estimulantes no prescritos médicamente.

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

d. Hospitalizaciones por infecciones a causa del Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) o enfermedades relacionadas.

e. Hospitalizaciones en establecimientos no reconocidos como hospitales.

f. Hospitalizaciones por causa de cesárea, parto o complicaciones del embarazo.

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

5. Cobertura de corrección de la vista

En caso de contratación de esta cobertura adicional el Asegurado quedará cubierto por intervenciones quirúrgicas para corregir problemas de miopía, hipermetropía y astigmatismo, siempre que el Asegurado tenga más de cinco dioptrías en al menos un ojo y se cuente con una segunda valoración médica, apoyada en un estudio de paquimetría, topometría y autorefractometro.

- La Suma Asegurada será la que aparezca en la póliza y aplicará como límite de responsabilidad máximo por el evento, es decir ya sea para uno o ambos ojos. En esta cobertura no aplicará deducible ni coaseguro.

6. Cobertura de visión

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

Este beneficio adicional y los servicios derivados de éste, serán otorgados por MetLife a través de la compañía articuladora de servicios de visión con la cual MetLife ha celebrado un contrato.

MetLife entregará al Asegurado un folleto de la compañía articuladora de servicios de visión, que le servirá de guía para hacer uso de este beneficio adicional el cuál se anexa a esta póliza y a través de MetLife el Asegurado podrá tramitar los servicios derivados de esta cobertura.

Cláusulas

A. Los gastos cubiertos serán:

a. Modelo de armazón (oftálmico); no incluye armazón de tres piezas.

b. Micas blancas cr 39 (sin tratamientos, sencilla o bifocal flat top).

c. Lentes de contacto suaves.

d. Se tiene derecho a un par de anteojos o lentes de contacto una vez al año.

B. Exclusiones

a. Quedan excluidos los gastos erogados a consecuencia de tratamientos que no se encuentren señalados en el primer párrafo de esta cobertura, así como cualquier servicio que se hayan practicado por proveedores diferentes a los establecidos por MetLife.

b. Todo tipo de gastos de naturaleza exclusivamente preventiva.

7. Cobertura dental

En caso de contratación de ésta cobertura adicional, los gastos médicos amparados por esta cobertura serán exclusivamente los correspondientes a tratamientos odontológicos derivados de una patología dental por enfermedad o accidente y que en forma enunciativa y no limitativa puede referirse a caries dental, odontalgias, gingivitis, operatoria dental, anestesia, radiología, cirugía dental y endodoncia.

Este beneficio adicional y los servicios derivados de éste, serán otorgados por MetLife a través de la compañía articuladora de servicios con la cual MetLife ha celebrado un contrato.

MetLife entregará al Asegurado un folleto de la compañía articuladora de servicios dentales, que le servirá de guía para hacer uso de este beneficio adicional el cuál se anexa a esta póliza y a través de MetLife el Asegurado podrá tramitar los servicios derivados de esta cobertura.

En la presente cobertura aplicará el deducible y coaseguro específicos que se indican en la póliza y/o certificado correspondiente. Los tratamientos dentales cubiertos serán pagados directamente por la compañía articuladora de servicios dentales al odontólogo tratante.

Por ningún motivo aplicarán reembolsos al Asegurado.

Exclusiones

a. Los gastos erogados fuera de la vigencia de esta cobertura por cualquier causa, salvo que hayan sido programados en el esquema de trabajo del odontólogo tratante en el primer diagnóstico.

b. Todos los gastos dentales erogados a consecuencia de tratamientos dentales no especificados dentro de esta cobertura, así como los medicamentos prescritos por el médico tratante.

c. Gastos dentales erogados con odontólogos que no se encuentren en el "listado de odontólogos" que se anexa a esta póliza.

d. Todo tipo de conceptos de naturaleza exclusivamente preventiva.

Beneficios adicionales incluidos

Los beneficios adicionales incluidos serán otorgados por MetLife a través de "el proveedor" con el cual MetLife ha celebrado un contrato.

8. Cobertura de asistencia integral

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

Ciudad de México y Área metropolitana:	55 5328 7000
Interior de la República:	800 00 METLIFE (638 5433)

1) Asistencia médica

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

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

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

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

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

2) Asistencia en viajes

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

Para efectos de los servicios de asistencia en viajes se definen a continuación los siguientes conceptos:

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

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

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

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

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

Los servicios consisten en:

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

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

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

2. Repatriación (traslado) del cadáver hasta el lugar de inhumación en el país de residencia permanente del Asegurado.

3. El prestador, ayudará en la coordinación en conjunto con los familiares para la preparación del cuerpo, ataúd o cremación del cuerpo para su traslado. Lo anterior es con costo preferencial.

III. Transportación o repatriación en caso de lesiones o enfermedad: “el proveedor” cubrirá los gastos de traslado en ambulancia terrestre o avión de línea comercial o en el medio que considere el médico tratante, hasta el centro hospitalario adecuado, o bien, según las circunstancias, al domicilio habitual del Asegurado con supervisión médica. 2 eventos al año.

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

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

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

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

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

VIII. Localización y reenvío de equipaje, asistencia por documentos extraviados: en el caso de robo o extravío de equipaje y efectos personales del Asegurado, “el proveedor” le asesorará para la denuncia de los hechos y le ayudará en su localización. Si los objetos fueren recuperados, “el proveedor” se hará cargo de su reenvío hasta el lugar donde se encuentre el Asegurado o hasta su residencia permanente.

Adicionalmente “el proveedor” se hará cargo de la coordinación de reemplazo de boletos de viaje perdidos. Sin límite de eventos.

IX. Información previa a un viaje: a solicitud del Asegurado “el proveedor” ofrecerá información sobre los distintos lugares turísticos, eventos y actividades que se podrán llevar a cabo en los lugares en los que el Asegurado se encuentre como destino de su viaje. Sin límite de eventos. Se brindará información de embajadas, consulados, tipo de cambio, inoculaciones, registros de visas, detalles del país, etc.

3) Asistencia legal

Los servicios consisten en:

a) Referencia de abogados e intérpretes: a solicitud del Asegurado “el proveedor” proporcionará información telefónica acerca de la ubicación y teléfonos de abogados e intérpretes que se encuentren disponibles y que estén cercanos a su ubicación en principales ciudades de la República Mexicana. Este servicio es sin límite de eventos.

b) Orientación legal telefónica: “el proveedor” pondrá a disposición del Asegurado los servicios de asesoría legal telefónica las 24 horas del día para atender a través de sus abogados especialistas, cualquier consulta telefónica relacionada con asuntos penales, civiles, familiares, etc.

4) Orientación odontológica

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

5) Orientación psicológica telefónica

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

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

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

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

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

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

6) Asistencia nutricional

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

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

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

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

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

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

4) Información sobre eventos deportivos: “el proveedor” proporcionara toda la información que el Asegurado requiera sobre eventos deportivos a realizarse, ya sea como espectador o participante en: maratones, triatlones, vueltas ciclísticas etc.

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

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

Glosario

Anexo 1.1. Ley Sobre el Contrato de Seguro

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

Artículo 8.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Artículo 9.- Si el contrato se celebra por un representante del Asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Artículo 10.- Cuando se proponga un seguro por cuenta de otro, el proponente deberá declarar todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del tercero Asegurado o de su intermediario.

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

Artículo 21.- El contrato de seguro:

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

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

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

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

Artículo 40.- 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.

Artículo 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y l0 de la presente ley, facultará a la empresa Aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En todo caso, la aseguradora quedará liberada de sus obligaciones si paga con base en la designación de beneficiarios más reciente, realizada conforme a lo previsto en el contrato de seguro respectivo.

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

Artículo 50 bis. Cada institución financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los usuarios. Dicha unidad se sujetará a lo siguiente:

I. El titular de la unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la institución financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;

II. Contará con encargados regionales en cada entidad federativa en que la institución financiera tenga sucursales u oficinas de atención al público;

III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las instituciones financieras;

IV. Deberá recibir la consulta, reclamación o aclaración del usuario por cualquier medio que facilite su recepción, incluida la recepción en las sucursales u oficinas de atención al público y responder por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de su recepción, y

V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar dentro de los diez días hábiles siguientes al cierre de cada trimestre, un informe a la comisión nacional de todas las consultas, reclamaciones y aclaraciones recibidas y atendidas por la institución financiera en los términos que la comisión nacional establezca a través de disposiciones de carácter general que para tal efecto emita.

La presentación de reclamaciones ante la Unidad Especializada suspenderá la prescripción de las acciones a que pudieren dar lugar.

Las instituciones financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada.

Los usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la institución financiera de que se trate o ante la comisión nacional.

Las unidades especializadas serán supervisadas por la comisión nacional.

Artículo 66. La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento

Anexo 1.3. Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas

Artículo 276: Si una institución de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en unidades de inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las unidades de inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la institución de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en unidades de inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en unidades de inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el diario oficial de la federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

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

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

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

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

Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la institución de seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

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

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

El pago que realice la institución de seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

a) Los intereses moratorios;

b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y

c) La obligación principal.

En caso de que la institución de seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por mora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la institución de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la comisión nacional para la protección y defensa de los usuarios de servicios financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 días de salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

Anexo 1.4 Ley del Impuesto Sobre la Renta

Artículo 93.-: No se pagará el Impuesto Sobre la Renta por la obtención de los siguientes ingresos:

XXI. Las cantidades que paguen las instituciones de seguros a los asegurados o a sus beneficiarios cuando ocurra el riesgo amparado por las pólizas contratadas y siempre que no se trate de seguros relacionados con bienes de activo fijo.

Tratándose de seguros en los que el riesgo amparado sea la supervivencia del Asegurado, no se pagará el Impuesto Sobre la Renta por las cantidades que paguen las instituciones de seguros a sus asegurados o beneficiarios, siempre que la indemnización se pague cuando el Asegurado llegue a la edad de sesenta años y además hubieran transcurrido al menos cinco años desde la fecha de contratación del seguro y el momento en el que se pague la indemnización. Lo dispuesto en este párrafo sólo será aplicable cuando la prima sea pagada por el Asegurado.

Tampoco se pagará el Impuesto Sobre la Renta por las cantidades que paguen las instituciones de seguros a sus asegurados o a sus beneficiarios, que provengan de contratos de seguros de vida cuando la prima haya sido pagada directamente por el empleador en favor de sus trabajadores, siempre que los beneficios de dichos seguros se entreguen únicamente por muerte, invalidez, pérdidas orgánicas o incapacidad del Asegurado para realizar un trabajo personal remunerado de conformidad con las leyes de seguridad social y siempre que en el caso del seguro que cubre la muerte del titular los beneficiarios de dicha póliza sean las personas relacionadas con el titular a que se refiere la fracción I del artículo 176 de esta Ley y se cumplan los demás requisitos establecidos en la fracción XII del artículo 31 de la misma Ley. La exención prevista en este párrafo no será aplicable tratándose de las cantidades que paguen las instituciones de seguros por concepto de dividendos derivados de la póliza de seguros o su colectividad.

No se pagará el Impuesto Sobre la Renta por las cantidades que paguen las instituciones de seguros a sus asegurados o a sus beneficiarios que provengan de contratos de seguros de vida, cuando la persona que pague la prima sea distinta a la mencionada en el párrafo anterior y que los beneficiarios de dichos seguros se entreguen por muerte, invalidez, pérdidas orgánicas o incapacidad del Asegurado para realizar un trabajo personal.

El riesgo amparado a que se refiere el párrafo anterior se calculará tomando en cuenta todas las pólizas de seguros que cubran el riesgo de muerte, invalidez, pérdidas orgánicas o incapacidad del Asegurado para realizar un trabajo personal remunerado de conformidad con las leyes de seguridad social, contratadas en beneficio del mismo Asegurado por el mismo empleador.

Tratándose de las cantidades que paguen las instituciones de seguros por concepto de jubilaciones, pensiones o retiro, así como de seguros de gastos médicos, se estará a lo dispuesto en las fracciones III y IV de este artículo, según corresponda.

Lo dispuesto en esta fracción sólo será aplicable a los ingresos percibidos de instituciones de seguros constituidas conforme a las leyes mexicanas, que sean autorizadas para organizarse y funcionar como tales por las autoridades competentes.

En cumplimiento a lo dispuesto 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 18 de abril de 2024, con número CNSF-S0034-0151-2024 / CONDUSEF-006391-01.

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

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

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

Centros de servicio

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)

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

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.
Colonia Cuahutémoc
Código postal 6400
MOnterrey, NUevo León

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

Puebla
Circuito Juan Pablo II número 3515, local L1-A
Centro Comercial El Triángulo
Colonia Las Ánimas
Código postal 72400
Puebla, Puebla

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

metlife.com.mx
800 00 METLIFE