

Condiciones Generales del Seguro Colectivo de Gastos Médicos Mayores

ò

MetLife® México

Condiciones Generales

Índice

- . **Definiciones**
- . **Objeto**
- . **Gastos Cubiertos**
 - A. Gastos Hospitalarios
 - B. Honorarios Médicos
 - C. Medicamentos
 - D. Auxiliares de diagnósticos
 - E. Otros servicios médicos
 - F. Eventos cubiertos sujetos a condiciones específicas
- . **Exclusiones**
 - A. Padecimientos o tratamientos no cubiertos
 - B. Lesiones no cubiertas
 - C. Honorarios médicos no cubiertos
 - D. Gastos hospitalarios no cubiertos
 - E. Otros servicios médicos no cubiertos
 - F. Otras exclusiones
- . **Gastos a Cargo del Asegurado**
 - A. Deducible
 - B. Coaseguro
- . **Cláusulas Generales**
- . **Beneficios adicionales Opcionales**
 - 1. Cobertura de Emergencia en el Extranjero
 - 2. Cobertura de Enfermedades Catastróficas en el Extranjero
 - 3. Cláusula de Cobertura en el extranjero
 - 4. Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización
 - 5. Cobertura de Corrección de la Vista
 - 6. Cobertura de Visión
 - 7. Cobertura Dental

Beneficios adicionales Incluidos

- 1. Cobertura de Asistencia en Viaje

Glosario

Condiciones Generales

Definiciones

1. Accidente

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

2. Asegurado

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

3. Asegurado titular

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

4. Aparatos Ortopédicos

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

5. Coaseguro

Porcentaje establecido en la carátula de la póliza como participación del Asegurado en los gastos ocasionados por cada evento procedente, en exceso del deducible.

6. Colectividad asegurada

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

7. Contratante

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

8. Deducible

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

Condiciones Generales

9. Dependientes económicos

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

- a. El cónyuge, concubinario o concubina que posea tal carácter conforme a lo dispuesto en el Código Civil Federal.
- b. Los hijos del asegurado titular solteros menores de 25 años de edad.

10. Emergencia médica

Aquel tratamiento médico o quirúrgico al que se deba someter el Asegurado por sufrir en forma súbita 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.

11. Endoso

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

12. Enfermedad

Toda alteración de la salud que sufra el Asegurado y que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico indicado por un Médico.

13. Evento

Es toda afectación que sufre el Asegurado a consecuencia de un padecimiento, así como a todas las lesiones, complicaciones, enfermedades, recaídas, secuelas o afecciones, derivadas del acontecimiento inicial.

14. Extraprima

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

15. Grupo de hospitales

Conjunto de hospitales a los cuales puede acceder el Asegurado de acuerdo al plan contratado sin incurrir en un coaseguro adicional al originalmente elegido.

16. Grupo Médico Asociado

Conjunto selecto de médicos que tienen celebrado un convenio con MetLife, para atender a los Asegurados que requieren de sus servicios.

Condiciones Generales

17. Honorarios médicos

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

18. Hospital, clínica o sanatorio

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

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

No se considerará como hospital, clínica o sanatorio:

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

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

19. Hospitalización

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

20. Inicio de cobertura

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

Condiciones Generales

21. Médico

Profesionista independiente y legalmente autorizado mediante Cédula Profesional vigente para ejercer la medicina.

22. MetLife

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

23. Padecimiento

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

24. Padecimiento congénito

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

25. Padecimiento preexistente

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

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

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

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

Condiciones Generales

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

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

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

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

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

26. Pago directo

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

27. Período al descubierto

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

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

28. Período de espera

Es el lapso mínimo necesario que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada Asegurado desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la primera póliza con MetLife, salvo lo estipulado por el reconocimiento de

Condiciones Generales

antigüedad, a fin de que determinados padecimientos puedan ser cubiertos, tal como se describen en los apartados correspondientes.

29. Período de gracia

Lapso de 30 días naturales contados 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. Cuando el pago de la Póliza se realiza de manera fraccionada, los recibos subsecuentes al primero no contarán con dicho período.

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

30. Plan

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

31. Póliza

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

32. Prestadores de servicios médicos y hospitalarios afiliados

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

33. Prima

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

34. Primer gasto

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

35. Programación de cirugías

Servicio mediante el cual MetLife confirma el pago directo al prestador de servicios médicos y hospitalarios afiliado y/o independiente, previo a la

Condiciones Generales

intervención quirúrgica y/o tratamiento con hospitalización o cirugía ambulatoria, en los términos de la Póliza.

36. Reclamación

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

37. Reconocimiento de antigüedad

Es el período de tiempo durante el cual el Asegurado inscrito en el registro de la colectividad asegurada, ha estado cubierto en forma continua e ininterrumpida en una póliza de Gastos Médicos Mayores.

Para reconocer un período de antigüedad el Asegurado y/o el Contratante, deberá comprobar a MetLife que durante ese período la prima de la(s) póliza(s) en dónde haya estado el Asegurado fue pagada.

La antigüedad reconocida será tomada en cuenta para el cómputo de los períodos de espera señalados dentro de los gastos y tratamientos cubiertos de estas Condiciones Generales. Tratándose de Padecimientos Preexistentes, no es aplicable el reconocimiento de antigüedad, por lo que deberá transcurrir el período señalado en lo particular en forma estricta y sin excepción alguna.

38. Reembolso

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

39. Reinstalación automática

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

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.

40. Renovación

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

Condiciones Generales

41. Salario Mínimo General Mensual (SMGM)

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

42. SIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

43. Suma asegurada

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

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

44. Tabulador de honorarios médicos

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

45. Urgencia médica

Es toda situación que requiere una actuación médica inmediata pero que no pone en peligro la vida, ni la integridad de un órgano o sistema.

46. Vigencia

Periodo de validez de la Póliza.

Condiciones Generales

Objeto

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

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

Gastos Cubiertos

Se entenderá por Gastos Médicos Cubiertos aquellos que erogue el Asegurado dentro de la República Mexicana, para el tratamiento médico o quirúrgico requerido para la atención de un padecimiento cubierto por la póliza, siempre y cuando ocurra dentro del período de vigencia de esta póliza y el Asegurado pertenezca a la colectividad asegurada.

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

Para los padecimientos cubiertos, quedarán amparados, y a cargo de MetLife, los siguientes gastos:

A. Gastos Hospitalarios

1. El costo de un cuarto privado estándar, alimentos del paciente y paquete de admisión.
2. Sala de operaciones, de recuperación o de curaciones, así como unidad de terapia intensiva, intermedia o cuidados coronarios.
3. Insumos hospitalarios y auxiliares de diagnóstico así como tratamientos médicos indispensables para el manejo del padecimiento cubierto, siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante.
4. Sueros y soluciones intravenosas prescritas por el médico tratante e indispensables para el tratamiento de un padecimiento cubierto. No se ampara el costo de los análisis y pruebas de compatibilidad de la sangre y/o sus derivados del donador.

Condiciones Generales

5. Costo de la cama extra para el acompañante.

B. Honorarios Médicos

6. Honorarios por consultas médicas y/o tratamientos médicos de acuerdo a lo siguiente:
 - a. Los honorarios de los médicos que pertenezcan al Grupo Médico Asociado, 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.
 - b. 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.
7. Honorarios por procedimientos quirúrgicos de acuerdo a lo siguiente:
 - c. 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.
 - d. 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.
 - e. En procedimientos quirúrgicos, el monto amparado para el anestesista se limitará hasta un 30% de lo estipulado para el cirujano principal.
 - f. En procedimientos quirúrgicos, el monto amparado para el primer ayudante se limitará hasta un 20% del monto total cubierto al cirujano principal.
 - g. El costo de las consultas médicas post-operatorias en los siguientes 15 días naturales a la intervención, queda incluido dentro de los honorarios médicos por intervención quirúrgica.

C. Medicamentos

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

D. Auxiliares de diagnóstico

9. Análisis de laboratorio, de gabinete, imagenología, o cualquier otro indispensable para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un

Condiciones Generales

padecimiento cubierto, siempre que sea prescrito por el médico tratante y que se refiera o tenga relación directa con el padecimiento que se está tratando. Estos gastos serán cubiertos siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo y que no sean de tipo experimental o en fase de investigación.

E. Otros Servicios Médicos

10. Ambulancia terrestre dentro de la República Mexicana y en el Extranjero siempre y cuando sea médicamente necesaria. Cuando MetLife lo considere conveniente, podrá solicitar una segunda opinión médica y pedirá al Asegurado se presente o reciba a un médico para su evaluación.
11. Ambulancia aérea. Si a consecuencia de una emergencia médica el Asegurado requiere de atención hospitalaria y en la localidad no se cuenta con los recursos médicos hospitalarios para su atención, MetLife cubrirá los gastos erogados por concepto de transportación aérea dentro de la República Mexicana.

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

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

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

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

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

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

Condiciones Generales

13. Honorarios de médicos homeópatas o quiroprácticos que cuenten con cédula profesional, que serán cubiertos con un máximo del monto establecido en el tabulador del plan contratado.
14. Prótesis y endoprótesis que se requieran a consecuencia de un padecimiento cubierto.
15. Renta o adquisición de aparatos ortopédicos que se requieran a consecuencia de un padecimiento cubierto.
16. Renta de equipo de hospital, suministros y atención especializada que sea necesario para el cuidado médico domiciliario, siempre y cuando sea prescrito por el médico tratante.
17. Tratamientos de inhaloterapia, terapia radioactiva o quimioterapia, cuando se reciban en una institución o con persona especializada y bajo prescripción del médico tratante.
18. Tratamientos de medicina de rehabilitación física cuando el Asegurado lo requiera a consecuencia de un padecimiento cubierto, y éste sea prescrito por el médico tratante y se realice en centros especializados. Cuando MetLife lo considere conveniente, podrá solicitar una segunda opinión médica y pedirá al Asegurado se presente para su evaluación.

F. Eventos cubiertos sujetos a condiciones específicas

19. Padecimientos congénitos.
 - a. Los padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza, estarán cubiertos siempre y cuando el Asegurado Titular tenga por lo menos diez meses de cobertura continua e ininterrumpida al momento del parto. Los gastos se cubrirán a partir del nacimiento del nuevo Asegurado. 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 de la madre.
 - b. Los padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza, estarán cubiertos siempre y cuando cumplan con las siguientes características:
 - No se hayan presentado signos ni síntomas, ni realizado diagnóstico médico a la fecha de inicio de la cobertura de esta póliza.
 - No hayan erogado gastos por dichos padecimientos a la fecha de inicio de la cobertura de esta póliza.

Condiciones Generales

- El padecimiento haya sido desapercibido por el Asegurado a la fecha de inicio de la cobertura de esta póliza.
- No haya sido conocido por la evolución natural de la enfermedad.

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

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

20. Gastos por las alteraciones clínicas de los recién nacidos prematuros, siempre y cuando el Asegurado Titular tenga por lo menos diez meses de cobertura continua e ininterrumpida. No quedarán cubiertos los gastos por nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad y/o esterilidad.
21. Quedarán cubiertos los gastos médicos que erogue la Asegurada con motivo de la atención médica que reciba a consecuencia de parto normal o cesárea, incluyendo óbito fetal, hasta por 12 SMGM, sin aplicar deducible ni coaseguro.
22. Quedarán cubiertos los gastos médicos que erogue la Asegurada con motivo de la atención médica que reciba a consecuencia de complicaciones del embarazo, parto y puerperio conforme a lo siguiente:
 - a. La intervención quirúrgica realizada con motivo de embarazo extrauterino. Para ser procedente debe presentarse ultrasonografía y/o estudio histopatológico;
 - b. La toxicosis gravídica (preclampsia y eclampsia, enfermedades hipertensivas). Para ser procedente debe presentarse estudio histopatológico;
 - c. La mola hidatiforme (embarazo molar), será procedente sólo si se presenta estudio histopatológico;
 - d. El puerperio patológico, fiebre puerperal, sepsis puerperal, infecciones;
 - e. Placenta previa (indispensable presentar ultrasonografía);
 - f. Placenta acreta;
 - g. Diabetes gestacional;
 - h. Purpura trombocitopénica.
 - i. Huevo muerto retenido

Condiciones Generales

j. Cerclaje

23. Se cubren los gastos derivados de las lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de la práctica amateur u ocasional (práctica no profesional) de cualquier deporte.
24. Los tratamientos de hernias, eventraciones y diástasis; serán cubiertos únicamente si se cuenta con una previa valoración al acto quirúrgico por parte del médico designado por MetLife.
25. Las operaciones de la 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. En caso de enfermedad el Asegurado deberá participar con el deducible contratado y con un coaseguro del 20%.
26. 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.
27. Los tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter reconstructivo (no estético), sólo si son indispensables a consecuencia de un padecimiento cubierto, siempre que éstos ocurran dentro de la vigencia de la póliza.
28. Los padecimientos de las glándulas mamarias, de útero y ovarios, en este caso será necesario presentar ultrasonido, mastografía (en su caso) y cualquier otro estudio que MetLife requiera para su valoración.

Los procedimientos quirúrgicos de las glándulas mamarias sólo se cubrirán previa valoración al acto quirúrgico por parte del médico designado por MetLife.
29. En cirugía de trasplantes orgánicos, los gastos amparados del donante serán exclusivamente los relacionados con las pruebas de compatibilidad, los inherentes al acto quirúrgico para la extracción del órgano y los gastos de recuperación intrahospitalaria inmediatos a dicho acto quirúrgico.
30. Las adherencias pélvicas y endometriosis sólo se cubrirán previa valoración al acto quirúrgico por parte del médico designado por MetLife.
31. Los tratamientos que requiera el Asegurado afectado por el SIDA o seropositivo, se cubrirán una vez transcurridos cinco años de estar Asegurado en forma continua e ininterrumpida en MetLife, quedando excluido todo tipo de gasto cuando el diagnóstico de SIDA se hace dentro de este período de cinco años o con anterioridad a él.

Condiciones Generales

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

- 32. Las circuncisiones, siempre y cuando no sean de carácter profiláctico.
- 33. El Asegurado quedará cubierto por daño psiquiátrico o psicológico de acuerdo con lo establecido a continuación:

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

- A. Haber sufrido algún accidente cubierto por las condiciones de la póliza.
- B. Habérsele diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades terminales, siempre y cuando haya sido amparado por la póliza:
 - a. Cáncer
 - b. Accidente vascular cerebral
 - c. Infarto del miocardio
 - d. Insuficiencia renal
 - e. Intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias
 - f. SIDA
- C. Mediante la comprobación que se haya sufrido cualquiera de los siguientes eventos:
 - a. Robo con violencia,
 - b. Secuestro, o
 - c. Violación

Este inciso procederá siempre y cuando se presente copia certificada del acta levantada ante el ministerio público o el diagnóstico del médico tratante comprobando que sufrió alguno de los eventos antes mencionados.

Las coberturas amparadas por esta cláusula son:

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

Condiciones Generales

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

Esta cobertura sólo se brindará en la República Mexicana.

Quedan excluidos de los beneficios de esta cláusula:

- a. **La ansiedad y/o depresión, a menos que se derive de un padecimientos descritos en los incisos A, B y C de la presente cobertura.**
- b. **Los padecimientos preexistentes.**
- c. **Los complementos posteriores al término de la presente Póliza.**
- d. **Los honorarios del médico psiquiatra y de los medicamentos que prescriba, cuando no cuente en acreditación de la especialidad en Psiquiatría de Enlace o carezca de acreditación vigente del Consejo Mexicano de Psiquiatría.**

Los trastornos amparados en esta cobertura no serán válidos para diagnosticar otros padecimientos.

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

Los gastos que sean complementarios a un siniestro reclamado en otras Pólizas de seguro, quedan excluidos de esta cobertura.

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

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

Condiciones Generales

Exclusiones

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

A. PADECIMIENTOS O TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS

1. Padecimientos preexistentes así como los siniestros complementarios de la(s) aseguradoras anteriores de la colectividad contratante de esta póliza, salvo lo estipulado en el inciso 34 del Capítulo Gastos Cubiertos,
2. Complicaciones derivadas de padecimientos, tratamientos o intervenciones quirúrgicas no cubiertos por esta póliza.
3. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales, salvo lo estipulado en el inciso 26 del Capítulo Gastos Cubiertos.
4. Afecciones propias del embarazo y del parto, abortos y toda complicación del embarazo o del parto que no se encuentren entre las cubiertas por esta póliza, así como complicaciones del embarazo cuando sea a consecuencia de un tratamiento de infertilidad y/o esterilidad. En estos casos no se pagará ningún gasto relacionado al recién nacido ni tampoco a los que presente la madre.
5. Tratamientos médicos o quirúrgicos por esterilidad, infertilidad, control de la natalidad, impotencia sexual y sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes.
6. 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

Condiciones Generales

accidentes cubiertos, salvo lo dispuesto en el inciso 33 de gastos cubiertos.

7. Todo tipo de padecimientos, intervenciones, complicaciones o tratamientos, incluyendo los tratamientos de rehabilitación, que resulten a consecuencia de alcoholismo, drogadicción o cualquier tipo de toxicomanías o fármaco-dependencias.
8. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, así como tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir la calvicie, tratamientos dietéticos, la reducción o aumento de peso, la obesidad, anorexia y bulimia, y acné.
9. Tratamiento médico o quirúrgico por prematurez, malformaciones y padecimientos congénitos, de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza o no reportados durante los 30 días naturales posteriores a su nacimiento, o cuyo titular cuente con menos de diez meses de cobertura continua en esta Póliza al momento del nacimiento, excepto lo específicamente mencionado en la cobertura de padecimientos congénitos para nacidos fuera de la vigencia de la póliza. Ni los derivados de alcoholismo, drogadicción y tratamientos de infertilidad y/o esterilidad.
10. Tratamientos que requiera el Asegurado afectado por el SIDA, antes de cumplir cinco años de estar cubierto en forma continua e ininterrumpida en una Póliza de Gasto Médicos Mayores con MetLife, así como los gastos requeridos para su detección. Una vez transcurridos los cinco años del período de espera sólo se cubrirán cirugías, tratamientos o exámenes reconocidos por la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH publicado por la Secretaría de Salud.
11. Tratamientos médicos a consecuencia de la menopausia.
12. Tratamientos médicos o quirúrgicos que no son reconocidos por la práctica médico-científica y que son de naturaleza experimental y/o de investigación.
13. Tratamientos con fines preventivos.

Condiciones Generales

B. LESIONES NO CUBIERTAS

14. Lesiones originadas por participar en actividades militares, o en actos de guerra, rebelión o insurrección o de manera voluntaria en huelgas o alborotos populares.
15. Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en que participe el Asegurado como sujeto activo del delito, ni aquellas derivadas de riñas que el Asegurado haya provocado.
16. Lesiones originadas por cualquier intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
17. Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en cualquier vehículo en competencias, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad tales como automovilismo, motociclismo, motonáutica, vuelo sin motor y similares.
18. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte.
19. Lesiones a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar en el caso de que sean resultado de una catástrofe que afecte a una comunidad.
20. Lesiones por accidentes que sufra el asegurado ocasionados por culpa grave del mismo, a consecuencia de la ingesta de bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización del accidente.
21. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de encontrarse bajo los efectos de estimulantes, medicamentos o drogas no prescritas médicamente.
22. Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como mecánico o tripulación en cualquier aeronave.

C. HONORARIOS MÉDICOS NO CUBIERTOS

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

Condiciones Generales

D. GASTOS HOSPITALARIOS NO CUBIERTOS

- 24. Cualquier gasto no relacionado directamente con el tratamiento.
- 25. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante el internamiento de éste en un hospital, clínica o sanatorio, salvo la cama extra.
- 26. Gastos personales del Asegurado o los acompañantes.
- 27. Atención de recién nacidos sanos (cunero, incubadora, pediatra, entre otros).

E. OTROS SERVICIOS MÉDICOS NO CUBIERTOS

- 28. Aparatos y prótesis auditivas.
- 29. Anteojos y lentes de contacto, salvo que se contrate la cobertura de visión.
- 30. Reposición de aparatos ortopédicos o prótesis existentes a la fecha de la contratación de la póliza.

F. OTRAS EXCLUSIONES

- 31. Curas de reposo.
- 32. Exámenes médicos generales para la comprobación o revisión periódica del estado de salud conocidos comúnmente con el nombre de check-up.
- 33. Gastos efectuados fuera de la República Mexicana, excepto que sea por emergencia y de acuerdo a lo estipulado en la sección de Cláusulas Adicionales de estas Condiciones Generales.
- 34. Gastos de donantes para el transplante de órganos, salvo lo dispuesto en el inciso 29 del Capítulo Gastos Cubiertos.
- 35. Las adherencias pélvicas y endometriosis, salvo lo dispuesto el inciso 30 del Capítulo Gastos Cubiertos.
- 36. No se cubre la responsabilidad civil, penal o de cualquier otro carácter jurídico que pudiera reclamarse derivada del servicio recibido.

Condiciones Generales

- 37. Cualquier padecimiento cuyos signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier periodo al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.
- 38. Complementos vitamínicos.
- 39. Zapatos ortopédicos y plantillas aunque sean médicamente necesarios.
- 40. Gastos derivados por tratamientos de miopía, presbicia, hipermetropía y astigmatismo.
- 41. Honorarios médicos cuando el médico sea el mismo Asegurado o familiar directo del Asegurado (padres, hijos, cónyuge, hermanos, suegros, cuñados, o primos en primer grado).

Condiciones Generales

Gastos a cargo del Asegurado

PLANES MédicaLife

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

MédicaLife	Plan Internacional	Todos los hospitales a nivel mundial
	Plan Ejecutivo	Todos los hospitales a nivel nacional
	Plan Más	Se restringen algunos hospitales del plan Ejecutivo
	Plan Básico	Se restringen algunos hospitales del plan Más
	Plan Práctico	Se restringen algunos hospitales del plan Básico

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

A. Deducible

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

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

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

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

Condiciones Generales

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

B. Coaseguro

Aplicará para todos los gastos cubiertos por la póliza relacionados con la atención médica recibida por el Asegurado y después de haber descontado el deducible. Se aplicará para cada enfermedad cubierta por la póliza incluyendo las reclamaciones complementarias que se presenten, considerando las siguientes reglas:

1. Accidente

En caso de accidente, mientras el primer tratamiento médico o quirúrgico sea recibido por el Asegurado dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha de ocurrido, no se aplicará coaseguro. Si el primer tratamiento médico o quirúrgico se recibe después de dicho periodo, se aplicará el coaseguro estipulado en la carátula de la póliza correspondiente.

2. Honorarios médicos

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

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

3. Hospital

Si el Asegurado decide acudir a un hospital clasificado en un plan inferior al contratado, se reducirán 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.

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.

Para pólizas pertenecientes al plan Práctico, se eliminará el coaseguro sobre la factura hospitalaria si la atención médica se realiza en los

Condiciones Generales

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 o disminuirán al coaseguro establecido en la carátula de la póliza de acuerdo a la combinación de planes contratados y hospital en el que se realiza la atención médica.

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

* Sólo aplica en pago directo y cirugía programada dentro de la red del plan Práctico.

4. Otros Gastos

Aplicará el coaseguro estipulado en la carátula de la póliza o certificado correspondiente a los gastos mencionados en el apartado de Gastos Médicos Cubiertos correspondientes a Medicamentos, Auxiliares de Diagnóstico y Otros Servicios Médicos.

Condiciones Generales

5. Tope de coaseguro

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

Coaseguro contratado	Tope de coaseguro	
	Hospital del plan contratado o inferior	Hospital superior al plan contratado
5%	\$8,500	\$17,000
10%	\$17,500	\$35,000
15%	\$26,000	\$52,000
20%	\$35,000	\$70,000
25%	\$43,000	\$86,000

Para cualquier porcentaje de coaseguro contratado entre 5% y 20% y distinto a los indicados en la tabla, aplicará \$1,700 y \$3,4000, por cada uno por ciento de coaseguro, respectivamente.

Condiciones Generales

Cláusulas Generales

1. Contrato

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

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

2. Vigencia de la póliza

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

3. Período máximo de beneficio

El período máximo de beneficio es el tiempo durante el cual quedarán amparados los gastos erogados por cada padecimiento, los cuales se continuarán pagando siempre y cuando el Asegurado se mantenga vigente en la colectividad y la póliza se renueve anualmente y sin interrupción alguna, en cuyo caso se pagarán los gastos por cada padecimiento cubierto hasta el agotamiento de la suma asegurada, sin que se aplique un periodo máximo de cobertura para estos pagos, conservando las condiciones del plan vigente en el momento del primer gasto o fecha de inicio de signos y síntomas por atención del padecimiento.

Dichos gastos se pagarán siempre y cuando se efectúen dentro de la vigencia de la póliza.

Siempre que no se realice la renovación definitiva de esta póliza o el Contratante pida la cancelación del negocio, o en caso de baja de un Asegurado, MetLife quedará relevado por el Asegurado y por el contratante de cualquier responsabilidad de pago por aquellos Gastos Médicos Cubiertos erogados posteriormente a cualquiera de estas situaciones.

En caso de que esta póliza se cancele por falta de pago, MetLife quedará relevado por el Asegurado y por el contratante de cualquier responsabilidad de pago por aquellos gastos médicos cubiertos erogados posteriormente a la fecha de cancelación de esta póliza.

Condiciones Generales

En el caso de que esta póliza se rehabilite, MetLife no cubrirá los gastos médicos cubiertos erogados por padecimientos iniciados dentro del periodo al descubierto en que haya quedado esta póliza.

4. Renovación

Esta póliza se considerará renovada siempre que exista para ello solicitud expresa del Contratante y aceptación por parte de MetLife.

No quedarán cubiertos a partir de cualquier renovación los Asegurados cuya edad, a la fecha de renovación, esté fuera de los límites establecidos para esta póliza, salvo convenio expreso.

5. Modificaciones y notificaciones

Sólo tendrán validez las modificaciones pactadas expresamente entre las partes y que consten por escrito en la póliza, o mediante endosos a la misma, registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por MetLife, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

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

ART. 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DEL SEGURO

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

6. Omisiones o inexactas declaraciones

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

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

Condiciones Generales

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

7. Obligación de asegurar

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

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

8. Competencia

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

La competencia se determinará en los términos que establezcan las disposiciones legales aplicables.

9. Moneda

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sean por parte del Contratante o por MetLife, se efectuarán en Moneda Nacional, ajustándose a las disposiciones de la Ley Monetaria vigentes a la fecha de pago. En su caso se ajustará el tipo de cambio vigente al día de la generación de los mismos.

10. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de este Contrato 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 (descritos en el Glosario).

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.

Condiciones Generales

En términos del artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro (descritos en el Glosario), 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 MetLife, conforme lo dispuesto por el artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros (descrito en el Glosario).

11. Prima

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

12. Forma de pago

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

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

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

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

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

Condiciones Generales

13. Cancelación

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

14. Rehabilitación

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

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

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

15. Edad

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

- a. Aquellas cuya edad sea mayor o igual a 64 años al formular su propuesta de seguro.
- b. Aquellas cuya edad sea mayor a 79 años en cualquier fecha de renovación.
- c. Los hijos del asegurado titular que de acuerdo a las condiciones de esta póliza no sean Dependientes Económicos.

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

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

Condiciones Generales

- a. Si la edad real se encuentra fuera de los límites establecidos, el seguro será rescindido y se reintegrará al Contratante el 70% de la prima que hubiere pagado con el período del seguro en curso.
- b. Si la edad real es menor que la declarada estando dentro de los límites de admisión, MetLife reembolsará el 70% de la prima que en exceso hubiere pagado el Contratante dentro del período de seguro en curso, las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real.

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

16. Movimientos de asegurados

Altas

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

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

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

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

Condiciones Generales

Bajas

Causarán baja de esta póliza aquellas personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, para lo cual el Contratante se obliga a participarlo de inmediato, es decir, a más tardar el día hábil siguiente y por escrito a MetLife, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán desde el momento de la separación, excepto para los gastos generados antes de dicha separación. Cualquier pago realizado indebidamente por parte de MetLife a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a MetLife. En caso de baja de un Asegurado durante la vigencia de la presente póliza, MetLife devolverá al Contratante la prima no devengada correspondiente a dicho Asegurado.

17. Comunicaciones

Todas las comunicaciones deberán hacerse 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 se conozca.

18. Siniestros o pago de reclamaciones

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

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

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

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.

Condiciones Generales

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 parientes directos del Asegurado, 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 cualesquiera otro semejante en donde no se exija remuneración, ni a establecimientos que no expidan recibos con todos los requisitos fiscales.

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

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

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.

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.

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.

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

- a. Honorarios médicos: de acuerdo a lo estipulado en la Tabla de Honorarios Médicos para el padecimiento cubierto.

Condiciones Generales

Anestesiólogo y ayudante: de acuerdo a las políticas y porcentajes establecidos en la Tabla de Honorarios Médicos para el padecimiento cubierto.

- b. Hospital: se pagará el 60% de la factura total.

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.

19. Pago de indemnizaciones

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 indemnizaciones cubiertas por MetLife serán liquidadas al Asegurado Titular o a quien éste haya designado, en las oficinas de MetLife con la presentación de carta poder.

20. Otros seguros

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

21. Cobertura del Contrato

Los Asegurados inscritos en la póliza, quedarán cubiertos en el caso de accidente amparado, a partir de la fecha inicial de vigencia estipulada en la carátula de la póliza. Si se trata de una enfermedad, salvo estipulación en contrario, ésta quedará cubierta luego de transcurrir 30 días naturales a partir de la fecha de alta del Asegurado a la póliza, lapso que no tendrá lugar cuando se trate de renovaciones.

El período de espera de 30 días naturales para cobertura de enfermedades descrito anteriormente es aplicable únicamente para seguros de contratación voluntaria.

Condiciones Generales

22. Ajustes

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

23. Residencia

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

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

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

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

24. Indemnización por mora

En caso de que MetLife, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro (descrito en el Glosario), estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (descrito en el Glosario).

25. Eliminación o reducción de períodos de espera

Para este beneficio, MetLife reconocerá el tiempo que el Asegurado haya estado cubierto en ésta u otra(s) compañía(s) de seguros en pólizas del mismo contratante, en forma continua e ininterrumpida, únicamente para efectos de la reducción de los periodos de espera de padecimientos congénitos, recién nacidos prematuros y SIDA.

Condiciones Generales

Asimismo se reconocerá la antigüedad de los asegurados para aquellos padecimientos que hayan tenido su primer síntoma, signo, diagnóstico y/o primer gasto en la(s) anterior(es) compañía(s) de seguros los cuales no fueron reclamados ni pagados en dichas compañías y por tanto su reclamación inicial se presenta en vigencia de MetLife.

26. Suma asegurada

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

27. Tipo de cambio

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

28. Derecho del contratante para conocimiento del porcentaje de intermediación.

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

Condiciones Generales

Beneficios Adicionales Opcionales

1. Cobertura de Emergencia en el Extranjero

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

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

- a. Suma asegurada: El equivalente en moneda nacional a US \$100,000.
- b. Deducible: El equivalente en moneda nacional a US \$100.
- c. Coaseguro: No aplica.

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

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

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

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de esta póliza, serán reembolsados con base a lo estipulado en la Cláusula 9. Moneda, del Capítulo Cláusulas Generales.

Exclusiones adicionales a la Cobertura básica:

Esta cobertura no aplicará en caso de:

- a. Parto o cesárea, cualquiera que sea su causa.
- b. Servicios de enfermería fuera del hospital.
- c. Tratamientos de rehabilitación.
- d. 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

Condiciones Generales

consecuencia directa de la misma y cuya omisión ponga en peligro la vida del Asegurado.

2. Cobertura de Enfermedades Catastróficas en el Extranjero

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

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

- a. Cáncer (excluido el de piel).
- b. Enfermedades neurológicas y cerebro vasculares.
- c. Enfermedades de las coronarias que requieren cirugía (operación de tórax abierto). **Quedan excluidos los procedimientos quirúrgicos como angioplastia con colocación de stent y sus complicaciones como la trombosis u otras enfermedades con tratamientos similares.**
- d. Trasplante de los siguientes órganos: corazón, hígado, médula ósea y pulmón.

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

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

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

La suma asegurada y el deducible para esta cláusula, serán los mismos que se contraten para la cobertura básica de la póliza. El coaseguro que se aplicará será de la siguiente forma:

Condiciones Generales

Si el coaseguro contratado es menor o igual al 10% se aplicará el 10%. Si el coaseguro es mayor al 10% se aplicará el contratado para la Cobertura básica. Para esta cláusula el monto máximo por concepto de coaseguro será de \$60,000.

Es requisito indispensable la inclusión de todos los integrantes del subgrupo Asegurado dentro de la póliza. Las edades de aceptación son las mismas que aplican para la Cobertura básica.

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de esta póliza, serán reembolsados con base a lo estipulado en la Cláusula 9. Moneda, del Capítulo Cláusulas Generales.

3. Cláusula de Cobertura en el Extranjero

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

Para tratamientos recibidos fuera de la República Mexicana derivados de esta cobertura aplicaran los siguientes:

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

Para esta cláusula el monto máximo por concepto de coaseguro será el mismo de la cobertura básica.

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

El deducible y coaseguro son aplicables al 100% tanto por reembolso como pago directo.

La tabla de honorarios médicos y quirúrgicos en el extranjero, será el UCR (Usual, Customary & Reasonable) de uso común, acostumbrado y razonable del lugar en donde se realice el tratamiento.

La suma asegurada para la cobertura de maternidad es de \$40,000.

Condiciones Generales

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

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de esta póliza, serán reembolsados con base a lo estipulado en la Cláusula 9. Moneda, del Capítulo Cláusulas Generales.

4. Cobertura de Renta Diaria por Hospitalización

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

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

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

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

En caso de renovación no aplica este período de espera.

Exclusiones: Además de las señaladas en la Cobertura Básica, se excluye la renta diaria por hospitalización, en los siguientes casos:

- a. **Lesiones por accidentes que sufra el asegurado ocasionados por culpa grave del mismo, a consecuencia de la ingesta de bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización del accidente.**
- b. **Lesiones que el Asegurado sufra cuando se encuentre bajo los efectos de drogas o estimulantes no prescritos médicamente.**
- c. **Exámenes médicos de rutina, tratamiento de obesidad, adelgazamiento o cualquier fin estético, abortos provocados intencionalmente.**

Condiciones Generales

- d. Hospitalizaciones por infecciones a causa del virus de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o enfermedades relacionadas.
- e. Hospitalizaciones en establecimientos no reconocidos como hospitales.
- f. Hospitalizaciones por causa de cesárea, parto o complicaciones del embarazo.
- g. Lesiones por catástrofes naturales.
- h. Las enfermedades y secuelas de accidentes que correspondan a eventos originados antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza con respecto a cada Asegurado que no cumplan con el periodo de espera de un año señalado anteriormente.

5. Cobertura de Corrección de la Vista

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

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

6. Cobertura de Visión

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

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

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

Condiciones Generales

Cláusulas

A. Los gastos cubiertos serán:

- a. Modelo de armazón (Oftálmico); no incluye armazón de tres piezas.
- b. Micas blancas CR 39 (sin tratamientos, sencilla o bifocal Flat Top).
- c. Lentes de contacto suaves.
- d. Se tiene derecho a un par de anteojos o lentes de contacto una vez al año.

B. Exclusiones

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

7. Cobertura Dental

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

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

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

En la presente cobertura aplicará el deducible y coaseguro específicos que se indican en la póliza y/o certificado correspondiente. Los tratamientos dentales cubiertos serán pagados directamente por la Compañía Articuladora de Servicios Dentales al odontólogo tratante. Por ningún motivo aplicarán reembolsos al Asegurado.

Condiciones Generales

Exclusiones

- a. Los gastos erogados fuera de la vigencia de esta cobertura por cualquier causa, salvo que hayan sido programados en el esquema de trabajo del odontólogo tratante en el primer diagnóstico.
- b. Todos los gastos dentales erogados a consecuencia de tratamientos dentales no especificados dentro de esta cobertura, así como los medicamentos prescritos por el médico tratante.
- c. Gastos Dentales erogados con odontólogos que no se encuentren en el “Listado de Odontólogos” que se anexa a esta póliza.
- d. Todo tipo de conceptos de naturaleza exclusivamente preventiva.

Condiciones Generales

Beneficios Adicionales Incluidos

8. Cobertura de Asistencia en Viaje

Se cubrirán los servicios de asistencia al asegurado cuando se encuentre viajando a más de 150 kilómetros de su residencia primaria y legal o fuera del país de residencia y que no ha estado ausente de dicha residencia por más de 90 días consecutivos conforme a lo siguiente:

Para efectos de los servicios de Asistencia en Viajes se definen a continuación los siguientes conceptos:

- a) **Beneficiario.** Es la persona que obtiene los servicios de asistencia en viaje.
- b) **Residencia permanente.** Es el domicilio habitual en los Estados Unidos Mexicanos del Beneficiario tal como aparece en la carátula de la póliza.
- c) **Viaje.** Se considera que una persona se encuentra de viaje, cuando está a más de 150 kilómetros del centro de su población de Residencia Permanente, por un período máximo de 90 días consecutivos.
- d) **Servicios de Asistencia.** Son los servicios asistenciales que gestiona el proveedor en los términos que de estas Condiciones Generales, para los casos de una Situación de Asistencia indicados a continuación:
 - Consulta, evaluación y referencia médica cuando requiera cuidado directo o mientras sea necesario
 - Traslado médico a un centro médico apropiado
 - Repatriación médica para transportar al participante a su hogar o a un centro de rehabilitación
 - Asistencia para transferir o reemplazar medicina recetada que haya sido perdida u olvidada
 - Admisión hospitalaria garantizada para asegurarle que reciba el cuidado necesario en el momento que lo necesite (fuera de México o Estados Unidos)
 - Monitoreo de atención crítica y cuidado del paciente
 - Transmisión de mensajes de emergencia para comunicarle a sus familiares información necesaria
 - Transporte para un familiar o amigo para reunirse con el paciente (participante asegurado)
 - Cuidado para niños menores por si quedan desatendidos en caso de una emergencia del participante asegurado
 - Referencia a intérpretes y consejeros legales para asistir cuando sea necesario

Condiciones Generales

- e) Situación de Asistencia.** Todo acontecimiento ocurrido a los Beneficiarios en los términos y con las limitaciones establecidas en esta cobertura, así como las demás situaciones descritas, que dan derecho a la gestión de los Servicios de Asistencia.

Este beneficio adicional y los servicios derivados de éste, serán otorgados por MetLife a través de la Compañía Articuladora de Servicios de Asistencia en Viaje con la cual MetLife ha celebrado un contrato, por lo que no se aceptará reclamo de gastos por reembolso alguno.

MetLife entregará al Asegurado un folleto de la Compañía Articuladora de Servicios de Asistencia en Viaje, que le servirá de guía para hacer uso de este beneficio adicional el cuál se anexa a esta póliza y a través de MetLife el Asegurado podrá tramitar los servicios derivados de esta cobertura.

Condiciones Generales

GLOSARIO

Artículos de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

Artículo 8°.- Las condiciones generales del seguro deberán figurar en el mismo formulario de oferta 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. En todo caso, las declaraciones firmadas por el asegurado serán la base para el contrato si la empresa le comunica su aceptación dentro de los plazos que fija el artículo 6o. de la presente ley.

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

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

Artículo 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 primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, 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 el mayor previsto en este artículo.

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 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.

Condiciones Generales

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 dió 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.

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 164°.- 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.

Si sólo se hubiere designado un beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el asegurado y no existiere designación de nuevo beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación hecha en los términos del artículo siguiente.

Artículo 165°.- El derecho de revocar la designación del beneficiario cesará solamente cuando el asegurado haga renuncia de él y, además, la comunique al beneficiario y a la empresa aseguradora. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza y esta constancia será el único medio de prueba admisible.

Condiciones Generales

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. Si las circunstancias del caso lo permiten, antes de citar a las partes a audiencia, se intentará la conciliación inmediata por cualquier medio, y en caso de alcanzar un acuerdo, será necesario que se confirmen por escrito los compromisos adquiridos.

De no lograrse la conciliación inmediata, 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.

Condiciones Generales

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;

IV. La falta de presentación del informe, no podrá ser causa para suspender o diferir la audiencia referida y ésta deberá darse por concluida el día señalado para su celebración, salvo que por cualquier circunstancia, a juicio de la Comisión Nacional no pueda celebrarse en la fecha indicada, caso en el cual se deberá verificar dentro de los cinco días hábiles siguientes;

V. La falta de presentación del informe a que se refiere el párrafo anterior hará tener por cierto lo manifestado por el Usuario, independientemente de las sanciones a que haya lugar de conformidad con lo señalado en esta Ley;

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;

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 o las partes rechacen el arbitraje, y siempre que del expediente se desprendan elementos que a juicio de la Comisión Nacional permitan suponer la procedencia de lo reclamado, ésta podrá emitir, previa solicitud por escrito del Usuario, un dictamen técnico que contenga su opinión. Para la elaboración del dictamen, la Comisión Nacional podrá allegarse todos los elementos que juzgue necesarios.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen técnico, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los

Condiciones Generales

tribunales competentes, quienes deberán tomarlo en cuenta en el procedimiento respectivo;

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.

El dictamen contendrá una valoración técnico-jurídica elaborada con base en la información, documentación o elementos que existan en el expediente, así como en los elementos adicionales que el organismo se hubiere allegado.

La Comisión contará con un término de noventa días hábiles para expedir el dictamen correspondiente. El servidor público que incumpla con dicha obligación, será sancionado en términos de la Ley de Responsabilidades de los Servidores Públicos.

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 ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente que derive de la reclamación, y dará aviso de ello, en su caso, a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión. Ese registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera, 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.

En el caso de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la orden mencionada en el primer párrafo de esta fracción, se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de

Condiciones Generales

cumplir, cuyo monto no deberá exceder de la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

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 el pasivo contingente o la reserva técnica.

Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguro

Artículo 135 Bis.- Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, 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 de su exigibilidad legal 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.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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 empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que 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 no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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;

Condiciones Generales

V.- En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá 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;

VI.- 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 la exigibilidad 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 empresa 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 las prestaciones indemnizatorias establecidas 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, y

VIII.- Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente.

La documentación contractual y la Nota Técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los Artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número _____ de fecha _____.

Si requiere mayor información, póngase en contacto con nosotros, con gusto lo atenderemos.

Teléfonos: 5328-7000 y Lada sin costo 01 80000 METLIFE (638 5433)
Horario de Atención: lunes a jueves de 8:00 a 17:30 hrs. y viernes de 8:00 a 15:00 hrs.

Dirección Web: www.metlife.com.mx