MédicaLife Familiar

Condiciones generales

RECAS: CONDUSEF-000311-03

Contenido

1. Apartado uno – Definiciones 1

2. Apartado dos – Objeto del seguro 9

3. Apartado tres – Contrato 9

4. Apartado cuatro – Gastos médicos cubiertos 9

5. Apartado cinco – Gastos médicos cubiertos con periodos de espera 24

6. Apartado seis – Límites de la cobertura 25

7. Apartado siete – Exclusiones 29

8. Apartado ocho – Pago de siniestros e indemnizaciones 33

9. Apartado nueve – Coberturas adicionales opcionales con costo 39

10. Apartado diez – Cláusulas generales 49

1. Apartado uno – Definiciones

1.1. MetLife

En lo sucesivo se entenderá por MetLife a la Aseguradora MetLife México S.A., quien es la persona moral que se obliga frente al Asegurado a indemnizarle lo pactado en la carátula de la presente póliza, siempre que proceda de acuerdo con las coberturas y condiciones contratadas y a condición de que la prima correspondiente se encuentre pagada en las condiciones convenidas.

1.2. Accidente

Acontecimiento imprevisto e involuntario que, ocurrido por una causa externa, súbita, fortuita y violenta lesiona al Asegurado, ocasionándole daños corporales que requieran de atención médica.

1.3. Antigüedad generada en MetLife

Es el tiempo en que de manera ininterrumpida se ha mantenido vigente la protección de una o varias coberturas en condiciones similares dentro de un producto individual de MetLife y que por ello otorgan ciertos derechos al Asegurado con relación a los riesgos que amparan dichas coberturas.

Si el Asegurado decide cambia de producto en MetLife, los beneficios ganados por antigüedad del Asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo plan los contemple.

1.4. Antigüedad reconocida

Es el periodo de tiempo que el Asegurado ha estado cubierto en forma continua e ininterrumpida en un producto de seguro de gastos médicos mayores en alguna compañía de seguros debidamente establecida.

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 donde haya estado el Asegurado fue pagada.

La antigüedad reconocida se especifica en la carátula de póliza y será tomada en cuenta para el cómputo de los periodos de espera señalados dentro de los gastos y tratamientos cubiertos de estas condiciones generales, con excepción de los padecimientos que indiquen lo contrario, para los cuales deberá transcurrir el periodo señalado de forma estricta y sin excepción alguna.

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

1.5. Aparatos ortopédicos

Son aquellos aparatos, artefactos, auxiliares mecánicos o equipos que son utilizados como reemplazo de un órgano o parte de un miembro o un miembro y 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 tales como muletas, bastones, andaderas, camas ortopédicas, trapecio, barras, barandales, grúa ortopédica y silla de ruedas.

1.6. Asegurado

Es toda persona indicada en la carátula de la presente póliza, que se encuentra protegida ante los riesgos especificados en cada una de las coberturas contratadas.

1.7. Asegurado dependiente

Cónyuge, concubina o concubinario e hijos del Asegurado titular, que se encuentren cubiertos en la misma póliza de gastos médicos mayores MédicaLife Familiar.

1.8. Asegurado titular

Es la persona que por si misma o determinada por el Contratante, firma como responsable de la veracidad de las respuestas que sobre su persona y/o la de otros asegurados por la presente póliza, fueron asentadas en la solicitud de seguro.

1.9. Beneficiario

Persona física designada por el Contratante o Asegurado titular en la solicitud de este seguro, a quien corresponderán los derechos indemnizatorios derivados de la presente póliza, a condición que la prima correspondiente se encuentre pagada en las condiciones convenidas.

1.10. Cirugía bariátrica

Conjunto de procedimientos quirúrgicos usados para tratar la obesidad mórbida, obesidad grave u obesidad clase III. Los procedimientos son manga gástrica, bypass gástrico y banda gástrica.

1.11. Coaseguro

Porcentaje de contribución estipulado en la carátula de la presente póliza que el Asegurado aportará al monto total de gastos cubiertos que resulte de cada reclamación y de acuerdo a las reglas estipuladas en las condiciones de la misma, una vez descontado el deducible especificado.

1.12. Comisión o compensación directa

Pago que corresponde a las personas físicas o morales autorizados como agentes de seguros que participan como intermediarios en la contratación de la póliza de seguros.

1.13. Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios Financieros (CONDUSEF)

Institución pública que proteger los intereses mediante la supervisión y regulación a las instituciones financieras. La institución se encuentra ubicada en Avenida Insurgentes Sur número 762, Colonia del Valle, Ciudad de México, Código postal 03100, Teléfono (55)5340 0999 y 01800 9998080, correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx

1.14. Contratante

Persona física o moral que es responsable ante MetLife de la contratación y pago de la prima del seguro en su totalidad, así como solicitar modificaciones y/o ajustes a la póliza que no afecten el riesgo original contratado.

1.15. Contrato

El contrato de seguro es el documento (póliza, así como sus adiciones y reformas asentadas por escrito) por virtud del cual MetLife se obliga frente al Asegurado o beneficiarios, a pagar las indemnizaciones que resulten al producirse alguno de los eventos previstos (siniestro) en dicho documento siempre que proceda de acuerdo con las coberturas y condiciones contratadas y a condición de que la prima correspondiente se encuentre pagada en las condiciones convenidas.

1.16. Deducible

Cantidad fija establecida en la carátula de la presente póliza con la cual participa el Asegurado en los gastos ocasionados por cada evento que proceda conforme a las condiciones convenidas en el contrato.

1.17. Dependiente económico

Cónyuge o concubinario del Asegurado titular, así como los hijos del mismo que se encuentren cubiertos en la misma póliza de gastos médicos mayores MédicaLife Familiar.

1.18. Eliminación o reducción de periodos de espera

Es el beneficio que otorga MetLife con base a la renovación durante el cual, el Asegurado tuvo cobertura en ésta u otra compañía, el cual aplica exclusivamente para eliminar o reducir los periodos de espera de algunos de los padecimientos cubiertos.

1.19. Emergencia médica

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

1.20. Endoso

Documento, generado por MetLife y recibido por el Contratante, que al adicionarse a las condiciones generales, modifica alguno de los elementos contractuales, y que tiene por objeto señalar una característica especifica que, por el tipo de riesgo, el tipo de transferencia o la administración del contrato; es necesario diferenciar de lo establecido en los documentos generales para su adecuada aplicación. Lo señalado por este documento prevalecerá sobre las condiciones generales en todo aquello que se contraponga.

1.21. Enfermedad

Toda alteración de la salud que padezca el Asegurado y que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico prescrito por un médico titulado y con cédula profesional vigente que lo acredite para el legal ejercicio de la profesión. Las recaídas, complicaciones y secuelas se considerarán como la misma enfermedad cubierta que les dio origen.

1.22. Enfermera

Persona legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia y cuidado a los enfermos.

1.23. Evento

Es toda afectación que sufre el Asegurado en su salud a consecuencia de una enfermedad o accidente, así como todas las lesiones, complicaciones, recaídas, secuelas o afecciones, derivadas del acontecimiento inicial.

El evento se refiere a cada enfermedad o accidente 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 o accidente.

1.24. Extraprima

Es una cantidad adicional a la prima, que el Contratante se obliga a pagar a MetLife, por cubrir un riesgo que por su tipo de actividades, hábitos o estado de salud agravan la valoración del riesgo al momento de contratar la póliza.

La eliminación del cobro de extraprima solo podrá suceder por solicitud escrita del Contratante, siempre y cuando sea comprobada la eliminación de agravación del riesgo, dicho cambio será válido únicamente por emisión de endoso.

1.25. Fecha de primer gasto

Es la fecha en la cual se erogó el gasto inicial derivado de un evento cubierto.

1.26. Gasto Usual y Acostumbrado

Se entenderá como tal, aquel cuyo monto o valor ha sido convencionalmente pactado entre MetLife y los prestadores de servicios médicos, hospitalarios y servicios auxiliares en consideración a la naturaleza, calidad técnica de los servicios, características de las instituciones y equipos hospitalarios respectivos, así como a las circunstancias de tiempo y costo de la utilización.

El monto máximo de los gastos médicos cubiertos por esta póliza para médicos, hospitales, laboratorios clínicos y de gabinete (radiografías, ultrasonidos, tomografías axiales computarizadas, entre otros), con los que MetLife no tenga convenio de pago directo, no podrá exceder del que corresponda para servicios de la misma especialidad o categoría con los que exista dicho convenio.

1.27. Grupo de hospitales

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

1.28. Gasto médico

Es cualquier erogación que se realiza para la atención y/o tratamiento de un accidente y/o enfermedad.

1.29. Gasto médico mayor

Es la acumulación de gastos médicos que se generan como consecuencia de algún accidente y/o enfermedad cubiertos por esta póliza y que rebasan el deducible contratado, especificado en la carátula y/o endosos de ésta póliza.

1.30. Grupo médico asociado

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

1.31. Honorarios médicos

Pago que recibe el médico titulado y legalmente autorizado por los servicios que presta a los asegurados conforme a las coberturas y límites de la presente póliza.

1.32. Hospital, clínica o sanatorio

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

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

1.32.2. 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.

No se considerará como hospital, clínica o sanatorio:

1.32.3. Clínicas para el tratamiento de enfermedades mentales o cuyo principal objetivo sea el tratamiento de enfermedades psiquiátricas. Así mismo se excluyen tratamientos en los departamentos psiquiátricos de los hospitales.

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

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

1.33. Hospitalización

Es la permanencia comprobable y justificada del Asegurado en una clínica, hospital o sanatorio, para la atención de una enfermedad o accidente cubierto. Inicia con el ingreso considerándose como paciente interno y concluye con el alta que determine el médico tratante.

1.34. Inicio de cobertura

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

Si la 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.

1.35. Lugar de residencia

Ciudad o población del domicilio declarado en la solicitud por cada Asegurado.

1.36. Médico

Persona legalmente autorizada mediante cédula profesional vigente para ejercer la medicina.

1.37. Médico especialista

Médico avalado por un organismo colegiado en una especialidad determinada de la ciencia médica, que cuente con cédula profesional de la especialidad.

1.38. Médico tratante

Médico que está a cargo de la atención y evolución diaria del paciente durante su periodo de hospitalización o tratamiento.

1.39. Obesidad mórbida, obesidad grave u obesidad clase III

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

1.40. Órtesis

Es un apoyo u otro dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético.

1.41. Padecimiento

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

1.42. Padecimiento o enfermedad congénita

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

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

1.43. Padecimiento preexistente

Es aquel padecimiento y/o enfermedad, del cual:

1.43.1. Que haya sido declarado antes de la celebración del contrato, y/o;

1.43.2. Que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de esta póliza, y/o;

1.43.3. Diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de esta póliza, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;

1.43.4. Por el que previamente a la fecha de celebración del contrato se hayan realizado gastos comprobables documentalmente para recibir un diagnóstico o tratamiento médico.

Arbitraje médico

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

Si el reclamante acude a esta instancia, MetLife acepta someterse a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje; el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por MetLife.

1.44. Pago directo

Es la autorización y pago que realiza directamente MetLife al prestador de servicios independiente y con el cual ha celebrado un convenio, por la atención médica a los asegurados que presenten enfermedades o accidentes cubiertos por esta póliza.

Este servicio sólo opera cuando se cumplen los requisitos fijados por MetLife.

1.45. Periodo al descubierto

Periodo de tiempo en el cual la prima de la póliza no está pagada. Inicia a partir de la hora en que finaliza el periodo de gracia y termina cuando se recibe el pago completo de la prima o fracción pactada. No procederá el pago de reclamaciones por enfermedades y/o accidentes cubiertos cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado durante este periodo.

Al momento de originarse un periodo al descubierto de 30 o más días, el Asegurado titular y los asegurados que estén incluidos en el registro de la póliza pierden la antigüedad que hayan generado estando asegurados en MetLife o en otra compañía de seguros, cesando los efectos de la presente póliza.

1.46. Periodo de espera

Lapso ininterrumpido que debe transcurrir desde la fecha de alta del Asegurado en la póliza para poder cubrir un padecimiento de acuerdo a las especificaciones de la presente póliza, dicho periodo se cubrirá con la renovación. MetLife no cubrirá los gastos erogados y los padecimientos correspondientes originados, durante este periodo, salvo lo estipulado por el reconocimiento de antigüedad, a fin de que determinados padecimientos puedan ser cubiertos, tal como se describen en los apartados correspondientes.

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

1.47. Periodo de gracia

Lapso convenido de tiempo contado a partir de la fecha de vencimiento de la prima que tiene a cargo el Contratante para liquidar el total o la primera parcialidad pactada en la póliza. 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.

Durante este periodo, el Asegurado gozará de la cobertura de la póliza, quedando el pago de los siniestros ocurridos durante dicho periodo, que resulten procedentes bajo el sistema de pago por reembolso y no se otorgará el servicio de pago directo.

Los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día del lapso mencionado si el Contratante no ha cubierto el total de la prima o de la parcialidad pactada.

1.48. 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 Asegurado los beneficios a que tiene derecho.

1.49. 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.

1.50. Prestadores de servicios médicos y hospitalarios

Médicos, hospitales, farmacias, o unidades de servicios médicos (laboratorios clínicos, gabinetes clínicos, unidades de rehabilitación, entre otros), que cumplen con la norma oficial mexicana aplicable y que se encuentran profesional y legalmente autorizados para proporcionar sus servicios.

1.51. 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, según establezca la presente póliza.

1.52. Prima neta

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

1.53. Primer gasto

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

1.54. 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 presente póliza.

1.55. Prótesis

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

1.56. Reclamación

Es el trámite que realiza el Asegurado ante MetLife, para obtener los beneficios del contrato a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto. MetLife define si es o no procedente de acuerdo a las coberturas de la presente póliza.

1.57. Red médica o de prestadores de servicios afiliados

Prestadores de servicios que proporcionan atención médica ante un accidente o enfermedad cubierto, a quienes MetLife pagará los gastos médicos amparados, ajustándose a los límites y condiciones establecidas en esta póliza.

El Asegurado podrá escoger libremente el tipo de red adecuado para recibir la atención médica dependiendo de las características de acceso, especialidad, tipo de servicio, costos, etc., que les brinda el plan de protección contratado.

1.58. Reembolso

Es la restitución de gastos procedentes presentados por el Asegurado en forma personal a MetLife, erogados previamente por el mismo a consecuencia de una enfermedad o accidente. MetLife define si es o no procedente de acuerdo con las coberturas de la presente póliza y con el tabulador de honorarios médicos correspondiente.

1.59. 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.

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

En ningún caso se reinstalará la Suma Asegurada disminuida o agotada para un mismo padecimiento o padecimientos que sean a consecuencia de otro ya cubierto.

1.60. SIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

1.61. Sintoma

Referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por una enfermedad.

1.62. Signo

Los signos son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica.

1.63. Unidad de Medida y Actualización Mensual (UMAM)

La Unidad de Medida y Actualización (UMA) es la referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las leyes federales, de las entidades federativas y del Ciudad de México, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores.

El valor mensual de la UMA, (UMAM) se calcula multiplicando su valor diario por 30.4 veces. La actualización del valor se notificará a través de diario oficial de la federación y puede ser consultada en la siguiente dirección de internet http://www.inegi.org.mx

1.64. Suma Asegurada

Obligación máxima de MetLife por cada padecimiento amparado por esta póliza con base en las coberturas contratadas, 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.

Para cada gasto procedente por una misma enfermedad o accidente cubierto, la Suma Asegurada irá disminuyendo en la misma proporción, de tal manera que los gastos totales pagados por esa misma enfermedad o accidente nunca rebasarán la Suma Asegurada contratada.

1.65. Segunda opinión médica

Servicio que presta MetLife al Asegurado con la finalidad de apoyar y/o corroborar el diagnóstico de cualquier enfermedad o accidente cubierto así como su respectivo tratamiento y/o procedimiento quirúrgico por medio de médicos especialistas del grupo médico asociado el cual podrá participar en la atención medica del Asegurado.

El Asegurado podrá elegir el médico especialista del grupo médico asociado libremente.

El costo de la segunda opinión médica queda a cargo de MetLife.

1.66. Segunda valoración médica

Opinión médica a solicitud de MetLife bajo la cual se confirma o modifica el diagnóstico o procedimiento que permita valorar los hechos relacionados con el evento reclamado o requerido de cobertura. Esta valoración se efectuará por medio de un médico especialista en la materia correspondiente, que no participe en forma alguna en la atención médica y elegido por el Asegurado dentro de un directorio de médicos de segunda valoración.

La segunda valoración médica se otorga sin costo alguno.

1.67. Tabla de honorarios médicos y/o renta o compra de equipo y/o tratamientos especiales y/o tratamientos dentales

Relación de procedimientos médicos y/o quirúrgicos y/o renta o compra de equipo y/o tratamientos especiales y/o tratamientos dentales, en el cual se especifica el monto máximo que pagará MetLife por cada uno de éstos de acuerdo al plan contratado y al lugar donde se realice.

1.68. Tarjeta de identificación

Documento emitido por MetLife, y entregada a cada Asegurado en la fecha de alta al seguro, que identifica claramente el tipo de plan y condiciones de cobertura contratada, para facilitarle el acceso a los prestadores de servicios.

1.69. Tratamiento médico experimental

Tratamiento o procedimiento médico o quirúrgico que a través de su aplicación pretende valorar su eficacia y seguridad y no es aceptado ya sea por las autoridades sanitarias nacionales o por el colegio de medicina de la especialidad en que se aplica, como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de padecimientos o, de enfermedades o, como procedimiento quirúrgico.

1.70. Territorialidad

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

En caso de contratar un plan Internacional o las siguientes coberturas adicionales: emergencia en el extranjero, franja fronteriza o enfermedades catastróficas en el extranjero, los gastos médicos erogados fuera del territorio nacional podrán ser cubiertos de acuerdo a lo establecido en estas condiciones generales para dicho plan o coberturas adicionales.

1.71. Unidad de Cuidado Especial al Cliente

Con la finalidad de salvaguardar los derechos de los usuarios de servicios financieros, ante cualquier inconformidad con el seguro puedes contactar a la Unidad de Cuidado Especial al Cliente ubicada en Manuel Ávila Camacho número 32, Colonia Lomas de Chapultepec, Código postal 11000, Delegación Miguel Hidalgo, Teléfono 5328-7000, correo electrónico unidadespecializada@metlife.com.mx

1.72. Vigencia

Periodo de validez de la póliza.

1.73. Renovación

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

2. Apartado dos – Objeto del seguro

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 Asegurado se desprenden también de ésta para cada cobertura.

3. Apartado tres – Contrato

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

MetLife se reserva el derecho de excluir mediante endosos, la cobertura de determinados padecimientos que por su naturaleza influyan en la agravación del riesgo. Esto se hará en el momento de la contratación del seguro o por cambio de ocupación.

4. Apartado cuatro – Gastos médicos 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 la presente póliza.

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.

En caso de contratación de un plan MédicaLife internacional o con alguna de las siguientes coberturas adicionales: emergencia en el extranjero, franja fronteriza o enfermedades catastróficas en el extranjero, los gastos médicos erogados fuera del territorio nacional podrán ser cubiertos de acuerdo a lo establecido en estas condiciones generales para dichas coberturas.

Los gastos médicos cubiertos por la póliza son los siguientes:

4.1. Gastos hospitalarios

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

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

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

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

4.1.5. Costo de la cama extra para el acompañante.

4.2. Honorarios médicos

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

4.2.1.1. Los honorarios de los médicos que pertenezcan al grupo médico asociado, serán cubiertos con base en los montos convenidos. En este caso el Asegurado no pagará diferencia alguna por este concepto. Esta es una garantía MetLife.

4.2.1.2. Los honorarios de los médicos que no pertenezcan al grupo médico asociado, serán cubiertos con un máximo del monto establecido en el tabulador de honorarios médicos del plan contratado.

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

4.2.2.1. Los honorarios de los médicos que pertenezcan al grupo médico asociado, serán cubiertos con base en los montos convenidos. En este caso el Asegurado no pagará diferencia alguna por este concepto. Esta es una garantía MetLife.

4.2.2.2. Los honorarios de los médicos que no pertenezcan al grupo médico asociado, serán cubiertos con un máximo del monto establecido en el tabulador de honorarios médicos del plan contratado.

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

4.2.2.4. En procedimientos quirúrgicos, el monto amparado para el primer ayudante se limitará hasta un 20% del monto total cubierto al cirujano principal.

4.2.2.5. 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 no vengan incluidos en la factura hospitalaria.

4.2.2.6. 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.

4.3. Medicamentos

Medicamentos consumidos por el Asegurado en el hospital y los adquiridos fuera de él cumpliendo con lo siguiente:

4.3.1. Sean prescritos por un médico con cédula profesional vigente de acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica capitulo III, artículo 64 y 65.

4.3.2. Debe estar relacionado con una enfermedad o accidente amparado por su póliza.

4.3.3. Deberán presentar factura del proveedor nacional autorizado que surte el medicamento, y debe contar con fecha previa al permiso expedido por COFEPRIS.

4.3.4. Sean debidamente aprobados por la Food Drug Administration (FDA); con nivel 1.

Se trate de medicamentos disponibles para su venta al público en territorio nacional de acuerdo a la página oficial: http://economia.gob.mx/files/transparencia/focalizada/precios_max_medicamentos_patente_2014_0111.pdf ,los cuales deben contar con precio máximo al público y registro definitivo emitido por la COFEPRIS

4.4. Auxiliares de diagnóstico

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.

4.5. Otros servicios médicos

4.5.1. Ambulancia

4.5.1.1. Terrestre. Siempre y cuando sea prescrita por el médico tratante derivado de una emergencia médica o que sea médicamente necesaria. Cuando MetLife lo considere conveniente, podrá solicitar una segunda opinión médica y pedirá al Asegurado se presente o reciba a un médico para su evaluación.

4.5.1.2. Aérea. Si a consecuencia de una emergencia médica el médico tratante prescribe que el Asegurado requiere de atención hospitalaria y en la localidad no se cuenta con los recursos médicos hospitalarios para su atención, MetLife cubrirá los gastos erogados por concepto de transportación aérea dentro de la República Mexicana.

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

4.5.1.3. En caso de que el requerimiento del servicio sea estando a 150 km del lugar de residencia y/o en el extranjero solicitar el servicio a través de las coberturas de asistencia integral indicado en el apartado 4.5.12

Cláusulas especiales para ambulancia aérea:

4.5.1.4. 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 reclamación y en caso de procedencia reembolsará los gastos cubiertos.

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.

4.5.1.5. 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 procedentes.

4.5.1.6. Adicional a las exclusiones generales, descritas en el apartado 7, este beneficio no se brindará cuando:

4.5.1.6.1. El paciente no esté autorizado por su médico para el traslado hasta el destino elegido.

4.5.1.6.2. El paciente no tenga confirmada su reservación de hospital y de ambulancia terrestre en el lugar del destino.

4.5.1.6.3. Los horarios y/o condiciones meteorológicas no permitan la operación segura del aeropuerto.

4.5.1.6.4. No exista en la localidad terreno adecuado para aterrizar la aeronave en condiciones seguras.

Para el beneficio de ambulancia, ya sea terrestre o aérea, se aplicará un coaseguro del 20% del monto de los gastos erogados por los servicios derivados del mismo. En este caso, no aplicará la regla de tope de coaseguro mencionada en el apartado 6.1.3.5. De estas condiciones generales.

4.5.2. Honorarios de enfermería

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

4.5.3. Honorarios de médicos homeópatas o quiroprácticos

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

4.5.4. Prótesis y endoprótesis

Si se requieren a consecuencia de un padecimiento cubierto, de acuerdo al tabulador de MetLife.

4.5.5. Aparatos ortopédicos

La renta o adquisición de aparatos ortopédicos que se requieran a consecuencia de un padecimiento cubierto de acuerdo a tabulador MetLife.

Para los casos de adquisición se aplicará una segunda valoración y autorización del gasto por parte de MetLife.

Este beneficio concluye al recibir su cobertura en la primera ocasión y no considera reposición de los mismos.

4.5.6. Renta de equipo de hospital

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

4.5.7 Tratamientos de inhaloterapia, terapia radioactiva o quimioterapia

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

4.5.8. Rehabilitación física

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

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

4.5.9. Neurorehabilitación

Tratamientos de neurorehabilitación; cuando el Asegurado lo requiera a consecuencia de un padecimiento cubierto, y éstos sean prescritos por el médico tratante y se realicen en centros especializados o a domicilio.

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

4.5.10. Menopausia

Los tratamientos médicos a consecuencia de menopausia.

4.5.11. Tratamientos dentales bajo MetDental

Este beneficio y los servicios derivados del mismo, serán otorgados por MetLife a través de la compañía articuladora de servicios dentales que aparece en la póliza y con la cual MetLife ha celebrado un contrato.

MetLife anexará a la póliza un folleto de los servicios prestados por la compañía articuladora de servicios dentales, que le servirá al Asegurado de guía para hacer uso de este beneficio y, a través de MetLife el Asegurado podrá tramitar los servicios derivados del mismo.

Los gastos médicos amparados por este beneficio serán exclusivamente los correspondientes a tratamientos odontológicos derivados de una patología dental por padecimiento y que en forma enunciativa y no limitativa puede referirse a consultas, caries dental, operatoria dental, odontopediatría, radiología, y cirugía dental (por favor, consultar el folleto anexo a la póliza para más detalle).

En el presente beneficio aplicarán los coaseguros específicos que se indican en el folleto anexo a la póliza correspondiente. Los tratamientos dentales cubiertos serán pagados directamente por la compañía articuladora de servicios dentales al odontólogo tratante o en caso de reembolso, directamente al Contratante. La cantidad de reembolso es de acuerdo a lo señalado en el folleto y está basado en un tabulador que representa un estimado del promedio de gastos odontológicos nacionales. El procedimiento de reembolso se describe en el folleto que se anexa a la póliza.

Para recibir los servicios dentales descritos bajo este beneficio en el folleto que se anexa a la póliza, el Asegurado deberá mostrar credencial vigente de gastos médicos mayores MetLife acompañada de una identificación oficial con fotografía.

4.5.11.1. Adicional a las exclusiones generales, descritas en el apartado 7, este beneficio no se brindará cuando:

Los gastos especificados como exclusiones en el folleto de los servicios prestados por la compañía articuladora de servicios dentales, que le servirá al Asegurado de guía para hacer uso de este beneficio.

4.5.12. Asistencia integral

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

Ciudad de México y Área Metropolitana:	**5328 7000**
Interior de la República:	**01 800 00 METLIFE (638-5433)**
Cualquier parte del mundo:	**+52 (55) 5328 9383**
EUA y Canadá:	**1 855 222 7542**

4.5.12.1. Asistencia médica

4.5.12.1.1. 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.

4.5.12.1.2. 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.

4.5.12.1.3. Visita de un médico a domicilio con costo preferencial: Cuando el Asegurado y/o Asegurado 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.

4.5.12.1.4. 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 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

4.5.12.1.5. 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.

4.5.12.2. 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:

4.5.12.2.1. Beneficiario

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

4.5.12.2.2. Pasajero

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

4.5.12.2.3. Residencia permanente

El domicilio habitual en los Estados Unidos Mexicanos de un Asegurado, que conste en el la póliza de seguro y en algún otro documento oficial.

4.5.12.2.4. 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.

4.5.12.2.5. Servicios de asistencia

Son los servicios asistenciales que gestiona el proveedor en los términos de estas condiciones generales, para los casos de una situación de asistencia indicados a continuación:

4.5.12.2.5.1. 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.

4.5.12.2.5.2. 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.

4.5.12.2.5.3. 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:

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

4.5.12.2.5.5. 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.

4.5.12.2.5.6. 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.

4.5.12.2.5.7. 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.

4.5.12.2.5.8. 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.

4.5.12.2.5.9. Garantía de admisión hospitalaria: Derivado de una situación de emergencia, el proveedor garantizará la admisión y atención hospitalaria en su 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.

4.5.12.2.5.10. 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.

4.5.12.2.5.11. 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.

4.5.12.3. Asistencia legal

4.5.12.3.1. 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.

4.5.12.4. 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.

4.5.12.5. Orientación psicológica telefónica

4.5.12.5.1. 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.

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

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

4.5.12.5.2. 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.

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

4.5.12.6. Asistencia nutricional

4.5.12.6.1. 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.

4.5.12.6.2. 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.

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

4.5.12.6.4. 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.

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

4.5.12.6.6. 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.

4.5.12.6.7. 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. Verificar si ésta información la proporciona el área de concierge.

4.5.12.6.8. Tips 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.

4.6. Eventos sujetos a condiciones específicas

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

4.6.1. Recién nacidos sanos

Aquellos recién nacidos que nazcan durante la vigencia de la póliza, quedarán asegurados en la póliza desde su nacimiento sin necesidad de selección médica, cubriéndoles padecimientos congénitos, prematurez y/o complicaciones que se presenten a partir de la fecha de su nacimiento, siempre y cuando el Asegurado titular y/o madre del recién nacido asegurada tenga al menos diez meses de cobertura continua e ininterrumpida en un plan de seguro de gastos médicos mayores individual en MetLife. Para tal fin, el Asegurado titular y/o Contratante deberá notificar por escrito a MetLife el nacimiento, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha del mismo.

4.6.2. Padecimientos congénitos/genéticos

4.6.2.1. Los padecimientos congénitos y genéticos de los asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza, estarán cubiertos siempre y cuando el Asegurado titular y/o madre asegurada del menor tengan, al momento del parto o cesárea, por lo menos diez meses de cobertura continua en un plan de seguro de gastos médicos mayores individual en MetLife y lo notifique en un periodo de 30 días posteriores al nacimiento. Los gastos se cubrirán a partir del nacimiento del nuevo Asegurado y las condiciones de la reclamación se establecerán con base en la póliza vigente al momento del nacimiento, incluye reflujo del recién nacido.

Adicional a las exclusiones generales, descritas en el apartado 7, no quedarán cubiertos los gastos por padecimientos congénitos 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 o no cubierto de la madre asegurada.

4.6.2.2. Los padecimientos congénitos de los asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza y para los nacidos sin haber cumplido el periodo de espera especificado en el numeral 4.6.2.1. al momento del parto o cesárea, estarán cubiertos siempre y cuando cumplan con las siguientes características:

4.6.2.2.1. No se hayan presentado síntomas y/o signos, ni realizado diagnóstico médico a la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado en un plan de gastos médicos mayores individual en MetLife.

4.6.2.2.2. No hayan erogado gastos por dichos padecimientos a la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado en un plan de gastos médicos mayores individual en MetLife.

4.6.2.2.3. El padecimiento haya sido desapercibido por el Asegurado a la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado en un plan de gastos médicos mayores individual en MetLife.

4.6.2.2.4. 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, previa valoración médica.

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.

4.6.3. Recién nacidos prematuros

Gastos por las alteraciones clínicas de los recién nacidos prematuros, y asegurados en la presente póliza, siempre y cuando el Asegurado titular y/o la madre asegurada del menor tenga por lo menos diez meses de cobertura continua en un plan de gastos médicos mayores individual en MetLife.

Adicional a las exclusiones generales, descritas en el apartado 7, este beneficio, no quedarán cubiertos los gastos por nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad y/o esterilidad. Tampoco quedarán cubiertos los padecimientos o complicaciones que presente el recién nacido originados por otro padecimiento excluido o no cubierto de la madre asegurada.

4.6.4. Maternidad: parto y cesárea

Quedarán cubiertos los gastos médicos que erogue la Asegurada con motivo de la atención médica que reciba a consecuencia de parto normal o cesárea tanto en territorio nacional como en el extranjero, incluyendo óbito fetal, sin aplicar tabulador de honorarios quirúrgicos, ni deducible, ni coaseguro, siempre y cuando la madre asegurada tenga por lo menos diez meses de cobertura continua en un plan de gastos médicos mayores individual en MetLife y el deducible contratado en la póliza sea igual o menor a $62,000 (sesenta y dos mil pesos). La Suma Asegurada será la siguiente de acuerdo al plan contratado e indicado en la carátula de la póliza:

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

Para este beneficio no opera la eliminación o reducción de periodos de espera, de acuerdo con la cláusula 10.1.10

4.6.5. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio

Quedarán cubiertos únicamente los siguientes gastos:

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

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

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

4.6.5.4. El puerperio patológico, fiebre puerperal, sepsis puerperal, infecciones;

4.6.5.5. Placenta previa (indispensable presentar ultrasonografía);

4.6.5.6. Placenta acreta;

4.6.5.7. Diabetes gestacional;

4.6.5.8. Purpura trombocitopénica;

4.6.5.9. Huevo muerto retenido;

4.6.5.10. Cerclaje

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

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

Para este beneficio no opera la eliminación o reducción de periodos de espera, de acuerdo con la cláusula 10.1.10

4.6.6. Deportes peligrosos

Se cubren los gastos derivados de las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica amateur y ocasional (práctica no profesional) de cualquier deporte, incluyendo deportes peligrosos.

Adicional a las exclusiones generales, descritas en el apartado 7, los gastos derivados de lesiones a consecuencia de la práctica de box, lucha libre o artes marciales no estarán cubiertos.

4.6.7. Tratamientos dentales

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

Esta cobertura tiene un periodo máximo de beneficio de un año a partir de la fecha de primer gasto.

4.6.8. Síndrome de Prader-Willi

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

4.6.9. Cirugía reconstructiva

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.

4.6.10. Trasplantes

En cirugía de trasplantes, los gastos amparados del donante final 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, en caso de que dicha recuperación sea necesaria para el donante.

4.6.11. Adherencias pélvicas y endometriosis

Sólo se cubrirán previa valoración y aceptación al acto quirúrgico por parte del médico designado por MetLife.

4.6.12. SIDA

Los tratamientos que requiera el Asegurado afectado por el SIDA o seropositivo, se cubrirán una vez transcurridos cuatro años de estar Asegurado en forma continua e ininterrumpida en un plan de gastos médicos mayores individual en MetLife.

Si el Asegurado presenta a MetLife la prueba serológica de Elisa con fecha de realización no mayor a un mes anterior a su presentación con resultado negativo, el periodo de espera que aplicará para este padecimiento será de 6 meses, **adicional a las exclusiones generales, descritas en el apartado 7, queda excluido todo tipo de gasto cuando el diagnóstico de SIDA se hace dentro de este periodo de cuatro años o con anterioridad a él.**

Para este beneficio no opera la eliminación o reducción de periodos de espera, de acuerdo con la cláusula 10.1.10

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

4.6.13. Daño psiquiátrico y psicológico

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

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

4.6.13.1. Haber sufrido algún accidente cubierto por las condiciones de la póliza.

4.6.13.2. Habérsele diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades terminales, siempre y cuando haya sido amparado por la póliza:

4.6.13.2.1. Cáncer

4.6.13.2.2. Accidente vascular cerebral

4.6.13.2.3. Infarto del miocardio

4.6.13.2.4. Insuficiencia renal

4.6.13.2.5. Intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias

4.6.13.2.6. SIDA

4.6.13.3. Mediante la comprobación que se haya sufrido cualquiera de los siguientes eventos:

4.6.13.3.1. Robo con violencia,

4.6.13.3.2. Secuestro, o

4.6.13.3.3. Violación

El punto 4.6.13.3. 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.

4.6.13.4. Los gastos amparados por este beneficio son:

4.6.13.4.1. Honorarios del médico psiquiatra 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 UMAM máximo por consulta.

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

Este beneficio sólo se brindará en la República Mexicana.

4.6.13.5. Adicional a las exclusiones generales, descritas en el apartado 7, quedan excluidos de este beneficio:

4.6.13.5.1. La ansiedad y/o depresión, a menos que se derive de un padecimiento descrito en los puntos 4.6.13.1., 4.6.13.2. o 4.6.13.3. del presente beneficio.

4.6.13.5.2. Los eventos ocurridos con anterioridad al inicio de la vigencia de la presente póliza.

4.6.13.5.3. Los gastos erogados posteriores al término de la vigencia en caso de interrupción de continuidad de la cobertura. Es decir, para esta cobertura no aplica el periodo máximo de beneficio.

4.6.13.6. Los diversos trastornos incluidos en este beneficio no serán válidos para diagnosticar otros padecimientos.

4.6.14. Padecimientos preexistentes

Con este beneficio, se cubre únicamente los gastos derivados de padecimientos preexistentes a la contratación de la póliza, bajo los siguientes casos:

4.6.14.1. Los padecimientos preexistentes declarados por el Asegurado en su solicitud de contrato, sobre los que no haya erogado gastos, estudios o tratamientos aún a título gratuito o que no haya presentado síntomas y/o signos durante dos años de estar asegurado en forma continua e ininterrumpida en un plan de gastos médicos mayores individual en MetLife, podrán quedar cubiertos siempre y cuando el padecimiento no se encuentre explícitamente descrito dentro del apartado exclusiones de estas condiciones generales y el Asegurado se encuentre médicamente sano.

Una vez transcurrido el periodo de espera de dos años ininterrumpidos de cobertura en MetLife, el Asegurado podrá solicitar la cobertura de los padecimientos preexistentes declarados adjuntando a su solicitud, un dictamen médico de estado de salud, respecto del padecimiento o enfermedad excluida, emitido por un médico especialista en el padecimiento declarado.

MetLife se reserva el derecho de solicitar la información médica que considere necesaria. En caso de resultar procedente la solicitud, los padecimientos preexistentes declarados estarán cubiertos bajo las condiciones de Suma Asegurada, deducible y coaseguro de la cobertura básica.

MetLife realizara en su caso la eliminación del endoso de exclusión que exista e incluyendo uno adicional con el alcance de la protección.

Es importante mencionar que en caso de haber declarado la existencia de padecimientos en su solicitud y que por ello no se haya manifestado un endoso de exclusion no significa que el padecimiento esta cubierto en este contrato, ya que para ello será necesario un endoso que manifieste el alcance de su cobertura.

4.6.14.2. Los padecimientos preexistentes que no hayan sido declarados por el Asegurado en su solicitud de contrato, sobre los que no haya erogado gastos, estudios o tratamientos aún a título gratuito o que no haya presentado síntomas y/o signos durante cinco años de estar asegurado en forma continua e ininterrumpida en un plan de gastos médicos mayores individual en MetLife, podrán quedar cubiertos siempre y cuando el padecimiento no se encuentre explícitamente descrito dentro del apartado exclusiones de estas condiciones generales y el Asegurado se encuentre médicamente sano.

Una vez transcurrido el periodo de espera de cinco años ininterrumpidos de cobertura en MetLife, el Asegurado podrá solicitar la cobertura de los padecimientos no declarados preexistentes adjuntando a su solicitud, un dictamen médico de estado de salud, respecto del padecimiento o enfermedad excluido, emitido por un médico especialista en el padecimiento no declarado.

MetLife se reserva el derecho de solicitar la información médica que considere necesaria. En caso de resultar procedente la solicitud, los padecimientos preexistentes no declarados estarán cubiertos bajo el deducible y coaseguro contratado en la póliza para la cobertura básica y la Suma Asegurada dependerá del número de años de antigüedad con la póliza, quedando como sigue:

Antigüedad	Suma Asegurada
5 - 9 años	$350,000 M.N.
10 años en adelante	$700,000 M.N.

La Suma Asegurada que aplicará para los padecimientos preexistentes no declarados sera aquella que resulte menor entre la Suma Asegurada indicada en la carátula de la póliza y la indicada en este apartado.

La cobertura del padecimiento preexistente en caso de ser aceptado debera quedar endosado en la presente poliza con el alcance de la protección.

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

Para este beneficio no opera la eliminación o reducción de periodos de espera, de acuerdo con la cláusula 10.1.10.

4.6.14.3. Adicional a las exclusiones generales, descritas en el apartado 7, se excluyen:

4.6.14.3.1. Padecimientos preexistentes que no hayan sido declarados en el cuestionario. Operando esta condición únicamente para los cubiertos bajo un periodo de espera de dos años de estar asegurado en forma continua e ininterrumpida en un plan de gastos médicos mayores individual en MetLife bajo esta póliza.

4.6.14.3.2. Cualquier padecimiento preexistente declarado o no declarado que haya erogado gastos o presentado síntomas y/o signos durante los periodos de espera requeridos para tener derecho a los beneficios mencionados en este mismo apartado 4.6.14.

4.6.15. Emergencias de gastos médicos no cubiertos

Se cubren en territorio nacional los gastos originados a partir de cualquier emergencia médica por las complicaciones posteriores al alta hospitalaria de las siguientes exclusiones declaradas en el apartado 7. de exclusiones de esta póliza.

4.6.15.1. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico.

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

4.6.15.3. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir el acné.

4.6.15.4. Tratamientos médicos o quirúrgicos por esterilidad, infertilidad, control de la natalidad, impotencia sexual.

4.6.15.5. Tratamientos con fines preventivos.

4.6.15.6. Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.

4.6.15.7. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales.

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 M.N.

No quedarán cubiertos los gastos de los conceptos antes descritos en los incisos 4.6.15.1 al 4.6.15.7 que sean preexistentes al momento de la contratación de la presente póliza.

4.6.16. Cirugia bariatrica

Quedarán cubiertos los gastos médicos que eroguen los asegurados con motivo de la atención médica que reciba a consecuencia del tratamiento quirúrgico por obesidad mórbida, obesidad grave u obesidad clase III, aplicando el deducible y el coaseguro descritos en la carátula de la póliza con los siguientes periodos de espera.

Póliza nueva. Con periodo de espera de 12 meses en MetLife.

La Suma Asegurada será la siguiente de acuerdo al plan contratado e indicado en la carátula de la póliza:

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

Para este beneficio no opera la eliminación o reducción de periodos de espera, de acuerdo con la cláusula 10.1.10

4.6.17. Tratamiento sujeto a segunda valoración médica

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

Traumatología y ortopedia, tales como:
- Cirugía de rodilla
- Cirugía de columna
- Hernias de disco intervertebral
- Clínica de dolor
- Sesiones de fisioterapia en general

Oncología, tales como:
- Quimioterapia en cáncer de mama
- Quimioterapia en cirugía de colon

Otorrinolaringología, tales como:
- Cirugía funcional vs estética por desviación de septum nasal
- Cirugía funcional vs estética por hipertrofia de cornetes

Oftalmología, tales como:
- Eventos realizados en dos tiempos (cataratas, retinopatía)

Cirugía general, tales como:
- Hernias abdominales
- Hernias inguinales

Los tratamientos y/o procedimientos de estas especialidades son enunciativos más no limitativos.

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

En los siguientes padecimientos, el Asegurado deberá cumplir el periodo de cobertura continua en la póliza, con excepción de los ocasionados a consecuencia de un accidente, insuficiencia respiratoria aguda, infarto agudo al miocardio, accidente y enfermedad cardiovascular cerebral y apendicitis. Una vez transcurrido el periodo de espera la Suma Asegurada que aplique al padecimiento será la indicada en la póliza y/o en sus condiciones en vigor en ese momento.

5.1. Con sesenta meses de periodo de espera

5.1.1. Los padecimientos preexistentes que no hayan sido declarados por el Asegurado en su solicitud de contrato, sobre los que no haya erogado gastos, estudios o tratamientos aún a título gratuito o que no haya presentado síntomas y/o signos durante cinco años de estar asegurado en forma continua e ininterrumpida en un plan de gastos médicos mayores individual en MetLife, podrán quedar cubiertos siempre y cuando se satisfagan las condiciones descritas en el punto 4.6.14 de estas mismas condiciones generales.

5.2. Con cuarenta y ocho meses de periodo de espera

5.2.1. Para la cobertura de SIDA, el Asegurado deberá cumplir con al menos cuatro años de cobertura continua e ininterrumpida con un plan de gastos médicos mayores individual en MetLife.

5.3. Con veinticuatro meses de periodo de espera

En los siguientes padecimientos, el Asegurado deberá cumplir con al menos dos años de cobertura continua e ininterrumpida en la póliza, con excepción de los ocasionados a consecuencia de un accidente:

5.3.1. Los tratamientos de hernias, eventraciones y diástasis; serán sometidos a dictamen médico para validar su procedencia.

Los procedimientos quirúrgicos de hernias se cubrirán previa valoración al acto quirúrgico por parte del médico designado por MetLife.

5.3.2. 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.

5.3.3. Padecimientos relacionados con amígdalas, adenoides, padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia del piso perineal, padecimientos de la vesícula y vías biliares, cataratas, litiasis renal y en vías urinarias.

5.3.4. Las operaciones y/o tratamientos de nariz y/o senos paranasales estarán cubiertas siempre y cuando no se trate de cirugía estética. 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.

Los procedimientos quirúrgicos de nariz se cubrirán previa valoración y aceptación al acto quirúrgico por parte del médico designado por MetLife.

En caso de accidente, si este se presenta en los primeros 24 meses de vigencia se aplicará un coaseguro del 50%

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

5.3.6. Los padecimientos de columna vertebral, protrusión discal y hernia discal por enfermedad.

Los procedimientos quirúrgicos de columna vertebral se requerirá el estudio de electromiografia donde se defina la lesión del Asegurado y así mismo deberá existir previa valoración al acto quirúrgico por parte del médico designado por MetLife.

5.3.7. Para tratamiento médico o quirúrgico de cualquier estructura anatómica de la rodilla.

5.4. Con doce meses de periodo de espera

En los siguientes padecimientos, el Asegurado deberá cumplir con al menos un año de cobertura continua e ininterrumpida en la póliza, con excepción de los ocasionados a consecuencia de un accidente:

5.4.1. Enfermedades ácido-pépticas incluida enfermedad por reflujo gastroesofágico, excepto recien nacido.

5.4.2. Cirugía baríatrica.

5.4.3. Todo tipo de cancer

Los tratamientos de cancer se cubrirán previa valoración por parte del médico designado por MetLife.

5.5. Con diez meses de periodo de espera

En los siguientes padecimientos, se deberá cumplir con al menos diez meses de cobertura continua e ininterrumpida en un plan de gastos médicos mayores individual con MetLife:

5.5.1. Gastos médicos mayores cubiertos erogados por padecimientos congénitos, prematurez y complicaciones que se presenten a partir de la fecha de nacimiento de los hijos de la asegurada, siempre y cuando el Asegurado titular cumpla con al menos diez meses de cobertura continua e ininterumpida en un plan de gastos médicos mayores individual en MetLife y sus hijos hayan nacido durante la vigencia de la póliza y sean incluidos en la misma dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha del nacimiento.

5.5.2. Gastos cubiertos por maternidad (parto o cesárea) de la asegurada.

5.5.3. Gastos cubiertos por complicaciones del embarazo, parto y puerperio de la asegurada, siempre y cuando la complicación se encuentre listada en el punto 4.6.5. de estas condiciones generales.

5.6. Con seis meses de periodo de espera

Si el Asegurado presenta a MetLife la prueba serialogica de Elisa con fecha de realización no mayor a un mes anterior a la presentacion con resultado negativo, el periodo de espera que aplicara para este padecimiento sera de seis meses.

6. Apartado seis – Límites de la cobertura

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

6.1. Suma Asegurada

Es la cantidad máxima de responsabilidad que ampara MetLife por cada Asegurado, a consecuencia de cada enfermedad o accidente cubierto, siempre y cuando dicho padecimientos ocurra durante la vigencia de la presente póliza.

La Suma Asegurada se describe en la carátula de la póliza y se reinstala automáticamente, para cada Asegurado, para cubrir nuevos padecimientos. Es decir, el Asegurado cuenta con el total de la Suma Asegurada contratada, para sufragar los gastos médicos cubiertos en que incurra por cada padecimiento cubierto e independiente.

En ningún caso, incluyendo renovaciones posteriores de la presente póliza, se reinstalará la Suma Asegurada disminuida o agotada para un mismo accidente o enfermedad cubierto por esta póliza. En caso de que ocurra el agotamiento de la Suma Asegurada por enfermedad o accidente a causa del padecimiento cubierto y se continúen erogando gastos médicos, estos últimos correrán a cargo del Asegurado.

6.2. Deducible

El deducible aplicará en todos los casos por cada enfermedad o accidente cubierto por las condiciones vigentes en la póliza, en toda reclamación por enfermedad o accidente será necesario que el total de los gastos procedentes sea superior al deducible contratado, al momento de realizarse el primer gasto y por una sola ocasión cuando se trate de la misma enfermedad o accidente. Una vez rebasada esta cantidad, comienza la obligación de MetLife.

6.2.1. Reducción de deducible por accidente

En caso de que el Asegurado haya contratado la cobertura reducción de deducible por accidente, MetLife responderá por los gastos procedentes en exceso de $2,000 y hasta $19,000 pesos si el primer tratamiento médico o quirúrgico es recibido dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de la ocurrencia del siniestro.

6.2.2. Deducible para las pólizas del plan práctico

El deducible a aplicar en las pólizas pertenecientes al plan práctico podrá reducirse en un 50% si la atención médica se realiza en los hospitales clasificados dentro del mismo plan y 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.

6.3. 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 incluyendo complementos.

Considerando las siguientes reglas:

6.3.1. 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.

6.3.2. Hospital

Para el caso de enfermedad y accidente, si el Asegurado decide acudir a un hospital clasificado en un plan inferior al contratado, se reducirán diez puntos porcentuales del coaseguro contratado sobre los gastos de hospitalización. Si el coaseguro contratado es menor a 10%, se elimina el coaseguro sobre los gastos de hospitalización.

El plan del hospital será aquel que se encuentre en vigor a momento de ejercer el servicio médico ya sea inicial o complementario a un padecimiento abierto.

Para el caso de enfermedad y accidente, si el Asegurado decide acudir a un hospital en territorio nacional clasificado en un plan superior al contratado, participará invariablemente con diez puntos porcentuales adicionales al coaseguro contratado, por cada nivel que ascienda, sobre los gastos de hospitalización.

El plan del hospital será aquel que se encuentre en vigor a momento de ejercer el servicio médico ya sea inicial o complementario a un padecimiento abierto.

Para el caso de enfermedad y accidente, si el Asegurado decide acudir a un hospital en territorio nacional que no pertenece a la red hospitalaria de MetLife, dicho hospital se considerará en el plan de mayor nivel de este seguro, por lo que si el plan contratado es menor a éste el Asegurado participará invariablemente con diez puntos porcentuales adicionales al coaseguro contratado por cada nivel que ascienda 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 planes contratados, hospital en el que se realiza la atención médica y migración de región de tarifa.

Coaseguro por gastos de hospitalización		Plan al que pertenece el hospital en el que se realizó la atención médica				
		Práctico	Básico	Más	Ejecutivo	Internacional
Plan contratado	Práctico	**Coaseguro 0***	Coaseguro contratado	+10 puntos porcentuales	+20 puntos porcentuales	Sin cobertura internacional
	Básico	-10 puntos porcentuales	**Coaseguro contratado**	+10 puntos porcentuales	+20 puntos porcentuales	Sin cobertura internacional
	Más	-10 puntos porcentuales	-10 puntos porcentuales	**Coaseguro contratado**	+10 puntos porcentuales	Sin cobertura internacional
	Ejecutivo	-10 puntos porcentuales	-10 puntos porcentuales	-10 puntos porcentuales	**Coaseguro contratado**	Sin cobertura internacional
	Internacional	-10 puntos porcentuales	-10 puntos porcentuales	-10 puntos porcentuales	**Coaseguro contratado**	**Coaseguro contratado**

El plan del hospital se encuentra disponible para su consulta en la página de internet http://www.metlife.com.mx

6.3.3. Otros gastos

Aplicará el coaseguro estipulado en la carátula de la póliza y/o el resultante a los gastos erogados mencionados en el apartado 6.3.3 de gastos cubiertos correspondientes a medicamentos, auxiliares de diagnóstico y otros servicios médicos. Si los gastos correspondientes a este apartado fueron realizados en un hospital, aplicará el coaseguro correspondiente conforme a lo indicado en el apartado 6.3.2.

6.3.4. Medicamentos fuera del hospital por pago directo

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

6.3.5. Tope de coaseguro

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

Coaseguro contratado	Nivel contratado	Un nivel superior al contratado	Dos niveles superiores al contratado	Plan internacional
0%	NA	$36,000	$73,000	NA
5%	$18,000	$54,000	$109,000	NA
10%	$36,000	$73,000	$145,000	$163,000
12%	$44,000	$80,000	$160,000	$196,000
14%	$51,000	$87,000	$174,000	$229,000
15%	$54,000	$91,000	$182,000	$245,000
16%	$58,000	$98,000	$196,000	$261,000
20%	$73,000	$109,000	$218,000	$327,000
25%	$91,000	$127,000	$254,000	$408,000
30%	$109,000	$145,000	$290,000	$490,000

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

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

Nota: el tope de coaseguro para el plan internacional solo aplica en caso de atención en el extranjero, de no ser así aplica el tope de coaseguro del plan contratado.

6.4. Pago de honorarios médicos en intervenciones quirúrgicas

El pago de los honorarios quirúrgicos que deba efectuar MetLife, en ningún caso excederá lo pactado según la tabla de honorarios médicos.

6.4.1. Operaciones en una misma región del cuerpo

Cuando en una misma sesión quirúrgica se practiquen al Asegurado dos o más operaciones en una misma región anatómica, MetLife únicamente pagará el importe de la mayor, o una de ellas cuando las cantidades estipuladas sean iguales.

6.4.2. Operaciones en distintas regiones del cuerpo

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

6.4.3. Intervención quirúrgica de distinta especialidad

Si en una misma sesión quirúrgica se requiere de un cirujano de diferente especialidad, se sumará un 25% adicional a lo tabulado para la cirugía principal. El monto resultante se repartirá equitativamente entre ambos equipos quirúrgicos.

Si un cirujano de diferente especialidad 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 la tabla de honorarios médicos. Cualquier otra intervención no quedará cubierta.

6.4.4. Reconstrucción quirúrgica

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

6.4.5. Intervención quirúrgica de padecimientos cubiertos y no cubiertos

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:

6.4.5.1. Honorarios médicos

De acuerdo a lo estipulado en la tabla de honorarios médicos para el padecimiento cubierto.

6.4.5.2. Anestesiólogo y ayudante

De acuerdo a las políticas y porcentajes establecidos en la tabla de honorarios médicos para el padecimiento cubierto.

6.4.5.3. Hospital

Se pagará el 50% de la factura total.

6.4.6. Cirugía en ambos lados del cuerpo

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

6.5. Tabla de honorarios médicos

En dicha tabla se indica el monto máximo contratado para intervenciones quirúrgicas. En caso de que el médico tratante no pertenezca al grupo médico asociado y existan diferencias entre el monto establecido en la tabla de honorarios médicos y los gastos erogados, el Asegurado estará a cargo de las diferencias.

En caso de que el médico tratante pertenezca a la red médica, el Asegurado no deberá hacer ningún desembolso extra por concepto de diferencia contra la tabla de honorarios médicos para los gastos y padecimientos cubiertos de acuerdo a estas condiciones generales.

7. Apartado siete – 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:

7.1. Padecimientos o tratamientos no cubiertos

7.1.1. Padecimientos preexistentes, salvo lo estipulado en el apartado 4.6.14. del apartado 4 – gastos médicos cubiertos; o que se haya cumplido con lo especificado en el apartado 8.2.1. en lo conducente al "examen médico de preexistencias".

7.1.2. Complicaciones derivadas de padecimientos, tratamientos o intervenciones quirúrgicas no cubiertos por esta póliza, salvo lo estipulado en el apartado 4.6.15. solo y solo sí ponen en riesgo la vida del Asegurado y solo hasta su estabilización médica.

7.1.3. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales, salvo lo estipulado en los apartados 4.6.7., 4.5.11. y 4.6.15.

7.1.4. Afecciones propias del embarazo y del parto, abortos y toda complicación del embarazo o del parto que no se encuentren específicamente 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 concebido ni tampoco a los que presente la madre. Adicionalmente no se cubre la maternidad asistida en caso de que la madre no se encuentre nada de alta en la presente póliza.

7.1.5. 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 apartado 4.6.15.

7.1.6. La enfermedad mental o trastorno mental, así como los 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 estipulado en el apartado 4.6.13.

7.1.7. Todo tipo de padecimientos, intervenciones, complicaciones o tratamientos, incluyendo los tratamientos de rehabilitación, que resulten a consecuencia de alcoholismo, drogadicción o cualquier tipo de toxicomanías o fármaco-dependencias.

7.1.8. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, así como tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir la calvicie, anorexia y bulimia, aumento de peso, y el acné, salvo lo estipulado en el apartado 4.6.15 y 4.6.16.

7.1.9. Tratamientos dietéticos o quirúrgicos, para reducción de peso o para obesidad, a excepción de los necesarios para el tratamiento del síndrome de Prader-Willi y obesidad mórbida.

7.1.10. 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 cuya madre asegurada cuente con menos de diez meses de cobertura continua en un plan de seguro de gastos médicos mayores individual en MetLife 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.

7.1.11. Tratamientos que requiera el Asegurado afectado por el SIDA, antes de cumplir cuatro años de estar cubierto en forma continua e ininterrumpida en un plan de seguro de gastos médicos mayores individual en MetLife, así como los gastos requeridos para su detección.

Además de lo mencionado en el párrafo anterior, una vez transcurridos los cuatro años del periodo de espera, no se cubrirá a cualquier cirugía, tratamiento o examen no reconocido por la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH publicado por la Secretaría de Salud.

7.1.12. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de naturaleza experimental y/o de investigación.

7.1.13. Tratamientos con fines preventivos, salvo lo estipulado en el apartado 4.6.15.

7.1.14. Tratamientos médicos o quirúrgicos basados o relacionados con el uso de las conocidas células madre.

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

- **Leucemias agudas mieloides y linfoides**
- **Leucemias crónicas mieloides**
- **Mielodisplasias**
- **Linfomas**
- **Tumores sólidos de riñón, mama, ovario y neuroblastoma**

7.2. Lesiones no cubiertas

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

7.2.2. Lesiones originadas por actos delictivos en los que el Asegurado actúe como sujeto activo del delito, o lesiones derivadas de riña en las que el Asegurado actúe como provocador de acuerdo a lo estipulado en las conclusiones del acta del Ministerio Público.

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

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

7.2.5. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte y en forma adicional por la práctica amateur u ocasional de box, lucha libre o artes marciales salvo que sea declarado y/o sujeto a extra prima.

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

7.2.7. Lesiones por accidentes que sufra el Asegurado ocasionados por culpa grave del mismo a consecuencia de la ingesta o bajo los influjos de drogas, narcóticos o alucinógenos y/o bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización del accidente; salvo aquellas donde al hacer la prueba de alcohol expirado, tenga una cantidad menor 40 ml/lt.

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

7.2.9. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como pasajero, mecánico o parte de la tripulación en cualquier aeronave que no pertenezca a una línea comercial legalmente establecida y autorizada para el transporte de personas.

7.3. Honorarios médicos no cubiertos

7.3.1 Honorarios de acupunturistas o naturistas, así como los medicamentos o tratamientos prescritos por éstos.

7.4. Gastos hospitalarios no cubiertos

7.4.1. Cualquier gasto no relacionado directamente con el tratamiento.

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

7.4.3. Gastos personales del Asegurado o los acompañantes.

7.4.4. Atención de recién nacidos sanos (cunero, incubadora, pediatra).

7.5. Otros servicios médicos no cubiertos

7.5.1 Aparatos y prótesis auditivas, implantes cocleares.

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

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

7.6. Otras exclusiones

7.6.1. Curas de reposo.

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

7.6.3. Gastos efectuados fuera de la República Mexicana, salvo los erogados bajo las coberturas que otorgan protección en el extranjero del apartado 9. coberturas adicionales opcionales con costo de estas condiciones generales.

7.6.4. Gastos de donantes para el trasplante de órganos, salvo lo estipulado en el punto 4.6.10.

7.6.5. Las adherencias pélvicas y endometriosis, salvo lo estipulado en el apartado 4.6.11.

7.6.6. No se cubre la responsabilidad civil, penal o de cualquier otro carácter jurídico que pudiera reclamarse derivada del servicio recibido y proporcionado por los prestadores de servicio, toda vez que estos serán responsables directos de la atención de acuerdo a las disposiciones legales aplicables.

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

7.6.8. Complementos vitamínicos, independientemente del padecimiento que se trate.

7.6.9. Zapatos ortopédicos y plantillas aunque sean médicamente necesarios.

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

7.6.11. Honorarios médicos cuando el médico sea el Asegurado o tenga con el mismo parentesco en línea directa o colateral o por afinidad.

7.6.12. Cirugía para el cambio de sexo y sus complicaciones.

7.6.13. Cirugías asistidas por robot a excepción de las cirugías cerebrales.

7.6.14. Siniestros que administre o pague un tercero no autorizado por MetLife para hacerlo

8. Apartado ocho – Pago de siniestros e indemnizaciones

8.1. Información importante para el Asegurado

8.1.1. Tarjeta de identificación MetLife

Esta tarjeta, acompañada de una identificación oficial vigente con fotografía, le permitirá al Asegurado obtener, de manera más fácil y rápida, el servicio con cualquiera de los proveedores de servicios médicos afiliados a MetLife.

8.1.2. Pago de prima

Para que las reclamaciones procedentes presentadas por el Asegurado sean cubiertas, es necesario que la póliza se encuentre en vigor en términos de lo dispuesto por los apartados 10.1.4. 10.1.7. y 10.1.8. de estas condiciones generales.

8.2. Pago de reclamaciones

En toda reclamación deberá comprobarse la realización del siniestro. El reclamante 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.

Las radiografías así como todos los resultados de los estudios de laboratorio o gabinete realizados, deberán tener datos confiables de identificación y acreditación fehaciente.

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 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 familiares directos del Asegurado (tales como padres, hijos, cónyuge, hermanos, suegros, abuelos, cuñados o primos en primer grado), 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.

Las 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, a quien éste haya designado con la presentación de carta poder o en caso de fallecimiento o falta de 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.

El pago del Impuesto al Valor Agregado será cubierto por MetLife. Cualquier otro impuesto quedará a cargo del Contratante de la póliza.

Se hace del conocimiento del Asegurado:

8.2.1. Examen médico de preexistencias:

A efecto de determinar de forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, MetLife como parte del proceso de suscripción y selección de riesgos, podrá requerir al solicitante que se someta a un examen médico.

Al Asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

8.2.2. Arbitraje médico:

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

Si el reclamante acude a esta instancia, MetLife acepta someterse a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje; el mismo vinculará al reclamante y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por MetLife.

8.3. Opciones de atención de siniestros y/o trámites de reclamación

8.3.1. Cirugía programada

Es recomendable que cuando al Asegurado se le programe una cirugía, ésta se realice utilizando nuestro grupo médico asociado, de esta forma MetLife liquidará los gastos de acuerdo a las condiciones de la póliza directamente al médico y hospital que tengan convenio con MetLife.

8.3.1.1. Procedimiento

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

8.3.1.1.2. Solicitar al médico tratante el presupuesto de sus honorarios, en caso de que el médico no pertenezca a la red médica.

8.3.1.1.3. Requisitar el formato de “solicitud de reclamación de gastos médicos mayores”.

Los formatos se encuentran a disposición del Asegurado en los centros de servicio de MetLife, oficinas del interior de la república, en la página de internet www.metlife.com.mx

8.3.1.1.4. El Asegurado deberá elegir junto con el médico, el hospital del convenio en que será atendido.

8.3.1.1.5. Presentar directamente en cualquiera de los centros de atención de MetLife, con un mínimo de cinco días hábiles de anticipación al evento quirúrgico, la documentación mencionada anexando los estudios de laboratorio o gabinete realizados correspondientes al diagnóstico, así como la interpretación de los mismos.

Una vez que sea valorado el caso por MetLife y conforme a la presente póliza y sus condiciones generales, se indicará al Asegurado por escrito si la programación de cirugía procede o no de acuerdo a las coberturas contratadas en la póliza.

Si es procedente, MetLife otorgará la autorización correspondiente en donde se especificará la Suma Asegurada, si fuera el caso, la aplicación del deducible y coaseguro, así como los honorarios médicos que se cubrirán por el evento quirúrgico.

El Asegurado podrá recoger la respuesta a su solicitud en cualquiera de nuestras áreas de atención en donde inicialmente entregó la documentación.

Al ingresar al hospital, deberá entregar la autorización al personal de admisión, y mostrar una identificación oficial vigente con fotografía.

Para su comodidad, podrá presentar su solicitud y la documentación y anexos referidos en los puntos anteriores, mediante el uso de medios electrónicos, remitiendo la documentación correspondiente a la dirección electrónica siguiente:

1. **https://www.metlife.com.mx/**
2. **Soy Cliente**
3. **Trámites y servicios**
4. **Programar tu cirugía**
5. **Cirugía programada online**

Al remitir la documentación a través de medios electrónicos, la respuesta del dictamen le será informada a través del mismo medio, a la dirección electrónica de origen utilizado en él envió de la solicitud, por lo que será responsabilidad del Asegurado, mantener vigente la dirección electrónica y, remitir la información requerida en forma completa y debidamente requisitados los formularios de aviso de accidente o enfermedad, y dictamen médico, toda vez que la responsabilidad de MetLife México, S.A. se limitará a otorgar la respuesta a la dirección de origen, atendiendo a la información recibida.

El envió de su solicitud, documentación y anexos referidos, así como la respuesta que corresponda a su solicitud mediante el uso de los medios electrónicos, producirá los mismos efectos que los presentados directamente en cualquiera de los centros de atención de MetLife.

8.3.2. Pago directo

El sistema de pago directo permite al Asegurado atenderse en cualquier hospital de acuerdo al plan contratado con los que MetLife ha establecido convenio sin desembolsar el costo total del internamiento, protegiéndolo así de un probable desequilibrio económico. Si el padecimiento está dentro de las coberturas contratadas en su póliza y ésta se encuentra vigente y no presenta adeudo de primas, MetLife se hace cargo de liquidar al hospital los gastos erogados por concepto de la hospitalización, quedando únicamente a cargo del Asegurado el deducible y coaseguro que en su caso señale su póliza y los gastos no cubiertos.

Ahora bien, si el Asegurado elige atenderse con algún médico perteneciente al grupo médico asociado o si el médico tratante acepta el proceso de pago de MetLife y la tabla de intervenciones quirúrgicas, serán también liquidados por MetLife los honorarios por atención médica dentro del hospital (cirujano, ayudante, anestesia), por lo que el desembolso del Asegurado se limitará al deducible y coaseguro que en su caso señale la póliza, por gastos hospitalarios no cubiertos así como gastos personales, es decir una parte mínima con respecto al total.

8.3.3. Pago directo no programado por emergencia y/o accidente

El procedimiento de pago directo no programado opera cuando MetLife recibe el reporte hospitalario, una vez que el Asegurado se encuentra en el hospital. Este caso solo operará en internamientos mayores a 24 horas.

8.3.3.1. Procedimiento

8.3.3.1.1. En cuanto el Asegurado llegue al hospital deberá acudir al departamento de admisión e identificarse como Asegurado de MetLife.

8.3.3.1.2. Si por política de la institución hospitalaria es necesario cubrir un importe por concepto de depósito, éste deberá ser cubierto por el Asegurado. En caso de que el siniestro sea procedente, el depósito será devuelto al Asegurado al momento en que sea dado de alta por el hospital.

8.3.3.1.3. Es necesario que el Asegurado tenga disponible en su habitación, además de la tarjeta de identificación de MetLife, una identificación oficial vigente con fotografía.

8.3.3.1.4. Verificar en el departamento de admisión del hospital, que el ingreso del Asegurado haya sido reportado a MetLife. Es posible ratificar el reporte a través de una llamada al centro de atención telefónica de MetLife para dar aviso inmediato del ingreso al hospital.

Ciudad de México y Área Metropolitana:	**5328-7222**
Interior de la República:	**01800-019-3300**

8.3.3.1.5. Si la causa del internamiento es por cirugía de nariz, fracturas o cirugía de mama, los estudios de gabinete (radiográficos, ultrasonografía y mastografía) deben permanecer en la habitación.

8.3.3.1.6. En un lapso no mayor a 24 horas (si se cuenta con la información médica y administrativa completa) un médico de MetLife llamará al Asegurado o asistirá a valorar el caso. En caso de que el padecimiento se encuentre cubierto por la póliza, se le entregará al Asegurado la autorización de pago directo y se le indicarán los cargos a cargo del mismo como gastos personales, deducible, coaseguro y honorarios médicos en caso de que el médico tratante no acepte la tabla de intervenciones quirúrgicas.

8.3.3.1.7. El médico dejará una copia de la autorización de pago directo en el departamento de admisión y, en el caso de médicos pertenecientes a la red médica o si el médico tratante ajustó sus honorarios a los aranceles de MetLife, se entregará una copia de la autorización de pago directo también en la caja médica del hospital.

8.3.3.1.8. Si el evento no está cubierto, el médico informará al Asegurado este hecho, además hará de su conocimiento que los gastos erogados por dicho evento correrán a cargo del Asegurado. Dicha notificación se realiza con el formato de admisión hospitalaria.

8.4. Cirugía de corta estancia

Todas las hospitalizaciones que vayan a realizarse por un lapso menor a veinticuatro horas, es decir que el paciente ingrese y egrese el mismo día del hospital, deberán tramitarse bajo el esquema de cirugía programada. En caso contrario dicha cirugía se tramitará por vía reembolso.

8.4.1. Emergencias

En caso de una emergencia, sólo podrá operar el servicio de pago directo no programado, en aquellos casos que justifiquen la permanencia del Asegurado por un lapso mayor a 24 horas.

8.5. Trámites por reembolso

Los gastos efectuados por el Asegurado y que estén amparados por la póliza contratada, serán reembolsados al Asegurado previa revisión y autorización de los comprobantes por MetLife.

Para esto, es necesario que el Asegurado presente la siguiente documentación ya sea en los centros de atención, sucursales y/o con los médicos coordinadores cuya referencia puede obtener en el centro de atención telefónica.

En caso de que el Asegurado decida atenderse con un médico no perteneciente a la red médica o en un hospital que no esté en convenio con MetLife, deberá pagar todos los gastos en que se incurra y posteriormente realizar el trámite de pago por reembolso.

8.5.1. Documentación necesaria

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

8.5.1.1. Formato de “solicitud de reclamación de gastos médicos mayores”.

8.5.1.2. Formato de “informe médico”.

Los formatos se encuentran a disposición del Asegurado en los centros de servicio de MetLife, oficinas del interior de la república, en la página de internet www.metlife.com.mx y anexas a estas condiciones generales.

8.5.1.3. Facturas con los requisitos fiscales completos vigentes de todos y cada uno de los gastos que se hayan hecho, conteniendo el desglose de cada concepto que se está cobrando.

8.5.1.4. Facturas de farmacia, acompañadas de la receta médica correspondiente y especificando cada uno de los medicamentos comprados.

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

8.5.1.6. Recibos de honorarios médicos y/o quirúrgicos especificando claramente el concepto que se está cobrando. En caso de que el recibo sea de un médico nuevo en el tratamiento, o éste no aparezca mencionado en el formato de informe médico, será necesario un informe detallado y claro del mismo acerca de su intervención.

8.5.1.7. Facturas y resultados de estudios de laboratorio y gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, electroencefalograma, ultrasonido y electrocardiogramas, será necesario el original de la interpretación.

8.5.1.8. En todos aquellos casos de cirugía, en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de un órgano, será necesario el reporte de histopatología.

8.5.1.9. MetLife se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales que se requieran para valorar el caso.

Todas las facturas y comprobantes de los proveedores de servicios médicos (hospitales, médicos, farmacias, laboratorios, gabinetes, etc.) deberán contener todos los requisitos fiscales vigentes y estar a nombre del Asegurado titular.

Al entregar la documentación requerida, el Asegurado recibirá un contra recibo que avala los documentos que entrega para validar la procedencia del pago del reembolso de los gastos erogados.

En el caso del Ciudad de México y el Área Metropolitana, el Asegurado recibirá respuesta por escrito en el centro de atención a clientes del área de reclamaciones de gastos médicos mayores en MetLife después de cinco días hábiles a partir de la fecha de entrega de la documentación completa. En el resto de la República, la respuesta se dará por escrito en la oficina de la red médica correspondiente.

8.6. Pago directo en el extranjero
(la contratación de coberturas que cubran gastos en el extranjero debe especificarse en la carátula de la póliza)

MetLife ha establecido una alianza con una importante administradora de E.U. como su representante en el extranjero, ofreciendo una amplia red de prestadores de alto nivel en todo el mundo, principalmente en los Estados Unidos de América, proporcionando asistencia y coordinación con los hospitales en caso de ocurrir un siniestro fuera del territorio nacional.

Si el Asegurado se encuentra de viaje en el extranjero y requiere hospitalización mayor a 48 horas, deberá comunicarse de inmediato a los siguientes números que aparecen también al reverso de la credencial de MetLife y/o tarjeta de identificación.

Teléfono desde cualquier parte del mundo: **1 (305) 530.86.00**

Desde E.U.A. y Canadá: **1 800 250 32 71**

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

8.6.1. Pago directo no programado en el extranjero

8.6.1.1. Procedimiento

8.6.1.1.1. El Asegurado deberá reportar su ingreso hospitalario a la administradora de forma inmediata. En caso contrario, no podrá realizarse el pago directo a los proveedores en el extranjero.

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

8.6.1.2. En caso de procedencia del siniestro

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

8.6.1.2.2. La administradora otorgará una pre-autorización a los proveedores y lo notificará al Asegurado.

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

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

8.6.1.2.5. En caso de que el hospital requiera que el Asegurado realice un depósito por los gastos de hospitalización, el Asegurado deberá hacerlo. Posteriormente, MetLife, a través de la administradora, se encargará de cubrir los montos de hospitalización y honorarios médicos procedentes.

8.6.2. Pago directo programado en el extranjero

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

8.6.2.1. Documentación necesaria

8.6.2.1.1. Informe médico llenado en su totalidad y firmado por el médico tratante, incluyendo teléfono de contacto, localidad donde se llevará a cabo la intervención, nombre del hospital y el nombre del médico tratante en el extranjero.

8.6.2.1.2. Formato de “solicitud de reclamación de gastos médicos mayores”

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

8.6.2.1.4. Estudios y resultados de los mismos que avalen el diagnóstico.

8.6.2.1.5. Nombre del hospital o clínica en donde se llevará a cabo la cirugía.

8.6.2.1.6. Formato de confidencialidad que permita a MetLife, a través de la administradora, el acceso al historial clínico del Asegurado en el extranjero.

Una vez que sea valorado el caso por MetLife se le indicará por escrito al Asegurado si la programación de cirugía procede o no de acuerdo a las coberturas contratadas en la póliza.

El tiempo de respuesta a partir de que MetLife cuente con la información médica y administrativa completa es de cinco días hábiles.

8.6.2.2. En caso de procedencia del siniestro

8.6.2.2.1. MetLife dará aviso al Asegurado de la procedencia de la solicitud y especificará la Suma Asegurada y gastos a cubrir por parte de esta última, así como los gastos que el Asegurado deberá cubrir: deducible, coaseguro y gastos personales.

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

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

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

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

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

9. Apartado nueve – Coberturas adicionales opcionales con costo

9.1. Cobertura de Emergencia en el Extranjero
(su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

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

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

Para efectos de esta cobertura, se entiende por emergencia médica aquel tratamiento médico o quirúrgico al que se deba someter el Asegurado por sufrir en forma súbita y aguda una alteración órgano-funcional que ponga en peligro su vida, su integridad personal, una función o la viabilidad de alguno de los órganos, como resultado de algún accidente o enfermedad. Esto, de acuerdo al apartado 1.19. emergencia médica de estas mismas condiciones generales.

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

Deducible: el equivalente en Moneda Nacional a US $100.00

Coaseguro: no aplica

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

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

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 la presente póliza, serán reembolsados con base a lo estipulado en el punto 10.3.7. moneda, del apartado cláusulas contractuales.

9.1.1. Exclusiones:

Además de las señaladas en el apartado 7, exclusiones, esta cobertura no aplicará en caso de:

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

9.1.1.2. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio

9.1.1.3. Servicios de enfermería fuera del hospital.

9.1.1.4. Tratamientos de rehabilitación.

9.1.1.5. 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.

9.2. Cobertura de Enfermedades Catastróficas en el Extranjero
(su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

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

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

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

9.2.2. Enfermedades neurológicas y cerebro vasculares

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

Además de las señaladas en el apartado 7, exclusiones, quedan excluidos los procedimientos quirúrgicos como angioplastia con colocación de stent y sus complicaciones como la trombosis.

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

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

El beneficio de esta cobertura 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.

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

Deducible: el mismo contratado para la cobertura básica y establecida en la carátula de la póliza.

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

Para esta cobertura no opera el tope de coaseguro.

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de la presente póliza, serán reembolsados con base a lo estipulado en el apartado 10.3.7. moneda.

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

9.3. Cobertura en el extranjero
(válida únicamente para el plan internacional)

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

Suma Asegurada: la contratada en la cobertura básica.

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

Coaseguro: 10% si el contratado en la cobertura básica es menor o igual al 10%.
El contratado en la cobertura básica, siempre y cuando sea mayor a 10%

Para esta cláusula el monto máximo por concepto de coaseguro será el especificado en el apartado 6.1.3.5. tope de coaseguro.

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

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

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

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 el beneficio de maternidad será la indicada en el apartado 4.6.4 maternidad: parto y cesárea, sin aplicar deducible, ni coaseguro, siempre y cuando el Asegurado titular tenga por lo menos diez meses de cobertura continua en un plan de seguro de gastos médicos mayores individual en MetLife.

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 la presente póliza, serán reembolsados con base a lo estipulado en el apartado 10.3.7. moneda, de estas condiciones generales.

El límite de Suma Asegurada para padecimientos congénitos y/o prematuros será de 300,000 dll o la Suma Asegurada contratada lo que resulte menor.

9.4. Cobertura de últimos gastos
(su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

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

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

En caso de que el Asegurado sea menor a 12 años, MetLife indemnizará únicamente el reembolso de los gastos funerarios a los padres o tutores definitivos del menor. Los tutores definitivos deben haber sido nombrados judicialmente y los mismos deberán haber aceptado el cargo y discernimiento. Dicha indemnización será hasta un máximo de la Suma Asegurada contratada. El monto de indemnización por este concepto será el que aparezca en la póliza.

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

Además de las señaladas en el apartado 7, exclusiones, MetLife no estará obligada al pago de la Suma Asegurada en caso de suicidio del Asegurado, si este ocurre durante los dos primeros años de vigencia continua en la póliza del Asegurado respectivo, en este caso, MetLife sólo estará obligada a devolver la reserva matemática constituida con la prima pagada correspondiente al Asegurado de que se trate.

9.5. Cobertura de Muerte Accidental
(su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

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

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

En caso de que el Asegurado sea menor a 12 años, MetLife indemnizará únicamente el reembolso de los gastos funerarios a los padres o tutores definitivos del menor. Los tutores definitivos deben haber sido nombrados judicialmente y los mismos deberán haber aceptado el cargo y discernimiento. Dicha indemnización será hasta un máximo de la Suma Asegurada contratada. El monto de indemnización por este concepto será el que aparezca en la póliza.

9.5.1. Definición:

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

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

9.5.2. Exclusiones:

Además de las señaladas en el apartado 7, exclusiones, esta cobertura por accidente no cubre:

9.5.2.1. La muerte accidental originada por participar en:

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

9.5.2.1.2. Donde el Asegurado participe como sujeto activo en actos delictivos intencionales.

9.5.2.1.3. Viajes a bordo de una aeronave, excepto cuando viajara como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular, o en ambulancia aérea.

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

9.5.2.2. Los siguientes eventos:

9.5.2.2.1. La muerte del Asegurado debida a enfermedades de cualquier naturaleza.

9.5.2.2.2. Suicidio o cualquier intento del mismo, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.

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

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

9.5.2.2.5. Accidentes que se originen por culpa grave del Asegurado, debido a que estaba bajo la influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico.

9.5.2.2.6. Accidentes que se originen por culpa grave del Asegurado, si de la documentación presentada se desprende que ocurrieron a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol; salvo aquellas donde al hacer la prueba de alcohol expirado, tenga una cantidad menor a 40 ml/lt.

9.5.3. Terminación:

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

9.5.3.1. Concluir la vigencia de la póliza de la cual esta cobertura forma parte.

9.5.3.2. Cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado.

9.5.3.3. Al efectuar MetLife el pago de la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura.

9.6. Cobertura de renta diaria por hospitalización
(su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

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

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

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

En caso de hospitalización por maternidad, es decir; hospitalización en caso de cesárea, parto o complicaciones del embarazo, es necesario que el Asegurado titular tenga un periodo mínimo de 10 meses de haber contratado esta cobertura para poder hacer uso de la misma. En caso de renovación no aplica este periodo de espera.

En caso de hospitalización por enfermedad o por maternidad, 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, tendrán un periodo de espera de un año.

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

9.6.1. Exclusiones:

Además de las señaladas en el apartado 7, exclusiones, se excluye la renta diaria por hospitalización, en los siguientes casos:

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

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

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

9.6.1.4. Hospitalizaciones por infecciones a causa del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (SIDA) o enfermedades relacionadas.

9.6.1.5. Hospitalizaciones en establecimientos no reconocidos como hospitales, clínicas o sanatorios de acuerdo a lo definido en el apartado 1.30. de estas condiciones generales.

9.6.1.6. Lesiones por catástrofes naturales.

9.6.1.7. 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.

9.7. Cobertura de Visión
(su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

Los beneficios otorgados por esta cobertura y los servicios derivados de la misma, serán otorgados por MetLife a través de la compañía articuladora de servicios de visión que aparece en la póliza y con la cual MetLife ha celebrado un contrato.

MetLife anexará a la póliza un folleto de los servicios prestados por la compañía articuladora de servicios de visión, que le servirá al Asegurado de guía para hacer uso de esta cobertura y, a través de MetLife el Asegurado podrá tramitar los servicios derivados de la misma.

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 (por favor, consultar el folleto anexo a la póliza para más detalle).

En la presente cobertura aplicará los deducibles específicos que se indican en el folleto anexo a la póliza correspondiente. Los tratamientos de corrección visual cubiertos serán pagados directamente por la compañía articuladora de servicios de visión a la óptica tratante.

En esta cobertura no aplica el concepto de reembolso.

Condición de servicio:

Para recibir los servicios de visión descritos bajo esta cobertura en el folleto que se anexa a la póliza, el Asegurado deberá mostrar credencial vigente de gastos médicos mayores MetLife acompañada de una identificación oficial con fotografía.

9.7.1. Exclusiones:

Además de las señaladas en el apartado 7, exclusiones, quedan excluidos los gastos erogados a consecuencia de tratamientos de corrección visual que no se encuentren señalados como cubiertos en el folleto de los servicios prestados por la compañía articuladora de servicios de visión, que le servirá al Asegurado de guía para hacer uso de esta cobertura.

9.8. Cobertura MetDental Plus
(su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

Mediante la contratación de esta cobertura se amplían los beneficios amparados por la cobertura MetDental señalada en el apartado 4.5.11.

Los beneficios otorgados por esta cobertura y los servicios derivados de la misma, serán otorgados por MetLife a través de la compañía articuladora de servicios dentales que aparece en la póliza y con la cual MetLife ha celebrado un contrato.

MetLife anexará a la póliza un folleto de los servicios prestados por la compañía articuladora de servicios dentales, que le servirá al Asegurado de guía para hacer uso de esta cobertura y, a través de MetLife el Asegurado podrá tramitar los servicios derivados de la misma.

Los gastos amparados por esta cobertura serán exclusivamente los correspondientes a tratamientos odontológicos derivados de una patología dental por padecimiento y que en forma enunciativa y no limitativa puede referirse a consultas, caries dental, operatoria dental, odontopediatría, radiología, y cirugía dental (por favor, consultar el folleto anexo a la póliza para más detalle).

En la presente cobertura aplicará los coaseguros específicos que se indican en el folleto anexo a la póliza correspondiente. Los tratamientos dentales cubiertos serán pagados directamente por la compañía articuladora de servicios dentales al odontólogo tratante o en caso de reembolso, directamente al Contratante. La cantidad de reembolso es de acuerdo a lo señalado en el folleto y es basado en un tabulador que representa un estimado del promedio de gastos odontológicos nacionales. El procedimiento de reembolso se describe en el folleto que se anexa a la póliza.

Para recibir los servicios dentales descritos bajo esta cobertura en el folleto que se anexa a la póliza, el Asegurado deberá mostrar credencial vigente de gastos médicos mayores MetLife acompañada de una identificación oficial con fotografía.

9.8.1. Exclusiones:

Además de las señaladas en el apartado 7, exclusiones, la presente cobertura en ningún caso cubre los gastos especificados como exclusiones en el folleto de los servicios prestados por la compañía articuladora de servicios dentales, que le servirá al Asegurado de guía para hacer uso de este beneficio.

9.9. Cobertura Franja Fronteriza
(su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

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

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

Deducible: El doble del contratado en la cobertura básica.

Coaseguro: * 20 puntos porcentuales adicionales al contratado

Para esta cobertura no opera el tope de coaseguro.

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

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

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

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

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

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 el beneficio de maternidad será la indicada en la carátula de la póliza, sin aplicar deducible ni coaseguro, siempre y cuando el Asegurado titular tenga por lo menos diez meses de cobertura continua para esta cobertura.

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 la presente póliza, serán reembolsados con base en lo estipulado en el punto 10.3.7. moneda de estas condiciones generales

Para esta cobertura no aplica la eliminación del deducible por accidente descrito en el punto 6.2.

9.10. Reducción de deducible por accidente
(su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

En caso de contratación de esta cobertura adicional, y cuando el Asegurado necesite someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, hospitalización, servicios de enfermería, medicinas, estudios de laboratorio o hacer uso de una ambulancia a consecuencia de un accidente cubierto, MetLife responderá por los gastos procedentes en exceso de $2,000 (dos mil pesos) y hasta $21,000 (veintiún mil pesos), siempre y cuando la primera atención y gasto procedente se realicen durante los siguientes 30 días naturales contados a partir de la fecha en que ocurra el accidente.

En el caso de que el deducible contratado y establecido en la carátula de la póliza sea igual o menor a $ 21,000 se eliminará el total del deducible, siempre que la reclamación sea mayor a $2,000.

En el caso de que el deducible contratado y establecido en la carátula de la póliza sea mayor a $ 21,000, MetLife responderá por los primeros $ 21,000 del deducible, siempre que la reclamación sea mayor a $2,000.00 y quedando a cuenta del Asegurado la diferencia, teniendo como máximo el deducible contratado y establecido en la carátula de la póliza.

El beneficio aplica para los servicios de pago directo y reembolso.
Son aplicables los términos, condiciones generales y exclusiones de la cobertura básica.

Además de lo indicado en el apartado 7. exclusiones de las condiciones generales de la póliza, se excluye la reducción de deducible por accidente, cuando en forma simultánea se contrate la cobertura adicional de franja fronteriza y el accidente cubierto ocurra en la franja fronteriza, entendiéndose por franja fronteriza, el territorio de Estados Unidos de Norteamérica, el cual consta de veinte (20) millas, es decir 32.19 kms. de ancho, y cuyo límite sur es la frontera con México.

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

En caso de contratación de esta cobertura, se incrementará la base de los tabuladores médicos por reembolso en territorio nacional en la proporción elegida por el Asegurado.

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

Además de las señaladas en el apartado 7, exclusiones, esta cobertura no incrementará en ningún caso la base de los tabuladores médicos para padecimientos y eventos cuyo origen sea previo a la contratación de esta cobertura adicional.

9.12. Protección garantizada
(su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

En caso de contratación de esta cobertura el Asegurado tendrá los siguientes beneficios:

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

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

2. El evento será procedente, siempre y cuando la causa del siniestro en la póliza colectiva se encuentre cubierto en las condiciones generales de la presente póliza.

3. La siniestralidad pagada en la(s) póliza(s) colectiva(s) del mismo padecimiento se considerará para el deducible contratado en la presente póliza.

4. Reconocer la antigüedad de planes colectivos para la eliminación de periodos de espera de este contrato y no así para los padecimientos preexistentes indicados en esta póliza.

5. Reducción o incremento del deducible contratado.

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

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

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

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

La reducción o incremento de deducible deberá realizarse dentro de los 60 días naturales posteriores a la baja o alta de la póliza colectiva, de lo contrario perderá todos los derechos arriba citados incluyendo la continuidad de pago de siniestros originados dentro de la póliza básica colectiva posteriores a la contratación de la cobertura de protección garantizada.

En caso de que un siniestro hubiera iniciado en el periodo arriba señalado y aún no hubiera hecho el trámite respectivo de la reducción y/o el incremento de deducible, éste deberá tramitarse vía reembolso en forma posterior al movimiento.

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

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

Si el Asegurado no avisa por escrito a MetLife, ésta no tendrá la obligación de otorgar la reducción o incremento de deducible sin selección médica.

d. Continuidad en el pago de siniestros abiertos en póliza colectiva

La continuidad de pago de siniestros abiertos en la póliza colectiva se dará siempre y cuando el padecimiento se encuentre cubierto en las condiciones generales de la presente póliza y el cúmulo de gastos por siniestro rebase el deducible contratado al momento de la reducción o incremento, la continuidad se dará cuando el siniestro haya ocurrido en fecha posterior a la contratación de la cobertura de protección garantizada de lo contrario quedará sujeta a la cláusula de prexistencia de la presente póliza.

e. Renovación de contratos realizados en forma colectiva

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

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

9.13. Estudiantes en el extranjero
(su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

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

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

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

Suma Asegurada: el equivalente en Moneda Nacional a US $100,000.00

Deducible: el equivalente en Moneda Nacional a US $100.00

Coaseguro: no aplica

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

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

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

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de la presente póliza, serán reembolsados con base a lo estipulado en el punto 10.3.7. moneda, del apartado cláusulas contractuales.

Al contratar esta cobertura la cobertura de asistencia en viajes opera con los mismos efectos y por la vigencia que esta cobertura tenga.

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

9.13.1. Exclusiones:

Además de las señaladas en el apartado 7, exclusiones, esta cobertura no aplicará en caso de:

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

9.13.1.2. Servicios de enfermería fuera del hospital.

9.13.1.3. Tratamientos de rehabilitación.

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

9.14. Incremento de la Suma Asegurada
(su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

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

Suma Asegurada:	25,500 UMAM
Deducible:	26,000 UMAM
Coaseguro:	No aplica

9.14.1. Exclusiones:

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

10. Apartado diez – Cláusulas generales

10.1. Cláusulas de interés para el Asegurado

10.1.1. Altas de asegurados

El alta de asegurados es exclusiva para los siguientes casos:

a) Los hijos nacidos dentro de la vigencia de la presente póliza quedarán cubiertos desde el momento del nacimiento, sin necesidad de presentar pruebas médicas, siempre y cuando se haya notificado a MetLife, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de su nacimiento. De no haber sido notificado dicho evento dentro de ese término, su inclusión quedará sujeta a la aprobación por parte de MetLife, debiéndose llenar el cuestionario médico y cumplir con los demás requisitos de asegurabilidad que en su caso solicite MetLife.

b) En el caso de hijos adoptivos, quedarán cubiertos por la póliza siempre y cuando se cumpla con los requisitos de asegurabilidad de acuerdo a las políticas vigentes al momento de la solicitud.

c) Si el Asegurado titular contrae matrimonio, la inclusión de su cónyuge quedará sujeta a la aprobación por parte de MetLife, debiéndose llenar el cuestionario médico correspondiente y cumplir con los demás requisitos de asegurabilidad que en su caso solicite MetLife.

d) En el caso de que alguna persona adquiera el carácter de concubino dentro de la vigencia de la póliza en términos de la disposición civil vigente, su inclusión quedará sujeta a la aprobación por parte de MetLife, debiéndose llenar el cuestionario médico correspondiente y cumplir con los demás requisitos de asegurabilidad que en su caso solicite MetLife.

En los casos de los párrafos precedentes, se requerirá que el Asegurado titular lo notifique por escrito a MetLife anexando copia certificada de cada acta de nacimiento o de matrimonio, según sea el caso. Así mismo, se obliga a efectuar el pago de la prima correspondiente del nuevo Asegurado.

10.1.2. Baja de asegurados

Causarán baja de la presente póliza las personas que determine el Contratante, para lo cual se obliga a comunicarlo por escrito y en forma inmediata a MetLife, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde la fecha de dicha comunicación

En caso de baja de cualquier Asegurado durante la vigencia de la presente póliza, no operará el periodo de beneficio y MetLife devolverá al Contratante la prima no devengada correspondiente a dicho Asegurado, siempre y cuando no se hubiera presentado ningún siniestro para el mismo.

El Asegurado que cause baja de la presente póliza podrá ser Asegurado nuevamente siempre y cuando cumpla con los requerimientos de selección médica al momento de la solicitud.

10.1.3. Edad

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

10.1.3.2. En la cobertura básica del presente producto no existe un límite de edad para la renovación.

10.1.3.3. Inexactitud en la indicación de la edad

Si a consecuencia de una inexacta declaración, la edad real de alguno o algunos de los asegurados, al momento de la celebración o en su caso la renovación del contrato de seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la póliza quedarán rescindidos para esos asegurados y MetLife reintegrará al Contratante el 70% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza, conforme al artículo 161 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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 anteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real.

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, salvo que se compruebe que dichas pruebas son falsas o de dudoso origen.

10.1.4. Forma de pago

El Contratante puede optar por liquidar la prima en un pago 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. Independientemente de ello, la prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada periodo pactado.

El Contratante gozará de un periodo de gracia para liquidar el total de la prima, o la primera fracción 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 pactada.

Si las partes acordaron el pago en forma fraccionada, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes, venciendo éstos a las 12 horas del primer día de la vigencia del periodo que comprendan.

Las primas convenidas se pagarán en las oficinas de MetLife contra entrega del recibo correspondiente. No obstante y previo acuerdo entre las partes, las primas 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.

En caso de siniestro, MetLife podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará el mayor previsto en el artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

10.1.5. Ocupación

El Asegurado deberá comunicar por escrito a MetLife cualquier cambio de ocupación, a más tardar dentro de los 30 días naturales siguientes al momento en que este ocurra. Si el Asegurado cambia de ocupación a una más peligrosa, deberá dar aviso por escrito a MetLife, quien se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al cual se expone por dicha ocupación.

MetLife, de aceptar el riesgo, cobrará la extraprima que corresponda a la nueva ocupación, o bien podrá excluir los siniestros derivados de dicho riesgo. En caso de no darse aviso a MetLife y si dicha agravación influyó en la realización del siniestro, MetLife no tendrá la obligación de cubrir gasto alguno por reclamación que se origine a consecuencia de la nueva ocupación.

10.1.6. Periodo de beneficio

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.

b) 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 individual para el periodo inmediato siguiente al del vencimiento de esta póliza, el periodo de beneficio se entenderá prorrogado por otros 365 días. Dicha prorroga también será aplicable en caso de cambio de plan solicitado por el Asegurado y aceptado por MetLife. Lo anterior siempre y cuando el nuevo plan cubra la enfermedad y/o accidente dentro de la cobertura básica.

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

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

10.1.7. Periodo de gracia

Lapso convenido de tiempo contado a partir de la fecha de vencimiento de la prima que tiene a cargo el Contratante para liquidar el total o la primera parcialidad pactada en la póliza. 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.

Durante este periodo, el Asegurado gozará de la cobertura de la póliza, quedando el pago de los siniestros ocurridos durante dicho periodo, que resulten procedentes bajo el sistema de pago por reembolso y no se otorgará el servicio de pago directo.

Los efectos del contrato cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día del lapso mencionado si el Contratante no ha cubierto el total de la prima o de la parcialidad pactada.

10.1.8. Primas

La prima de la presente póliza será la suma de las correspondientes a cada Asegurado de acuerdo con la tarifa en vigor a la fecha de inicio de la póliza, zona de contratación, Suma Asegurada, coberturas contratadas, deducible, coaseguro, tope de coaseguro, edad, sexo y ocupación de cada uno de ellos y en su caso, la extraprima correspondiente; y vence en el momento de inicio de vigencia del contrato.

En cada renovación, la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada, ocupación y sexo de cada Asegurado aplicando las tarifas en vigor a esa fecha y en su caso, la extraprima correspondiente. Así mismo, deberá pagar las cantidades que correspondan por concepto de impuestos, gastos de expedición de póliza y tasa de financiamiento.

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

En caso de siniestro dentro del periodo de gracia, MetLife podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago o de las fracciones de ésta no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

Con la contratación de un seguro de gastos médicos mayores el Asegurado y/o contratante tendrá derecho a deducciones, tal y como lo establecen los artículo 109 y 176 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta.

10.1.9. Rehabilitación

No obstante lo dispuesto por los puntos 10.1.7 periodo de gracia y 10.1.8 primas, el Contratante podrá rehabilitar el seguro, si dentro de los treinta días siguientes al término del periodo de gracia, paga la prima o la parte correspondiente a ella si se ha pactado su pago fraccionado. Los efectos del presente 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.

Bajo ninguna circunstancia MetLife responderá de enfermedades o accidentes ocurridos dentro del periodo comprendido entre el vencimiento del aludido periodo de gracia y la hora y día de pago a que se refiere esta cláusula.

10.1.10. Reconocimiento de antigüedad

Es el periodo de tiempo durante el cual el Asegurado, ha estado amparado en forma continua e ininterrumpida en MetLife o en otra compañía de seguros, en una póliza de gastos médicos mayores.

Para considerar 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 el Asegurado, fue(ron) pagada(s), siempre y cuando no exista un periodo al descubierto mayo a 30 días naturales.

La antigüedad reconocida será tomada en cuenta para el cómputo de los periodos de espera señalados dentro de los gastos y tratamientos cubiertos bajo estas condiciones generales, con excepción de los padecimientos que indiquen lo contrario, para los cuales deberá transcurrir el periodo señalado de forma estricta y sin excepción alguna.

No podrán eliminarse o reducirse los periodos de espera de SIDA, padecimientos preexistentes, cirugía bariátrica, recién nacidos, padecimientos congénitos, recién nacidos prematuros, maternidad, complicaciones del embarazo, parto y puerperio y el apartado de cobertura del contrato por enfermedad descritos en los puntos 4.6.1., 4.6.2., 4.6.3., 4.6.4., 4.6.5., 4.6.12., 4.6.14., 4.6.16. y 10.2.10. de estas condiciones generales.

10.1.11. Régimen fiscal

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

10.2. Cláusulas operativas

10.2.1. Agravación del riesgo

El costo de la póliza se determina conforme los datos declarados en la solicitud, para cada Asegurado, por lo que si cualquiera de ellos cambia de ocupación, inicia la práctica profesional de algún deporte o de alguna actividad diferente a las declaradas en dicha solicitud, puede cambiar su grado de exposición a cualquiera de los riesgos cubiertos.

En ese caso, MetLife podrá cobrar la extra-prima correspondiente a la nueva ocupación, deporte profesional o actividad o bien podrá excluir las enfermedades o accidentes derivados del nuevo riesgo (artículo 47 Y 52 de Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Si el Asegurado no avisa por escrito a MetLife y si dicha agravación influye en el siniestro, ésta no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamación que se derive del nuevo riesgo (artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

10.2.2. Cancelación

El Contratante podrá solicitar la cancelación o terminación anticipada del contrato en cualquier momento, previa solicitud por escrito presentada en las oficinas de MetLife y/o su representante para tales efectos.

En este caso MetLife devolverá al Contratante el 60% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza, siempre y cuando no exista un siniestro abierto en la vigencia en que solicita la cancelación. El monto correspondiente a la prima objeto de cancelación se encontrará a disposición del contratante a los 10 días hábiles posteriores de que MetLife reciba su solicitud.

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

10.2.3. Rescisión del contrato

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

a) Que el Contratante o alguno de los asegurados que forman parte de la póliza, incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisión. En éste caso, se devolverá al Contratante el 60 % de la prima neta pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza sin incluir derechos de póliza. De ser así, MetLife comunicará por escrito en el último domicilio declarado al Contratante, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que conozca las omisiones o inexactas declaraciones.

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

c) Si el Contratante decide dar por terminado el contrato en cualquier momento después de los primeros 30 días naturales de vigencia de la póliza. En este caso MetLife devolverá al Contratante el 60% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de la póliza, siempre y cuando no exista un siniestro abierto en la vigencia en que solicita la cancelación.

d) Las demás causas consignadas en la Ley Sobre el Contrato de Seguro y en estas condiciones generales.

10.2.4. Modificaciones al contrato

Los cambios o modificaciones al contrato serán válidos siempre y cuando hayan sido acordados por escrito entre el Contratante y MetLife.

Dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales o endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, conforme al artículo 19 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por MetLife, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones al presente contrato. En caso de que el contenido de la póliza o sus modificaciones no concuerden con la oferta, se podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que se reciba la póliza, de acuerdo a lo establecido en el artículo 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de seguro deberá hacerse a MetLife por escrito, precisamente en su domicilio social. En los casos de que la dirección de la oficina de MetLife llegase a ser diferente de la que conste en la póliza expedida procederá conforme a lo señalado por el artículo 72 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Conforme al artículo 65 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, el Contratante acepta que en caso de que se modifiquen las presentes condiciones generales, se le aplique las nuevas condiciones; pero si éstas traen como consecuencia para MetLife prestaciones más elevadas, el Contratante estará obligado a cubrir el equivalente que corresponda.

10.2.5. Lugar de pago

El Contratante deberá pagar a su vencimiento las primas pactadas, en las oficinas de MetLife indicada en la carátula de la póliza, contra la entrega del recibo correspondiente.

Sin perjuicio de lo anterior, las partes podrán convenir el pago mediante cargo automático en cuenta bancaria o tarjeta de crédito que autorice el Contratante, en este caso, hasta en tanto la institución no entregue el recibo de pago de primas, el estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente será prueba suficiente de dicho pago. En caso de que por causas imputables al Contratante no pueda efectuarse el cargo a la cuenta bancaria o tarjeta de crédito, el seguro cesará sus efectos siendo efectiva la cancelación de la póliza a partir del inicio del periodo al que corresponde el adeudo de la prima.

10.2.6. Residencia

Para efecto de este contrato, sólo podrán quedar protegidas por este seguro, las personas que radiquen permanentemente en la República Mexicana. Se deberá notificar por escrito a MetLife el lugar de residencia de los asegurados dependientes incluidos en la póliza, cuando éstos no vivan con el Asegurado titular.

En caso de que algún Asegurado permanezca en el extranjero por más de 3 meses,y se haya contratado alguna cobertura con beneficio en el extranjero, deberá avisarse anticipadamente a MetLife, a fin de que se calcule y emita el importe de la extraprima correspondiente. Si el Asegurado no da aviso de este hecho, o no paga el importe de la extraprima antes mencionada, cualquier siniestro que ocurra en ese periodo fuera de la República Mexicana no será cubierto por la póliza.

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

Este apartado no aplica para los hijos estudiantes en el extranjero hijos del Asegurado titular siempre y cuando contrate su cobertura de estudiantes en el extranjero.

10.2.7. Cambio de plan

En caso de que el Asegurado desee realizar un cambio de plan o producto, podrá solicitarlo, sólo en la renovación y por escrito, reconociéndose así su antigüedad, siempre y cuando no pierda continuidad de una renovación a otra. MetLife, se reserva el derecho de aceptar o rechazar el cambio.

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

Los padecimientos y/o diagnósticos que se hayan presentado en vigencia o vigencias anteriores quedarán cubiertos bajo los límites, condiciones generales y endosos que correspondan a la(s) póliza(s) anterior(es).

10.2.8. Terminación del contrato

La vigencia de la cobertura contratada concluirá en la fecha de terminación indicada en la carátula de la presente póliza, o antes si se presenta cualquiera de los siguientes eventos:

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

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

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

10.2.9. Vigencia del contrato

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

10.2.10. Cobertura del contrato

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

La cobertura por enfermedad o tratamiento, quedará amparada transcurridos los primeros 30 días naturales contados a partir de la fecha de contratación del seguro; el periodo de espera antes señalado no será aplicable en los casos de enfermedad o tratamiento derivados de emergencia médica.

10.3. Cláusulas contractuales

10.3.1. Arbitraje médico para padecimiento preexistente

En caso de que MetLife notifique al reclamante la improcedencia de su reclamación, éste podrá solicitar un arbitraje médico, previo acuerdo entre ambas partes, con el fin de garantizar la objetividad e imparcialidad y el procedimiento para su designación.

Si el reclamante acude a esa instancia, MetLife y el reclamante aceptan someterse a comparecer ante ese árbitro y sujetarse a los procedimientos y resoluciones del citado arbitraje. Por este hecho se considerará que renuncian a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes, en el momento de acudir a él, deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por MetLife.

10.3.2. Comisión o compensación directa

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

10.3.3. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la unidad especializada de la aseguradora.

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 5328 7000, lada sin costo 01 800 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. en los teléfonos 5328-9002 o lada sin costo en el 01 800-907-1111, 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 5340-0999 o lada sin costo 01800-999-8080, 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

10.3.4. 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.

10.3.5. Interes moratorio

En caso de que MetLife, no obstante de haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente dentro del plazo de 30 días establecidos en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de 30 días señalado en el artículo 71 antes citado.

10.3.6. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Contratante o de MetLife, se efectuarán en Moneda Nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en la época de los mismos.

Los gastos que se originen en el extranjero y que procedan de acuerdo con las estipulaciones de este contrato, se reembolsarán de acuerdo al tipo de cambio para solventar obligaciones denominadas en Moneda Extranjera pagaderas en la República Mexicana, fijado por el Banco de México, publicado en el diario oficial de la federación, vigente para la moneda y la fecha en que se erogaron dichos gastos.

10.3.7. Notificaciones

Toda reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de seguro deberá hacerse por escrito y dirigirse a MetLife a su domicilio mismo que se hace constar en la carátula de la póliza.

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

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

10.3.8. Omisiones o inexactas declaraciones

El Contratante y los asegurados están obligados a declarar por escrito a MetLife, de acuerdo con la solicitud y los cuestionarios relativos al seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo, tal como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato (artículo 8, 9, 10 y 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Si la omisión o inexacta declaración se descubre al ocurrir un siniestro, MetLife quedará facultada para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro (artículo 47 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de MetLife a causa de omisión, inexacta declaración o negligencia por parte del reclamante, deberá ser reintegrado a MetLife por el Contratante.

10.3.9. 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.

10.3.10. Responsabilidad

El Asegurado acepta que la responsabilidad civil, penal o de cualquier otro carácter jurídico que pudiera derivar del servicio médico recibido, será exclusiva y directa de los médicos y prestadores de servicios que los realizaron, en términos de la Legislación Civil que les sea aplicable.

Por lo anterior, la única responsabilidad que adquiere MetLife es la derivada del presente contrato.

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

10.3.11. Rectificación de la póliza

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 26 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se transcribe el artículo 25 del propio ordenamiento que textualmente dice: “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 derecho se hace extensivo a “el Contratante”.

10.3.12. Subrogación

De conformidad con el artículo 152 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, MetLife que pague la indemnización, se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. MetLife podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones, si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del Asegurado. Si el daño fue indemnizado sólo en parte, el Asegurado y MetLife concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

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

10.3.13. Beneficios fiscales

Lo constituyen las deducciones personales para el Asegurado de las primas por seguros de gastos médicos, complementarios o independientes de los servicios de salud proporcionados por instituciones públicas de seguridad social, siempre que el beneficiario sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes, en línea recta, de conformidad con el artículo 176, fracción VI de la Ley del Impuesto Sobre la Renta.

Con la contratación del seguro de gastos médicos mayores tiene derechos a deducciones, tal y como lo establece la Ley del Impuesto Sobre la Renta en su artículo 109, que establece que se exentarán de dicha contribución los ingresos percibidos con motivo del reembolso de gastos médicos, dentales, hospitalarios y de funeral, que se concedan de manera general, de acuerdo con las leyes.

10.3.14. Renovación

El Asegurado podrá renovar su contrato en cualquiera de los planes que se encuentren vigentes al momento de su renovación.

La renovación:

- Se realizará sin requisitos de asegurabilidad.
- No implicará modificación de los periodos de espera.
- No considerará los límites de edades de aceptación.

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

La prima que deberá pagarse en términos de la cláusula respectiva, se aplicará de acuerdo 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.

10.3.15. Agravación de riesgo

Las obligaciones de la compañía cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el artículo 52 y 53 fracción I de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

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

Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

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

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

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

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

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s), en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139 a 139 quinquies, 148 Bis, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) Contratante(s), Asegurado(s) o beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el gobierno mexicano tenga celebrado algún tratado internacional en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición vigésima novena, fracción V disposición vigésima novena, fracción V disposición trigésima cuarta o disposición quincuagésima sexta de la resolución por la que se expiden las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 140 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (las actividades ilícitas).

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

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

Cabe señalar que en las pólizas de seguro contratadas, en el caso de que exista una cláusula de carencia de restricciones, el texto anterior se adicionará como excepción a dicha cláusula.

El párrafo anterior se adicionará, a las pólizas de seguro donde exista la cláusula de carencia de restricciones.

Anexo 1. Artículos citados en las condiciones generales

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 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.

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

Artículo 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 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 coondiciones 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 en dos años, 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 que trata el artículo 37 de la presente Ley.

Artículo 163.- El seguro de personas puede cubrir un interés económico de cualquier especie, que resulte de los riesgos de que trata este título, o bien dar derecho a prestaciones independientes en absoluto de toda pérdida patrimonial derivada del siniestro.

En el seguro sobre las personas, la empresa aseguradora no podrá subrogarse en los derechos del Asegurado o del beneficiario contra los terceros en razón del siniestro, salvo cuando se trate de contratos de seguro que cubran gastos médicos o la salud.

El derecho a la subrogación no procederá en caso de que el Asegurado o el beneficiario, tengan relación conyugal o parentesco por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que les haya causado el daño, o bien si son civilmente responsables de la misma.

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 o por 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 personal en cada entidad federativa en que la institución financiera tenga sucursales u oficinas;

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

IV. Deberá responder por escrito al usuario dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de recepción de las consultas o reclamaciones, y

V. El titular de la unidad especializada deberá presentar un informe trimestral a la comisión nacional diferenciado por producto o servicio, identificando las operaciones o áreas que registren el mayor número de consultas o reclamaciones, con el alcance que la comisión nacional estime procedente. Dicho informe deberá realizarse en el formato que al efecto autorice, o en su caso proponga la propia comisión nacional.

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.

Artículo 68.- La comisión nacional, deberá agotar el procedimiento de conciliación, conforme a las siguientes reglas:

I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.

I Bis. La comisión nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

La conciliación podrá celebrarse vía telefónica o por otro medio idóneo, en cuyo caso la comisión nacional o las partes podrán solicitar que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

II. La institución financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;

III. En el informe señalado en la fracción anterior, la institución financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

La institución financiera deberá acompañar al informe, la documentación, información y todos los elementos que considere pertinentes para sustentarlo, no obstante, la comisión nacional podrá en todo momento, requerir a la institución financiera la entrega de cualquier información, documentación o medios electromagnéticos que requiera con motivo de la reclamación y del informe;

IV. La comisión nacional podrá suspender cuando lo estime pertinente o a instancia de cualquiera de las partes, la audiencia de conciliación hasta en dos ocasiones. En caso de que se suspenda la audiencia, la comisión nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes. La falta de presentación del informe, no podrá ser causa para suspender o diferir la audiencia referida.

V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la comisión nacional valore la procedencia de las pretensiones del usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.

VI. La comisión nacional cuando así lo considere o a petición del usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la institución financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la institución financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

Así mismo, podrá acordar la práctica de diligencias que permitan acreditar los hechos constitutivos de la reclamación.

VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador formulará propuestas de solución y procurará que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a una conciliación, la comisión nacional las invitará a que, de común acuerdo, designen como árbitro para resolver su controversia a la propia comisión nacional o a alguno o algunos de los árbitros que ésta les proponga, quedando a elección de las mismas que el juicio arbitral sea en amigable composición o de estricto derecho. El compromiso correspondiente se hará constar en el acta que al efecto se firme ante la comisión nacional. En caso de no someterse al arbitraje se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

En el evento de que la institución financiera no asista a la junta de conciliación se le impondrá sanción pecuniaria y se emplazará a una segunda audiencia, la cual deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor a diez días hábiles; en caso de no asistir a ésta se le impondrá una nueva sanción pecuniaria.

La comisión nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen a que se refiere el artículo 68 Bis, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes;

La solicitud se hará del conocimiento de la institución financiera para que ésta manifieste lo que a su derecho convenga y aporte los elementos y pruebas que estime convenientes en un plazo que no excederá de diez días hábiles.

Si la institución financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la comisión nacional deberá explicar al usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la comisión nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;

IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la institución financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y

X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo, la comisión nacional levantará el acta respectiva. En el caso de que la institución financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constancia de la negativa.

En el caso de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, ordenará la constitución e inversión conforme a la Ley de Seguros y de Fianzas de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder de la Suma Asegurada y dará aviso de ello, en su caso, a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada. Ese registro contable podrá ser cancelado por la institución o sociedad, bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio al procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

Si de las constancias que obren en el expediente respectivo se desprende, a juicio de la comisión nacional, la improcedencia de las pretensiones del usuario, ésta podrá abstenerse de ordenar la reserva técnica.

XI. Los acuerdos de trámite que emita la comisión nacional no admitirán recurso alguno.

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.

Artículo 151. Las personas físicas residentes en el país que obtengan ingresos de los señalados en este título, para calcular su impuesto anual, podrán hacer, además de las deducciones autorizadas en cada capítulo de esta Ley que les correspondan, las siguientes deducciones personales:

VI. Las primas por seguros de gastos médicos, complementarios o independientes de los servicios de salud proporcionados por instituciones públicas de seguridad social, siempre que el beneficiario sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes, en línea recta.

Anexo 2. Red médica y hospitalaria

Para consultar la red médica y hospitalaria visite la página de internet http://www.metlife.com.mx

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 19 de mayo de 2016, con número CNSF-S0034-0263-2016 / CONDUSEF-000311-03. En tanto que las modificaciones a las cláusulas 8.1.2 y 10.2.2 quedaron registradas a partir del 27 de octubre de 2016, con número MODI-S0034-0024-2016 y la cláusula de 10.3.15 quedó registrada a partir del 25 de octubre de 2016, con número CGEN-S0034-0165-2016.

MetLife México, S.A.

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 5328 7000, lada sin costo 01 800 00 METLIFE (638 5433) o en nuestro portal www.metlife.com.mx

En caso de incorformidad, podrás comunicarte con la Unidad Especializada de MetLife México, S.A. en los teléfonos 5328-9002 o lada sin costo en el 01 800-907-1111, 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 5340-0999 o lada sin costo 01-800-999-8080, en el correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03100, Ciudad de México, o en su portal www.condusef.gob.mx

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

Centros de servicio

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

Insurgentes
Avenida de los Insurgentes número 1738
planta baja, Colonia Florida
Código postal 01030, Alcaldía Álvaro Obregón
Ciudad de México
(estación del Metrobus Francia)

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

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

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

metlife.com.mx
01 800 00 METLIFE