MetLife

Círculos de Protección
Accidentes personales grupo

Condiciones generales

RECAS: CONDUSEF-000070-02

Contenido

1. Definiciones 1

2. Coberturas 4

2.1. Muerte Accidental 4

2.2. Indemnización adicional por Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre o Acuático 5

2.3. Indemnización adicional por Muerte Accidental en Transporte Aéreo 5

2.4. Pérdidas Orgánicas 5

2.5. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente 6

2.6. Reembolso de Gastos Funerarios 6

2.7. Reembolso de Gastos Funerarios por Accidente 6

2.8. Indemnización Diaria por Hospitalización 7

2.8.1. Por accidente 7

2.8.2. Por enfermedad 7

2.8.3. Por enfermedad específica 7

2.8.3.1. Neoplasia maligna (cáncer general) 7

2.8.3.2. Cáncer de próstata 7

2.8.3.3. Cáncer cérvico uterino 7

2.8.3.4. Cáncer de mama 8

2.8.3.5. Infarto 8

2.9. Invalidez total y permanente por accidente 8

2.10. Fractura de huesos 9

2.11. Indemnización por Diagnóstico de Graves Enfermedades 10

2.11.1. Infarto al miocardio 10

2.11.2. Cirugía coronaria 10

2.11.3. Infarto y/o hemorragia cerebral 11

2.11.4. Insuficiencia renal crónica 11

2.11.5. Parálisis de las extremidades 12

2.11.6. Trasplante de un órgano vital 12

2.11.7. Quemaduras graves 12

2.11.8. Cirugía reconstructiva por quemadura grave 13

2.11.9. Esclerosis múltiple 13

2.11.10. Distrofia muscular 13

2.11.11. Ceguera 14

2.11.12. Mudez 14

2.11.13. Sordera 15
2.12. Coberturas de Cáncer 15
2.12.1. Indemnización por Diagnóstico de Neoplasia Maligna 15
2.12.2. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer Específico 16
2.12.2.1. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer Cérvico Uterino 16
2.12.2.2. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Próstata 17
2.12.2.3. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Mama 17
2.12.3. Reembolso por Intervenciones Quirúrgicas por Cáncer 18
2.12.4. Reembolso por Cirugía Reconstructiva por Cáncer 18
2.12.5. Indemnizacion por Prótesis por Cirugía radical de Cáncer de Mama 19
2.12.6. Indemnización por Diagnóstico de Neoplasia Maligna Terminal (cáncer) 19
2.13. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente Dental 19
2.14. Indemnización por Diagnóstico de Diabetes Infantil 19
2.15. Indemnización por Diagnóstico de Leucemia 20
2.16. Indemnización por Diagnóstico de Hemiplejia, Paraplejia, Cuadriplejia, Tetraplejia por Accidente 21
2.17. Indemnización por Diagnóstico del mal de Alzheimer 21
2.18. Indemnización por Diagnóstico del mal de Parkinson 22
2.19. Cobertura a corto plazo 24
3. Disposiciones generales 24
4. Registro de asegurados y administración de la póliza 24
5. Certificados individuales 26
6. Obligaciones del Contratante 26
7. Altas de asegurados 27
8. Baja de asegurados 27
9. Cambio de Contratante 27
10. Periodo de cobertura 27
11. Moneda del contrato 29
12. Periodo de carencia 29
13. Forma de pago de la Suma Asegurada contratada 29
14. Dividendos 30
15. Aviso de siniestro 31
16. Pruebas 31
17. Edades de contratación 31
18. Primas 32

19. Periodo de gracia **32**

20. Designación de beneficiarios **32**

21. Comprobación del siniestro **33**

22. Impuestos, tasas y contribuciones **33**

23. Domicilio **33**

24. Prescripción **33**

25. Renovación automática **34**

26. Competencia **34**

27. Indemnización por mora **34**

28. Rehabilitación **36**

29. Identificación de los asegurados **36**

30. Duplicado de póliza **36**

31. Exclusiones **36**

32. Etapas médicas de cáncer **39**

33. Comisiones o compensaciones **40**

Condiciones generales del seguro "Círculos de Protección Integral para Colectividades para Accidentes Personales y Graves Enfermedades"

MetLife Más, S.A. de C. V., en adelante MetLife Más, emite la presente póliza sobre la persona del Asegurado, basándose en las declaraciones efectuadas por el Contratante y/o el Asegurado de la póliza. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente contrato de seguro, son las siguientes:

1. Definiciones

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta póliza de seguro, pudiendo ser en femenino o masculino, plural o singular y si se trata de verbo, en cualquier conjugación.

Accidente

Se entiende por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, sonambulismo o cualquier otro evento no accidental que sufra el Asegurado.**

Asegurado

Es toda aquella persona física que se encuentra amparada por la presente póliza y que aparece señalada como tal en el certificado respectivo.

Metlife Más

MetLife Más, S.A. de C. V., quien otorga las coberturas contratadas y que será la responsable del pago de los beneficios estipulados en la póliza.

Beneficiario

Es la persona(s) designadas en la póliza, como titular del derecho a la indemnización que en ella se establece. Su designación debe ser expresa y de libre nombramiento.

Contratante

Es la persona física o moral que suscribe con MetLife Más una póliza de seguro y es responsable ante MetLife Más de pagar la prima correspondiente y de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo materia del seguro.

Colectividad asegurada

Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro, designadas por el Contratante como asegurados y que cumplen con los requisitos de elegibilidad de MetLife Más.

Dependientes

Son los hijos solteros del Asegurado menores de veinticinco (25) años de edad, económicamente dependientes de éste último, así como el cónyuge del Asegurado.

Dientes naturales sanos

Son aquellas piezas dentales desarrolladas por el cuerpo humano que no han sufrido ningún tipo de tratamiento odontológico de tipo curativo o restaurador previo (ejemplo aplicación de incrustación, endodoncia, etc.)

Endoso

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

Enfermedad

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo, con relación al organismo que amerite tratamiento médico o quirúrgico. Para efectos del presente contrato de seguro, se considerara como enfermedad, cualquiera de las enfermedades indicadas en las coberturas descritas en el apartado correspondiente.

Enfermedad congénita

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

Exclusiones

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

Fecha de inicio de vigencia

Es la fecha que aparece en la carátula de la póliza, a partir de la cual comienzan los beneficios de la póliza contratada.

Fractura

Es la pérdida de la continuidad del tejido óseo que debe ser diagnosticado por un médico con cédula profesional y soportado por estudios radiológicos. Para su reducción podrán utilizarse dos tipos de tratamiento: (i) tratamiento quirúrgico y (ii) tratamiento no quirúrgico.

Fractura con tratamiento quirúrgico

Es aquella fractura que requiere cirugía para su reducción.

Fractura con tratamiento no quirúrgico

Es aquella fractura que no requiere cirugía para su reducción, entonces el manejo será conservador.

Gasto Usual y Acostumbrado (GUA)

Se entenderá como Gasto Usual y Acostumbrado, el costo máximo admisible para un tratamiento o procedimiento médico. El GUA será establecido con base al tipo de tratamiento o cirugía, al hospital y a la localidad en donde se lleve a cabo la atención médica.

Ley

Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Padecimientos preexistentes

1. Se entenderá por padecimientos preexistentes, aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del Asegurado dentro de la póliza.

b) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del Asegurado bajo la póliza.

c) Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la póliza.

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico tratante determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del contrato.

2. MetLife Más sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento, 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.

b) Cuando MetLife Más 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 resumen del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

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

3. A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, MetLife Más, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al Asegurado que se someta a un examen médico.

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

4. En el caso de que el Asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, MetLife Más podrá aceptar el riesgo declarado.

5. El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de MetLife Más, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. MetLife Más acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

En este caso, se estará al laudo emitido por arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por MetLife Más.

Periodo de gracia

Es el plazo otorgado por MetLife Más para el pago de la prima, dentro del cual se otorga cobertura, aun cuando no se hubiere pagado la misma prima que se deducirá del beneficio a pagar si ocurriera el siniestro durante este lapso.

Periodo de carencia

Es el plazo durante el cual no tienen efecto los beneficios de una cobertura, aplica únicamente para pólizas nuevas.

Póliza y/o contrato

Es el documento que funge como contrato de seguro y lo forman las condiciones generales, la carátula de la póliza, la solicitud de seguro, los certificados individuales, los consentimientos, endosos y las cláusulas adicionales que se agreguen, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y MetLife Más, donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado.

Prima

Es el valor determinado por MetLife Más, que el Contratante deberá pagar como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas.

RSGyC

Se refiere al Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Suma Asegurada

Es la cantidad máxima establecida en la carátula de la póliza para cada una de las coberturas, por la que tendrá responsabilidad MetLife Más, en caso de proceder la reclamación.

Suma Asegurada Máxima sin requisitos

Es la cantidad máxima establecida de acuerdo a las políticas de suscripción, que no requiere requisitos de asegurabilidad.

Deducible

Monto con el cual participa el Asegurado en cada evento, el cual se establece en el certificado individual de la póliza y puede estar determinado por una cantidad fija, número de días o porcentaje.

Terrorismo

Los actos de una persona o personas que por sí mismas, o en representación de alguien o en conexión con cualquier organización, realicen actividades por la fuerza, violencia o por la utilización de cualquier otro medio con fines políticos, religiosos, ideológicos, étnicos o de cualquier otra naturaleza, destinados a influenciar o presionar al gobierno para que tome una determinación, o tratar de menoscabar la autoridad del estado; ocasionando lesiones o la muerte de una o varias personas.

Vigencia

Es la duración de la póliza, la cual está estipulada en la carátula de la póliza.

2. Coberturas

El presente contrato de seguro está integrada por las coberturas incluidas expresamente, conforme a lo indicado en la carátula de la póliza y/o el certificado individual correspondiente, pudiendo ser contratadas de manera independiente o en conjunto, esto es, se incluyen en condiciones generales los textos y términos de los beneficios contratados por el Asegurado y las cláusulas generales aplicables a dichos beneficios.

La póliza brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional y durante las veinticuatro (24) horas del día.

La responsabilidad máxima de MetLife Más para las coberturas contratadas será por la Suma Asegurada que se indique en cada una de ellas, de acuerdo a lo siguiente:

2.1. Muerte Accidental

MetLife Más pagará a los beneficiarios, la Suma Asegurada señalada para esta cobertura en el certificado individual, si el fallecimiento del Asegurado se produce a consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de este seguro. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquél que ocurra a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes después de ocurrido el accidente.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de MetLife Más, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el accidente.

MetLife Más cubrirá la consecuencia de muerte que pueda resultar de accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

2.2. Indemnización adicional por Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre o Acuático

MetLife Más pagará a los beneficiarios, la Suma Asegurada señalada para esta cobertura en el certificado individual, diferenciando para ello los casos en los que un accidente provoque la muerte directa e inmediata del Asegurado, cuando éste hubiera estado viajando, subiendo o descendiendo de cualquier transporte público (terrestre o acuático) bajo la condición de pasajero. Es condición necesaria que el mencionado transporte tenga la licencia respectiva para transportar pasajeros.

2.3. Indemnización adicional por Muerte Accidental en Transporte Aéreo

MetLife Más pagará a los beneficiarios, la Suma Asegurada señalada para esta cobertura en el certificado individual, cuando el Asegurado hubiera estado viajando en la condición de pasajero en cualquier tipo de transporte aéreo operado por empresa aérea comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros, en vuelo regular con itinerario preestablecido, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo.

2.4. Pérdidas Orgánicas

Si durante la vigencia del certificado individual, como consecuencia directa de un accidente cubierto por el mismo y dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la ocurrencia del mismo, la lesión produjera cualquiera de las pérdidas especificadas en la tabla de indemnizaciones, MetLife Más pagará los siguientes porcentajes de la Suma Asegurada establecida en la carátula de la póliza para esta cobertura.

Tabla de indemnizaciones

Por la pérdida de:	Indemnización	
	Escala“A”	Escala“B”
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	---	30%
Tres dedos de una mano, comprendiendo el pulgar o el índice	---	30%
Tres dedos de una mano, que no sean el pulgar o el índice	---	25%
El pulgar de una mano y otro dedo que no sea el índice	---	25%
La audición total e irreversible en ambos oídos	---	25%
El índice y otro dedo de una mano que no sea el pulgar	---	20%
Acortamiento de por lo menos 5 cm., de un miembro inferior	---	15%
El dedo medio o el anular o el meñique	---	6%
Cualquier dedo del pie	---	6%

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

- Por pérdida de la mano: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella);

- Por pérdida del pie: la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;

- Por pérdida de los dedos: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos);

- En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la póliza, en uno o en varios accidentes, MetLife Más pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la Suma Asegurada para este beneficio.

Esta cobertura también es aplicable para menores, entre cuarenta y cinco (45) días y doce (12) años de edad.

2.5. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

Si durante la vigencia del certificado individual, como consecuencia directa de un accidente cubierto por el mismo y dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la ocurrencia del mismo, el Asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, a hospitalizarse o hacer uso de ambulancia, medicinas o estudios de laboratorio y de gabinete hasta el Gasto Usual y Acostumbrado que se indique en la carátula de la póliza; MetLife Más reembolsará, además de las otras indemnizaciones a que tuviera derecho, el monto de las mencionadas asistencias, previa comprobación. Esta cobertura estará sujeta a la aplicación del deducible por evento estipulado en el certificado individual.

La cobertura para cada accidente cubierto, finalizará automáticamente al término de ciento ochenta (180) días desde la fecha del accidente, o al agotarse la Suma Asegurada establecida en la carátula de la póliza. La reinstalación automática (al inicio de la siguiente vigencia) del beneficio máximo quedará incluida.

Esta cobertura también es aplicable para menores, entre cuarenta y cinco (45) días y doce (12) años de edad.

2.6. Reembolso de Gastos Funerarios

Si durante la vigencia del certificado individual fallece el Asegurado, MetLife Más reembolsará a las personas designadas conforme a lo dispuesto en la cláusula correspondiente, previa comprobación, los gastos erogados con motivo de sepelio o incineración, fosa o nicho y transporte del cadáver o de las cenizas al lugar designado por el beneficiario, hasta el monto total de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura. En caso de que exista un remanente, éste se pagará a los beneficiarios designados para tal fin.

En el caso de que el Asegurado sea menor de doce (12) años, MetLife Más responderá hasta por un máximo de 2700 días de Salario Mínimo General Vigente en la Ciudad de México, como reembolso de gastos funerarios.

2.7. Reembolso de Gastos Funerarios por Accidente

Si durante la vigencia del certificado individual, como consecuencia directa de un accidente cubierto y dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del mismo sobreviniere la muerte, MetLife Más pagará la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza, a las personas designadas conforme a la cláusula de beneficiarios, para solventar los gastos erogados por motivo de sepelio o incineración, fosa o nicho y transporte del cadáver o de las cenizas al lugar designado por el beneficiario, hasta el monto total de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura. En caso de que exista un remanente, éste se pagará a los beneficiarios designados para tal fin.

En el caso de que el Asegurado sea menor de doce (12) años, MetLife Más responderá hasta por un máximo de 2700 días de Salario Mínimo General Vigente en la Ciudad de México, como reembolso de gastos funerarios.

2.8. Indemnización Diaria por Hospitalización

2.8.1. Por accidente

MetLife Más pagará una indemnización diaria por hospitalización al Asegurado, si éste es internado en un hospital por un periodo mínimo de doce (12) horas, a causa de un accidente que sufra durante la vigencia de la póliza y limitándose a un periodo máximo de ciento ochenta (180) días por evento. Para este beneficio aplicará el deducible en días que se estipula en la carátula de la póliza y/o certificado individual respectivo.

El periodo máximo de cobertura será de doce (12) meses, a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización, no obstante lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo accidente, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio de ciento ochenta (180) días.

2.8.2. Por enfermedad

MetLife Más pagará una indemnización diaria por hospitalización al Asegurado, si éste es internado en un hospital por un periodo mínimo de doce (12) horas, a causa de una enfermedad que sufra durante la vigencia de la póliza y limitándose a un periodo máximo de ciento ochenta (180) días por enfermedad. Para este beneficio aplicará el deducible en días que se estipula en la carátula de la póliza y certificado individual respectivo. Los beneficios amparados por esta cobertura estarán sujetos a lo estipulado en la cláusula 12. periodo de carencia.

El periodo máximo de cobertura será de doce (12) meses, a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización, no obstante lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de una misma enfermedad, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio de ciento ochenta (180) días.

2.8.3. Por enfermedad específica

2.8.3.1. Neoplasia maligna (cáncer general)

MetLife Más pagará una indemnización diaria por hospitalización al Asegurado, si éste es internado en un hospital por un periodo mínimo de doce (12) horas, a causa de un cáncer que sufra durante la vigencia de la póliza y limitándose a un periodo máximo de ciento ochenta (180) días por evento. Para este beneficio aplicará el deducible en días que se estipula en la carátula de la póliza y/o certificado individual respectivo.

El periodo máximo de cobertura será de doce (12) meses, a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización, no obstante lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo cáncer, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio de ciento ochenta (180) días.

2.8.3.2. Cáncer de próstata

MetLife Más pagará una indemnización diaria por hospitalización al Asegurado, si éste es internado en un hospital por un periodo mínimo de doce (12) horas, a causa de un cáncer de próstata especificado bajo esta cobertura que sufra durante la vigencia de la póliza y limitándose a un periodo máximo de ciento ochenta (180) días por evento. Para este beneficio aplicará el deducible en días que se estipula en la carátula de la póliza y/o certificado individual respectivo.

El periodo máximo de cobertura será de doce (12) meses, a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización, no obstante lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo cáncer, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio de ciento ochenta (180) días.

2.8.3.3. Cáncer cérvico uterino

MetLife Más pagará una indemnización diaria por hospitalización al Asegurado, si éste es internado en un hospital por un periodo mínimo de doce (12) horas, a causa de un cáncer cérvico uterino especificado bajo esta cobertura que sufra durante la vigencia de la póliza y limitándose a un periodo máximo de ciento ochenta (180) días por evento. Para este beneficio aplicará el deducible en días que se estipula en la carátula de la póliza y/o certificado individual respectivo.

El periodo máximo de cobertura será de doce (12) meses, a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización, no obstante lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo cáncer, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio de ciento ochenta (180) días.

2.8.3.4. Cáncer de mama

MetLife Más pagará una indemnización diaria por hospitalización al Asegurado, si éste es internado en un hospital por un periodo mínimo de doce (12) horas, a causa de un cáncer de mama especificado bajo esta cobertura que sufra durante la vigencia de la póliza y limitándose a un periodo máximo de ciento ochenta (180) días por evento. Para este beneficio aplicará el deducible en días que se estipula en la carátula de la póliza y/o certificado individual respectivo.

El periodo máximo de cobertura será de doce (12) meses, a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización, no obstante lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo cáncer, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio de ciento ochenta (180) días.

2.8.3.5. Infarto

MetLife Más pagará una indemnización diaria por hospitalización al Asegurado, si éste es internado en un hospital por un periodo mínimo de doce (12) horas, a causa de un infarto que sufra durante la vigencia de la póliza y limitándose a un periodo máximo de ciento ochenta (180) días por evento. Para este beneficio aplicará el deducible en días que se estipula en la carátula de la póliza y/o certificado individual respectivo.

El periodo máximo de cobertura será de doce (12) meses, a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización, no obstante lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo infarto, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio de ciento ochenta (180) días.

2.9. Invalidez total y permanente por accidente

MetLife Más pagará la Suma Asegurada señalada para esta cobertura en el certificado individual, si durante la vigencia de esta cobertura, el Asegurado se invalida total y permanentemente a causa de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta póliza.

Se entenderá por incapacidad total y permanente la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un accidente que lo imposibilite para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. A fin de determinar esta incapacidad, se requerirá que haya sido continua durante el periodo establecido en la carátula o certificado de la póliza.

Los siguientes casos se consideran como causa de invalidez y no operará el periodo de espera: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la perdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo.

Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Comprobación del estado de invalidez total y permanente

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el Asegurado deberá presentar a MetLife Más, además de lo establecido en la cláusula relativa a la comprobación del siniestro, el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la invalidez total y permanente, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de invalidez total y permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el consejo de la especialidad de medicina del trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por MetLife Más, para estos efectos y en caso de proceder el estado de invalidez total y permanente, MetLife Más cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de invalidez total y permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

En caso que el Asegurado no tenga un trabajo formal, se entenderá como la invalidez total y permanente cuando no pueda realizar ningún tipo de trabajo remunerativo o realizar (con o sin ayuda) por lo menos tres (3) de las siguientes seis (6) "actividades cotidianas" por un periodo continuo de por lo menos seis (6) meses.

Actividades cotidianas:

(i) Bañarse, la habilidad de lavarse en el baño o ducha (incluyendo hacerlo dentro y fuera del baño o ducha) o lavarse satisfactoriamente a través de otros medios;

(ii) Vestirse, la habilidad de ponerse, quitarse, abrocharse y desabrocharse toda la ropa, así como prótesis u otros aparatos ortopédicos;

(iii) Trasladarse, la habilidad de moverse de una cama a una silla o silla de ruedas poniéndose de pie y viceversa;

(iv) Movilidad, la habilidad de moverse en casa de cuarto a cuarto para alojarse en superficies planas;

(v) Sanitario, la habilidad de usar el sanitario o bien manejar las funciones de defecación y micción para mantener un nivel satisfactorio de higiene personal;

(vi) Alimentación, la habilidad de alimentarse por sí mismo, una vez que la comida sea preparada y este disponible.

Periodo de espera

El beneficio derivado del estado de invalidez del Asegurado comenzará su aplicación después de transcurridos ciento ochenta (180) días de diagnosticado el estado de invalidez total y permanente, siempre y cuando el estado de invalidez prevalezca.

No operara el periodo cuando el estado de invalidez sea dictaminado por una Institución de Seguridad Social a la que se encuentre adscrito el Asegurado.

2.10. Fractura de huesos

MetLife Más pagará el porcentaje de la Suma Asegurada de esta cobertura, especificada en la documentación contractual, si durante la vigencia del certificado individual, como consecuencia directa de un accidente cubierto y dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualquiera de las fracturas de hueso mencionadas a continuación:

- **Cráneo**
- **Huesos cara (sin nariz)**
- **Columna cervical**
- **Columna toráxico y lumbar**
- **Huesos sacro y coxis**
- **Costillas**
- **Esternón**
- **Pelvis**
- **Clavícula**
- **Omóplato (escápula)**
- **Húmero**
- **Radio**
- **Cúbito (ulna)**
- **Huesos carpeanos o metacarpeanos**
- **Cuello del fémur**
- **Otras partes del fémur**
- **Tibia y peroné (fíbula)**
- **Huesos del tarso y del metatarso**
- **Rótula**

La indemnización máxima que pagará MetLife Más ya sea por la ocurrencia de una o más fracturas cubiertas, será la Suma Asegurada contratada para la presente cobertura.

Los beneficios que derivan de esta cobertura son improcedentes cuando el siniestro se haya realizado en las siguientes condiciones o el riesgo tenga las siguientes características:

a) Cuando el evento sea derivado por osteoporosis o fractura patológica (cualquier fractura que halla sido provocada por una enfermedad previa que haya debilitado el hueso), independientemente de que si la osteoporosis o la enfermedad que haya debilitado el hueso fueron diagnosticadas después de la fecha de emisión de la póliza.

b) Si la fractura se deriva de procesos de alumbramiento o aborto o cualquier complicación derivado de estos procesos.

2.11. Indemnización por Diagnóstico de Graves Enfermedades

MetLife Más pagará la Suma Asegurada señalada para esta cobertura en el certificado individual, si durante la vigencia de esta cobertura, el Asegurado sufre alguna de las graves enfermedades siguientes:

2.11.1. Infarto al miocardio

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, a partir de la ocurrencia del evento de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

b) Definición

Muerte de una porción del músculo del corazón ocasionado por un inadecuado suministro de sangre al área pertinente.

c) Demostración

Este diagnóstico debe estar soportado por tres o más de los siguientes cinco criterios que son consistentes con un nuevo ataque cardíaco:

- Historia del dolor torácico típico;
- Electrocardiograma (ECG), con cambios nuevos que demuestran un infarto;
- Diagnóstico de elevación de enzimas cardiacas CPK-MB;
- Diagnóstico de elevación de la Troponina (TnI);
- Una fracción de la eyección ventricular izquierda menor al 50%, medida tres (3) meses o más después del evento.

2.11.2. Cirugía coronaria

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, a partir de la práctica de la cirugía coronaria de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

b) Definición

Ser sometido a una cirugía de apertura de tórax para corregir el estrechamiento u obstrucción de una o más de las arterias coronarias con desviación de injertos.

c) Demostración

Este diagnóstico debe ser soportado por una angiografía que demuestre la significativa oclusión de las arterias coronarias y el procedimiento debe ser considerado médicamente necesario por un cardiólogo.

Se excluyen angioplastías y otras técnicas basadas en cateterismo intra arterial, procedimientos laparoscópicos y/o procedimientos con láser.

2.11.3. Infarto y/o hemorragia cerebral

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, a partir de la ocurrencia del evento de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

b) Definición

Un evento cerebrovascular incluyendo infarto del tejido cerebral, embolia cerebral, trombosis cerebral y hemorragia masiva intra-cerebral o dentro del espacio subaracnoideo.

c) Demostración

Este diagnóstico debe ser soportado por todas las condiciones siguientes:

- La evidencia de daño neurológico permanente confirmado por un neurólogo por lo menos tres (3) meses después del evento;
- Hallazgos en resonancia magnética, tomografía computarizada, u otras técnicas de imagenología confiables consistentes con el diagnóstico de un nuevo ataque.

Los siguientes padecimientos quedan excluidos:

- **Episodios de isquemia transitoria;**
- **Daño cerebral debido a un accidente o lesión, vasculitis y enfermedades intracraneanas ocupativas e infecciosas;**
- **Enfermedad vascular que afecte al ojo o el nervio óptico;**
- **Desorden de isquemia del sistema vestibular.**

2.11.4. Insuficiencia renal crónica

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, a partir de la ocurrencia del evento de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

b) Definición

Falla crónica irreversible de ambos riñones que requieran diálisis renal permanente o trasplante del riñón.

c) Demostración

Enfermedad crónica del riñón con evidencias de insuficiencia renal irreversible consecutiva en los análisis de sangre que hacen necesaria la hemodiálisis periódica o un programa de diálisis peritoneal a largo plazo.

2.11.5. Parálisis de las extremidades

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, a partir de la ocurrencia del evento de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

b) Definición

La completa, permanente e irreversible pérdida del uso de por lo menos, ambos brazos, o ambas piernas, o un brazo y una pierna, a través de una parálisis causada por enfermedad o lesión.

c) Demostración

Este estado debe ser confirmado por un médico neurólogo.

Se excluyen las lesiones auto-infligidas.

2.11.6. Trasplante de un órgano vital

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, a partir de la práctica de la cirugía de trasplante como receptor de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

b) Definición

Someterse como receptor a una cirugía de trasplante de uno de los siguientes órganos humanos: corazón, pulmón, hígado, riñón, páncreas, médula ósea, como resultado de la falla e insuficiencia irreversible del órgano pertinente.

Médula ósea: la recepción de un trasplante de médula ósea humana utilizando células madre hematopoyéticas precedido por ablación total de medula ósea.

c) Demostración

Historia de enfermedad grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requirió ser sustituido, así como la documentación hospitalaria del trasplante efectuado.

Si el Asegurado requiere de alguna indemnización como consecuencia de esta cobertura, MetLife Más deducirá de la Suma Asegurada a pagar, el importe total que hubiere ya pagado al Asegurado, por el mismo evento bajo la cobertura de Indemnización por Neoplasia Maligna Terminal (1.12.6.).

2.11.7. Quemaduras graves

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, por la ocurrencia de quemaduras de tercer grado que afecten por lo menos el 25% de la superficie corporal, conforme a la “regla de los nueves”, o la carta de superficie corporal de Lund Browder. Será necesario el envío del reporte médico describiendo la localización y extensión de las quemaduras.

b) Definición

Quemaduras de tercer grado (espesor completo de la piel) que cubran por lo menos el 25% de la superficie del cuerpo del Asegurado.

c) Demostración

Descripción de las heridas con datos de anestesia o hipoestesia con más del 25% de superficie corporal afectada.

2.11.8. Cirugía reconstructiva por quemadura grave

a) Cobertura

Si a consecuencia de alguna quemadura grave cubierta en esta póliza, el Asegurado requiere de la reconstrucción de alguna de las partes corporales perjudicadas, MetLife Más pagará los gastos por dicha reconstrucción, generados por los gastos totales derivados de la intervención quirúrgica (gastos de hospitalización, honorarios del médico tratante, gastos del cirujano y los honorarios del anestesiólogo y ayudantes, incluyendo la atención postoperatoria), que serán pagados de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado para el tipo de operación de que se trate, estableciendo como límite máximo la Suma Asegurada señalada en el certificado individual correspondiente.

b) Demostración

La demostración será de acuerdo al antecedente del hecho que dio origen y cuya definición se encuentra en la cobertura correspondiente.

2.11.9. Esclerosis múltiple

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, por la ocurrencia de la enfermedad cuyo diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo, confirma anomalías neurológicas moderadas persistentes, consistentes con un daño funcional, pero que no necesariamente llevan a que el Asegurado utilice una silla de ruedas en forma permanente.

b) Definición

Enfermedad del sistema nervioso central, caracterizada por zonas de desmielinización en el cerebro, ocasionando parestesias en una o más extremidades en el tronco, debilidad o paraplejia de piernas, brazos, parálisis del nervio óptico o deficiencias en el control vesical.

c) Demostración

El diagnóstico debe ser soportado por todas las condiciones siguientes:

- Investigaciones que inequívocamente confirman el diagnóstico para ser esclerosis múltiple;
- Pérdidas neurológicas múltiples que ocurrieron en un periodo continuo de por lo menos seis (6) meses;
- Historia médica documentada de exacerbaciones y remisiones donde se señale los síntomas o pérdidas neurológicas.

Se excluyen otras causas de daño neurológico como lupus eritematoso sistémico o infecciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana.

2.11.10. Distrofia muscular

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, por la ocurrencia de enfermedad hereditaria que se caracteriza por una progresiva pérdida de la capacidad muscular. El diagnóstico deberá ser realizado por un médico, basado principalmente en los síntomas clínicos y el historial genético (genético/historial familiar o un estudio de cromosomas).

b) Definición

Un grupo de enfermedades hereditarias degenerativas del músculo caracterizado por la debilidad y atrofia de músculo.

c) Demostración

El diagnóstico de distrofia muscular debe ser inequívoco y realizarse por un neurólogo. La condición es tener como consecuencia la incapacidad de la vida del Asegurado para realizar (con o sin ayuda) por lo menos tres (3) de las siguientes seis (6) “actividades cotidianas” por un periodo continuo de por lo menos seis (6) meses:

Actividades cotidianas:

(i) Bañarse, la habilidad de lavarse en el baño o ducha (incluyendo hacerlo dentro y fuera del baño o ducha) o lavarse satisfactoriamente a través de otros medios;

(ii) Vestirse, la habilidad de ponerse, quitarse, abrocharse y desabrocharse toda la ropa, así como prótesis u otros aparatos ortopédicos;

(iii) Trasladarse, la habilidad de moverse de una cama a una silla o silla de ruedas poniéndose de pie y viceversa;

(iv) Movilidad, la habilidad de moverse en casa de cuarto a cuarto para alojarse en superficies planas;

(v) Sanitario, la habilidad de usar el sanitario o bien manejar las funciones de defecación y micción para mantener un nivel satisfactorio de higiene personal;

(vi) Alimentación, la habilidad de alimentarse por sí mismo, una vez que la comida sea preparada y esté disponible.

2.11.11. Ceguera

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, por la ocurrencia de la pérdida total e irreversible de la vista de ambos ojos, causada por accidente o enfermedad. Deberá estar certificada clínicamente por un médico oftalmólogo. **Se excluye cualquier ceguera a consecuencia de glaucoma o retinopatía diabética.**

b) Definición

La pérdida total e irreversible de la vista en ambos ojos, como resultado de una enfermedad o accidente.

c) Demostración

La ceguera debe ser confirmada por un oftalmólogo.

2.11.12. Mudez

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, por la ocurrencia de la pérdida total e irreversible del habla, causada por accidente o enfermedad. **Se excluye cualquier mudez a consecuencia de enfermedades congénitas.**

b) Definición

La pérdida total e irreversible del habla, como resultado de una enfermedad o accidente.

c) Demostración

La mudez debe ser confirmada y certificada clínicamente por un médico otorrinolaringólogo.

2.11.13. Sordera

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, por la ocurrencia de la incapacidad total para escuchar sonidos en cualquiera de los oídos, causada por accidente o enfermedad. **Se excluye cualquier sordera a consecuencia de enfermedades congénitas.**

b) Definición

La incapacidad total o parcial para escuchar sonidos en ambos oídos, como resultado de una enfermedad o accidente.

c) Demostración

La sordera debe ser confirmada y certificada clínicamente por un médico otorrinolaringólogo.

2.12. Coberturas de Cáncer

MetLife Más pagará la Suma Asegurada señalada para esta cobertura en el certificado individual, de acuerdo a las siguientes coberturas:

2.12.1. Indemnización por Diagnóstico de Neoplasia Maligna

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna que ponga en peligro la vida del Asegurado de acuerdo con la definición y demostración que más adelante se señala.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a MetLife Más por este concepto no será cubierta por este seguro.

b) Definición

Presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas con la invasión a ganglios linfáticos y destrucción del tejido normal, siempre y cuando el ganglio con presencia de malignidad no sea el tumor primario. Este diagnóstico debe ser soportado por evidencia de células malignas en material histológico y confirmado por un oncólogo o patólogo.

d) Demostración

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos y ganglios linfáticos demostrada en cirugía, endoscopía, radiología u otro método de imagen.

Si el Asegurado requiere de alguna indemnización como consecuencia del diagnóstico de cáncer, MetLife Más deducirá de la Suma Asegurada a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al Asegurado, por el mismo evento bajo las coberturas de cáncer cérvico uterino (1.12.2.1), cáncer de próstata (1.12.2.2) o cáncer de mama (1.12.2.3).

Lo siguiente se excluye:

- **Tumores que muestran los cambios malignos de carcinoma in situ y tumores que son descritos histológicamente como pre-malignos o no-invasivos, incluyendo, pero no limitando a: carcinoma in situ de mama, displasia cervical NIC-1, NIC-2 y NIC-3;**

- **Hiperqueratosis, carcinoma basocelular y carcinoma escamoso superficiales, así como melanomas de menos de 1.5mm de espesor de Breslow, o menor al nivel 3 de la clasificación Clark, a menos que haya evidencia de metástasis;**

- **Cánceres de próstata descritos histológicamente según la clasificación TNM, T1a o T1b o cánceres de próstata de otra clasificación equivalente o menor, micro-carcinoma papilar de la tiroides T1N0M0 de menos de 1 cm de diámetro, micro-carcinoma papilar de la vejiga, y leucemia linfocítica crónica menor a la etapa 3 de la clasificación RAI;**

- **Todos los tumores con presencia de infecciones del Virus de Inmunodeficiencia Humana;**

- **Todo cáncer cérvico uterino en etapas menores a IVB (si este beneficio también es contratado por el Asegurado);**

- **Todo cáncer de mama en etapas menores a IV (si este beneficio también es contratado por el Asegurado);**

- **Todo cáncer de próstata en etapas menores a T4 (si este beneficio también es contratado por el Asegurado).**

2.12.2. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer Específico

2.12.2.1. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer Cérvico Uterino

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en el inciso d) forma de pago, a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna que ponga en peligro la vida del Asegurado de acuerdo con la definición y demostración que más adelante se señala.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a MetLife Más por este concepto no será cubierta por este seguro.

b) Definición

El cáncer cérvico uterino consiste en el crecimiento lento previo a la aparición de células cancerosas en el cuello uterino, de los tejidos normales del cuello uterino pasando por el proceso de displasia, que consiste en la manifestación de células anormales, que posteriormente comenzarán a crecer y diseminarse con mayor profundidad en el cuello del útero y en las áreas circundantes.

c) Demostración

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes demostrada en cirugía, endoscopía, radiología u otro método de imagen.

d) Forma de pago

Se pagará la Suma Asegurada al momento de ser diagnosticado la etapa IIB siempre que sea procedente de acuerdo al resto de las condiciones generales.

Las etapas médicas se especifican en la cláusula 32 etapas médicas de cáncer.

2.12.2.2. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Próstata

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en el inciso d) forma de pago, a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna que ponga en peligro la vida del Asegurado de acuerdo con la definición y demostración que más adelante se señala.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a MetLife Más por este concepto no será cubierta por este seguro.

b) Definición

Es la proliferación de células malignas a partir de tejido prostático manifestándose en un crecimiento anárquico y descontrolado de células.

c) Demostración

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes demostrada en cirugía, endoscopía, radiología u otro método de imagen.

d) Forma de pago

Se pagará la Suma Asegurada, al momento de ser diagnosticado la etapa T2b, siempre que sea procedente de acuerdo al resto de las condiciones generales.

Las etapas médicas se especifican en la cláusula 32 etapas médicas de cáncer.

2.12.2.3. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Mama

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en el inciso d) forma de pago, a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna que ponga en peligro la vida del Asegurado de acuerdo con la definición y demostración que más adelante se señala.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a MetLife Más por este concepto no será cubierta por este seguro.

b) Definición

Es la manifestación del recubrimiento epitelial de los conductos de tamaño grande e intermedio (ductal), o del epitelio de los conductos terminales de los lóbulos (lobular) por células cancerosas.

c) Demostración

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes demostrada en cirugía, endoscopía, radiología u otro método de imagen.

d) Forma de pago

Se pagará la Suma Asegurada, al momento de ser diagnosticado la etapa IIA, siempre que sea procedente de acuerdo al resto de las condiciones generales.

Las etapas médicas se especifican en la cláusula 32 etapas médicas de cáncer.

2.12.3. Reembolso por Intervenciones Quirúrgicas por Cáncer

Cuando el Asegurado sea sometido a una intervención quirúrgica, como producto de un cáncer cubierto por la presente póliza de acuerdo a lo estipulado en la cláusula 2.12.1. indemnización por diagnóstico de neoplasia maligna ó 2.12.6. indemnización por diagnóstico de neoplasia maligna terminal, MetLife Más pagará los gastos por dicha intervención (gastos de hospitalización, honorarios del médico tratante, gastos del cirujano y los honorarios del anestesiólogo y ayudantes), incluyendo la atención postoperatoria. Los gastos totales derivados de la intervención quirúrgica serán pagados de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado para el tipo de operación de que se trate, estableciendo como límite máximo la Suma Asegurada señalada en el certificado individual de la póliza.

Esta cobertura no aplica para ningún tipo de prótesis y su implantación, incluyendo las consideradas en la cláusula 2.12.4. (cirugía reconstructiva por cáncer), 2.12.5. (prótesis por cirugía radical de cáncer de mama), y/o 2.11.8. (cirugía reconstructiva por quemadura grave), las cuales podrán adquirirse de manera independiente.

2.12.4. Reembolso por Cirugía Reconstructiva por Cáncer

a) Cobertura

Si a consecuencia de alguna cobertura de cáncer contratada en esta póliza y durante la vigencia de la misma, el Asegurado requiere de la reconstrucción de alguna de las partes corporales perjudicadas, MetLife Más pagará los gastos por dicha reconstrucción, generados por los gastos totales derivados de la intervención quirúrgica (gastos de hospitalización, honorarios del médico tratante, gastos del cirujano y los honorarios del anestesiólogo y ayudantes, incluyendo la atención postoperatoria), que serán pagados de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado para el tipo de operación de que se trate, estableciendo como límite máximo la Suma Asegurada señalada en el certificado individual de la póliza.

Esta cobertura no aplica para ningún tipo de prótesis y su implantación, incluyendo las consideradas en la cláusula 1.12.5. (prótesis por cirugía radical de cáncer de mama), la cual podrá adquirirse de manera independiente.

b) Demostración

La demostración será de acuerdo al antecedente del hecho que dio origen y cuya definición se encuentra en la cobertura correspondiente.

2.12.5. Indemnizacion por Prótesis por Cirugía Radical de Cáncer de Mama

Si a consecuencia de una cirugía radical por cáncer de mama sobre la mujer, amparado bajo esta póliza y durante la vigencia de la misma, la asegurada requiere de alguna prótesis e implantación de la misma, derivada de este padecimiento de cáncer y cubierto por esta póliza, MetLife Más pagará la Suma Asegurada estipulada en el certificado individual correspondiente, siempre y cuando esta cobertura sea contratada y aparezca en dicho certificado individual.

2.12.6. Indemnización por Diagnóstico de Neoplasia Maligna Terminal (cáncer)

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada contratada, a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna masiva que ponga en peligro la vida del Asegurado de acuerdo con la definición y demostración que más adelante se señalan.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a MetLife Más por este concepto no será cubierta por esta cobertura.

b) Definición

Un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos masiva, con la invasión a otros órganos. Se cubre el linfoma maligno y la enfermedad de Hodgkin a partir de la fase IV.

c) Demostración

Este diagnóstico debe ser soportado por evidencia de células malignas en material histológico y confirmado por un oncólogo o patólogo.

Este beneficio no podrá ser contratado conjuntamente con los beneficios 2.12.1. (Indemnización por Diagnóstico de Neoplasia Maligna), 2.12.2.1. (Indemnización por Diagnóstico de Cáncer Cérvico Uterino), 2.12.2.2. (Indemnización por Diagnóstico por Cáncer de Próstata) o 2.12.2.3. (Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Mama).

2.13. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente Dental

MetLife Más reembolsará los gastos derivados de accidentes cubiertos hasta la Suma Asegurada establecida en la carátula de la póliza y/o certificado individual, una vez que se descuente el deducible estipulado en dichos documentos.

2.14. Indemnización por Diagnóstico de Diabetes Infantil

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada contratada, a partir de la demostración de la presencia de diabetes que ponga en peligro la vida del Asegurado, de acuerdo con la definición y demostración que más adelante se señala.

b) Definición

La diabetes infantil interfiere con la asimilación metabólica de alimentos, especialmente hidratos de carbono (glucosa). El cuerpo necesita insulina, una hormona producida en el páncreas, para convertir en energía la glucosa (el principal azúcar de la sangre) y otros alimentos. En las personas con diabetes tipo 1 (conocida como diabetes juvenil o insulinodependiente) el páncreas deja de producir insulina; como resultado, la glucosa se acumula en la sangre y daña los vasos sanguíneos, los nervios y algunos órganos.

c) Demostración

La prueba de rutina para el diagnóstico de la diabetes es la prueba de glucosa en plasma en ayunas. Un valor confirmado de glucosa en plasma en ayunas mayor o igual a 126 miligramos / decilitros (mg/dL) indica un diagnóstico positivo de diabetes.

Otra forma de diagnosticar diabetes es la prueba de glucosa oral, un valor de glucosa confirmado mayor o igual a 200 mg/dL indica un diagnóstico positivo de diabetes.

Corrientemente se sabe que el diabético se caracteriza por la presencia de azúcar en la orina (glucosuria) y por el aumento del contenido de la misma en la sangre (hiperglucemia).

Además, como consecuencia de este padecimiento, se tienen uno o varios de los síntomas que se encuentran dentro de la siguiente lista:

- Mucha sed (polidipsia)
- Exceso de orina (poliuria)
- Rápida pérdida de peso
- Fatiga y debilidad
- Irritabilidad
- Náusea y vómito

2.15. Indemnización por Diagnóstico de Leucemia

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada contratada, a partir de la demostración de la presencia de leucemia que ponga en peligro la vida del Asegurado, de acuerdo con la definición y demostración que más adelante se señala.

b) Definición

La leucemia es una enfermedad grave que se caracteriza por el aumento agudo y permanente de leucocitos (glóbulos blancos) en la sangre, la hipertrofia y proliferación de uno o varios tejidos linfoides (medula ósea, bazo o ganglios linfáticos). Es un cáncer de crecimiento rápido en el cual el cuerpo produce una gran cantidad de glóbulos blancos inmaduros (linfocitos). Estas células se pueden encontrar en la sangre, la médula ósea, los ganglios linfáticos, el bazo y otros órganos.

c) Demostración

Un examen físico puede revelar lo siguiente:

- Hematomas
- Hepatomegalia y esplenomegalia
- Signos de sangrado (petequias, púrpura)

Los exámenes de sangre pueden mostrar lo siguiente:

- Conteo de glóbulos blancos sanguíneos anormal
- Anemia en un CSC
- Conteo de plaquetas bajo
- Una aspiración de médula ósea puede mostrar niveles anormales de ciertas células

Además, como consecuencia de este padecimiento, se tienen uno o varios de los síntomas que se encuentran dentro de la siguiente lista:

- Encías sangrantes
- Dolor o sensibilidad en los huesos
- Tendencia a la formación de hematomas

- Sangrado profuso o prolongado
- Fatiga
- Fiebre
- Dolor articular
- Infección
- Irregularidades menstruales
- Sangrado nasal
- Palidez
- Palpitaciones
- Pequeñas manchas rojas en la piel
- Dificultad para respirar (agravada por el ejercicio)
- Ganglios inflamados (linfoadenopatía)
- Inflamación de las encías
- Pérdida de peso involuntaria

2.16. Indemnización por Diagnóstico de Hemiplejia, Paraplejia, Cuadriplejia, Tetraplejia por Accidente

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada contratada, a partir de la demostración de la presencia de hemiplejia, paraplejia, cuadriplejia, tetraplejia que afecte la salud del Asegurado, derivada de un accidente, de acuerdo con la definición y demostración que más adelante se señalan.

b) Definición

La lesión o enfermedad al sistema nervioso de una persona puede afectar la capacidad para mover una parte particular del cuerpo. Esta capacidad motora reducida se llama parálisis. Se puede presentar parálisis si la médula espinal es lesionada. La médula espinal hace parte del sistema nervioso central el cual permite que su cerebro se comunique con su cuerpo. La espina dorsal está compuesta de huesos llamados vértebras que están agrupadas unas encima de otras. La médula espinal baja desde el cerebro a través del centro de las vértebras. Las vértebras están separadas por discos fibrosos y fuertes que actúan como amortiguadores de los golpes.

Las palabras cuadriplejia, hemiplejia, paraplejia, tetraplejia significan que la parte de médula espinal que está dentro de su cuello ha sido lesionada. Esta lesión causa la pérdida de sensibilidad y movimiento en sus brazos, piernas y/o torso o tronco de su cuerpo. Las lesiones en la médula espinal son descritas de acuerdo al sitio de las lesiones en la médula espinal.

Paraplejia es la parálisis de ambas piernas o de ambos brazos. La cuadriplejía, algunas veces llamada tetraplejia, es la parálisis de ambas piernas y de ambos brazos. La hemiplejia suele definirse como la parálisis de una mitad del cuerpo, pero en realidad el trastorno corresponde a una perturbación funcional de la actividad de los músculos del lado opuesto al hemisferio cerebral afectado.

c) Demostración

La parálisis debe ser confirmada por un médico especialista. La parálisis debida a lesiones en la columna vertebral puede ser parcial o total, dependiendo de qué tan dañada esté la columna. Además de la parálisis de los brazos y/o piernas, también puede padecer incontinencia (de vejiga o intestinos), disfunción sexual, problemas para respirar o dificultad para sentarse erguido dependiendo del nivel del daño.

2.17. Indemnización por Diagnóstico del mal de Alzheimer

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada contratada, a partir de que al Asegurado se le diagnostique el mal de Alzheimer, de acuerdo con la siguiente definición y demostración. El diagnóstico deberá ser realizado por un médico especialista, basado principalmente en los síntomas clínicos, en el examen físico y excluyendo otras causas de demencia.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia del mal de Alzheimer. Cualquier manifestación u ocurrencia del mal de Alzheimer posterior a la primera reclamación realizada a MetLife Más por este concepto no será cubierta por esta cobertura.

b) Definición

La enfermedad de Alzheimer, es una forma de demencia, una afección cerebral progresiva y degenerativa que afecta la memoria, el pensamiento y la conducta. La alteración de la memoria es una característica necesaria para el diagnóstico de ésta o de cualquier otro tipo de demencia. También se presenta cambio en una de las siguientes áreas: lenguaje, capacidad de toma de decisiones, juicio, atención y otras áreas de la función mental y la personalidad.

c) Demostración

El diagnóstico del mal de Alzheimer debe ser inequívoco y realizarse por un médico especialista. La evidencia del mal de Alzheimer se presenta en el tejido cerebral mostrando “nudos neurofibrilares” (fragmentos enrollados de proteína dentro de las neuronas que las obstruyen), “placas neuríticas” (aglomeraciones anormales de células nerviosas muertas y que están muriendo, otras células cerebrales y proteína) y “placas seniles” (áreas donde se han acumulado productos de neuronas muertas alrededor de proteínas).

Además, como consecuencia de este padecimiento, se tienen uno o varios de los síntomas que se encuentran dentro de la siguiente lista:

1. Repetición frecuente de enunciados.
2. Ubicación equivocada de cosas.
3. Dificultad para recordar el nombre de objetos conocidos.
4. Perderse en rutas conocidas.
5. Cambios de personalidad.
6. Perder interés por las cosas que antes se disfrutaba.
7. Dificultad para realizar tareas que requieren algo de elaboración mental, pero que solían ser fáciles, como llevar el control de uso de la chequera, jugar juegos complejos y aprender rutinas o informaciones nuevas.

2.18. Indemnización por Diagnóstico del mal de Parkinson

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada contratada, a partir de que al Asegurado se le diagnostique el mal de Parkinson, de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

El diagnóstico deberá ser realizado por un médico especialista, basado principalmente en los síntomas clínicos, en el examen físico y descartando otros trastornos que causan síntomas similares.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia del mal de Parkinson. Cualquier manifestación u ocurrencia del mal de Parkinson posterior a la primera reclamación realizada a MetLife Más por este concepto no será cubierta por este seguro.

b) Definición

La enfermedad de Parkinson, es un trastorno cerebral que lleva a que se presenten temblores y dificultad en la marcha, el movimiento y la coordinación. Este trastorno puede afectar a uno o ambos lados del cuerpo, con grados variables de pérdida de la función, ya que las células del cerebro se desgastan.

c) Demostración

El diagnóstico del mal de Parkinson debe ser inequívoco y realizarse por un médico especialista. La evidencia del mal de Parkinson se presenta por la destrucción gradual de las células nerviosas de la parte del cerebro que controla el movimiento muscular, es un daño que empeora con el tiempo.

Además, como consecuencia de este padecimiento, se tienen uno o varios de los síntomas que se encuentran dentro de la siguiente lista:

1. Rigidez muscular:
    a. Rigidez o tensión
    b. Dificultad para flexionar los brazos o las piernas
2. Postura inestable, encorvada o desplomada
3. Pérdida del equilibrio
4. Cambios en la marcha (patrón de caminar)
5. Marcha arrastrada
6. Movimientos lentos
7. Dificultad para iniciar cualquier movimiento voluntario:
    a. Dificultad para comenzar a caminar
    b. Dificultad para pararse de una silla
8. Pasos cortos seguidos de la necesidad de correr para mantener el equilibrio
9. Congelamiento del movimiento cuando éste se suspende e incapacidad para reiniciarlo
10. Achaques y dolores musculares (mialgia)
11. Agitación, temblores (de grado variable o pueden no presentarse):
    a. Generalmente ocurren en momentos de reposo, pero pueden presentarse en cualquier momento
    b. Pueden tornarse lo suficientemente severos como para interferir con las actividades
    c. Pueden empeorar cuando la persona está cansada, excitada o estresada
    d. Puede presentarse frotamiento del pulgar y dedos de la mano (rodamiento de píldora)
12. Cambios en la expresión facial:
    a. Reducción de la capacidad para manifestar expresiones faciales
    b. Cara con aspecto de “máscara”
    c. Mirada fija
    d. Posible incapacidad para cerrar la boca
    e. Reducción del ritmo de parpadeo
13. Cambios en el habla y en la voz:
    a. Habla lenta
    b. Bajo volumen de voz
    c. Monotonía
    d. Deterioro del habla

14. Pérdida de la destreza motriz fina:

    a. Dificultad para escribir: la letra puede ser pequeña e ilegible
    b. Dificultad para deglutir
    c. Dificultad para desarrollar cualquier actividad que requiera movimientos finos
    d. Movimiento lento e incontrolable

15. Caídas frecuentes

16. Disminución de la función intelectual (puede ocurrir y puede ser severa)

17. Variedad de síntomas gastrointestinales, principalmente estreñimiento

2.19. Cobertura a corto plazo

El Asegurado podrá contratar cualquier cobertura de las antes señaladas, por periodos menores a un (1) año, en cuyo caso el pago de la prima se deberá realizar en una sola exhibición.

3. Disposiciones generales

El Contratante y los asegurados están obligados a declarar por escrito a MetLife Más, de acuerdo con la solicitud y cuestionarios relativos al seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato de seguro.

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos mencionados en el párrafo anterior, facultará a MetLife Más para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro. (artículos 8 y 47 de la Ley). MetLife Más comunicará en forma auténtica al Contratante y/o asegurados la rescisión de la póliza, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que MetLife Más conozca la omisión o inexacta declaración

Las partes contratantes se someten a lo expresamente acordado en la presente póliza y, a las disposiciones contenidas en la Ley Sobre el Contrato de 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 (30) 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 25 de la Ley). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

Conforme lo establece el artículo 26, se transcribe el artículo 25.

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.

4. Registro de asegurados y administración de la póliza

En caso de estar indicado en la carátula de la póliza, el Contratante formará un registro de asegurados, el cual deberá contener la siguiente información:

a) Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes de la colectividad;

b) Suma Asegurada o regla para determinarla;

c) Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y la fecha de terminación del mismo;

d) Operación y plan de seguros de que se trate;

e) Número de certificado individual; y

f) Coberturas amparadas.

Si se señala en la carátula de la póliza, el Contratante se obliga a recabar el consentimiento por escrito de cada uno de los integrantes de la colectividad asegurable, previo a su incorporación a la colectividad asegurada o antes de la celebración del contrato, así como a resguardar dicho documento mientras se encuentre vigente la póliza. MetLife Más reconoce y da validez a aquellos consentimientos/certificados que sean emitidos con anterioridad por institución aseguradora distinta, siempre que dichos documentos reúnan los requisitos que establece la legislación aplicable, y conste la aceptación de los integrantes de la colectividada asegurable de ser asegurados, y formar parte de la colectividad asegurada de la póliza.

Si aparece indicado en la carátula de la póliza, la administración de la póliza estará a cargo del Contratante, quien en su carácter de administrador, deberá observar lo siguiente:

Los costos y condiciones de asegurabilidad para movimientos de altas o bajas, bajo el amparo del presente esquema de autoadministración, serán los pactados al inicio de vigencia de la póliza. El Contratante deberá notificar cualquier movimiento de la colectividad asegurada dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al movimiento de que se trate; además, es responsable de que los integrantes de la colectividad asegurable cumplan con las condiciones de asegurabilidad y edad de aceptación pactadas al inicio de vigencia de la póliza. En caso de no cumplirse dichas condiciones, se deberá reportar inmediatamente a MetLife Más el movimiento en cuestión, quien se reservará el derecho de aceptarlo, en caso de no existir dicha comunicación por escrito, se considerará rechazado.

Administración de altas de asegurados. El contratante incluirá en el registro de asegurados a todas aquellas personas que se incorporen a la colectividad asegurada durante la vigencia de la póliza, por la cantidad que resulte menor entre: la Suma Asegurada que resulte de aplicar la regla correspondiente y la Suma Asegurada Máxima sin requisitos, estipulada en la carátula de la póliza.

En el caso que la regla para determinar la Suma Asegurada presente como resultado un monto mayor a la Suma Asegurada Máxima sin requisitos, se entenderá que en tanto MetLife Más no otorgue su aceptación por escrito, la Suma Asegurada a que tiene derecho el Asegurado es la Suma Asegurada Máxima sin requisitos. Así mismo, el Contratante hará del conocimiento del Asegurado las pruebas médicas que debe presentar a MetLife Más para quedar Asegurado por la Suma Asegurada.

Actualización de la Suma Asegurada por modificación al salario. En los casos en que la Suma Asegurada se determine en función del salario del Asegurado, cada vez que el salario sufra alguna modificación, el Contratante actualizará el registro de asegurados con la Suma Asegurada actualizada para cada Asegurado, siempre y cuando dicha suma no exceda la Suma Asegurada Máxima sin requisitos, estipulada en la carátula de la póliza.

En caso de que la Suma Asegurada exceda la Suma Asegurada Máxima sin requisitos, se entenderá que el Asegurado en cuestión queda Asegurado hasta por la Suma Asegurada Máxima sin requisitos indicada en la carátula de la póliza.

En los casos que la Suma Asegurada de un Asegurado, antes de la actualización, ya excediera la Suma Asegurada Máxima sin requisitos, dicho Asegurado debe recabar por conducto del Contratante, autorización expresa de MetLife Más por el monto de la Suma Asegurada actualizada. MetLife Más se reserva en todo momento el derecho de solicitar al Asegurado nuevas pruebas médicas para otorgar la autorización requerida.

Actualización de beneficiarios. El Contratante registrará los cambios a la designación de beneficiarios de cada Asegurado, para lo cual recabará el consentimiento respectivo y emitirá el certificado de seguro que corresponda.

Resguardo de información y documentos. El Contratante resguardará los siguientes documentos que forman parte integrante de la póliza: (i) registro de asegurados, (ii) formatos de consentimiento debidamente firmados, y (iii) formatos de certificado. El Contratante se obliga a entregar a MetLife Más la información o documentación que ésta le solicite en un plazo que no excederá de cinco (5) días hábiles a partir de que haya recibido el requerimiento respectivo. Así mismo, el Contratante facilitará el acceso a los empleados de MetLife Más en caso de que ésta decida realizar una auditoria a la información y documentos resguardados por el Contratante.

Notificación de movimientos. El Contratante notificará a MetLife Más todos los movimientos registrados en la póliza dentro de los treinta (30) días siguientes del mes calendario que se reporte.

Renovación de la póliza. El Contratante entregará a MetLife Más, con treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento de la póliza, un listado actualizado de asegurados con la información necesaria para realizar la renovación de la póliza.

Cálculo de primas por concepto de ajuste anual. La prima anual del seguro se calcula considerando la edad alcanzada, la Suma Asegurada, la fecha de movimiento de alta, baja o cambio de Suma Asegurada y la tarifa en vigor; considerando lo anterior, se obtendrá la prima del ajuste anual correspondiente, prorrateada a la fecha del movimiento. MetLife Más cobrará o devolverá la prima, según sea el caso.

En caso de existir solicitudes de alta o baja de asegurados, cuya variación en población o prima acumulada durante la vigencia de la póliza, sea mayor al veinte por ciento (20%) de la población o prima inicial, se realizará el cálculo y cobro o devolución de la prima correspondiente a prorrata a partir de la fecha efectiva de cada movimiento; de igual manera, se realizará el cobro o devolución de la prima correspondiente para alta o baja de categorías, sin importar el número de asegurados o prima de la categoría. Si las variaciones son mayores al veinte por ciento (20%), se realizará un ajuste de prima de forma anticipada, debiendo enterar a MetLife Más la prima correspondiente al momento de realizar el ajuste.

Cobro de prima. MetLife Más y el Contratante acuerdan que la prima correspondiente a los movimientos registrados en el periodo vence en la fecha de término de vigencia de la póliza, y se calculará como el cincuenta por ciento (50%) de la prima inicial multiplicado por el resultado de la diferencia entre el cociente de la Suma Asegurada final y la Suma Asegurada inicial, menos uno.

A solicitud de MetLife Más, el Contratante deberá proporcionar acceso a la información relacionada con la póliza y su administración, a efecto de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el RSGyC, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en materia de Seguros Colectivos, en concordancia con las disposiciones legales aplicables. Así mismo, a solicitud de MetLife Más, el Contratante deberá entregarle una copia del registro de asegurados respectivo, en caso de que el Contratante sea quien forme dicho registro.

Si no se indica en la carátula de la póliza, las obligaciones indicadas en los párrafos anteriores serán a cargo de MetLife Más.

5. Certificados individuales

Si aparece indicado en la carátula de la póliza, el Contratante expedirá por orden y cuenta de MetLife Más los certificados individuales para su entrega a los asegurados; dichos certificados individuales que deberán contener por lo menos los datos siguientes: número de póliza y del certificado, nombre y fecha de nacimiento del Asegurado, fecha de vigencia del seguro, Suma Asegurada o la regla para determinarla, beneficios contratados, nombre del beneficiario o beneficiarios y en su caso, el carácter de irrevocable y la transcripción de las condiciones de la póliza de especial interés para el Asegurado, de acuerdo con lo establecido en el RSGyC vigente.

En virtud de lo anterior, el Contratante es responsable de la expedición de los certificados, así como de cualquier manejo o uso indebido que se haga con motivo de la expedición de certificados por cuenta de MetLife Más.

Si no se indica en la carátula de la póliza, las obligaciones indicadas en los párrafos anteriores serán a cargo de MetLife Más.

6. Obligaciones del Contratante

Serán obligaciones del Contratante:

a. Administrar la póliza, conforme a lo estipulado en la cláusula de registro de asegurados y administración de la póliza, cuando aparezca indicado en la carátula de la póliza;

b. Formar el registro de asegurados, de acuerdo a lo establecido en la cláusula de registro de asegurados y administración de la póliza, siempre que aparezca estipulado en la carátula de la póliza;

c. Recabar el consentimiento por escrito de cada uno de los asegurados; y resguardar dichos documentos, en caso de estar indicado en la carátula de la póliza;

d. Expedir los certificados individuales, de acuerdo a lo indicado en la cláusula de certificados individuales, cuando así se indique en la carátula de la póliza;

e. Realizar el pago de prima que corresponda;

f. Comunicar a MetLife Más los nuevos ingresos a la colectividad asegurada, remitiendo los consentimientos respectivos;

g. Comunicar en un plazo máximo de treinta (30) días naturales las separaciones definitivas de lcolectividad asegurada;

h. Dar aviso dentro del término de treinta (30) días naturales, de cualquier cambio que se produzca en la situación de los asegurados que dé lugar a modificaciones en la Suma Asegurada, de acuerdo con la regla establecida para determinarla;

i. Enviar a MetLife Más los nuevos consentimientos de los asegurados, en caso de modificación de la regla para determinar la Suma Asegurada.

7. Altas de asegurados

Las personas que ingresen a la colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y hayan dado su consentimiento después de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, MetLife Más, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la MetLife Más exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta (30) días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

8. Baja de asegurados

Las personas que se separen definitivamente de la colectividad asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, MetLife Más restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Se excluirán de la cobertura de esta póliza a partir de la siguiente renovación los hijos del Asegurado que tengan un trabajo remunerativo, contraigan matrimonio o cumplan veinticinco (25) años de edad.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de MetLife Más a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a MetLife Más.

9. Cambio de Contratante

Cuando la colectividad asegurada esté constituida por empleados u obreros de un mismo patrón o empresa y el objeto del contrato sea otorgar una prestación laboral, en caso de, cambio de Contratante, MetLife Más podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la colectividad dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión por escrito al nuevo Contratante. En cualquier caso, MetLife Más reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de este contrato.

10. Periodo de cobertura

Para las coberturas señaladas en las cláusulas de:

- 1.1. Muerte Accidental

- 1.2. Indemnización Adicional por Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre o Acuático

- 1.3. Indemnización Adicional por Muerte Accidental en Transporte Aéreo

- 1.4. Pérdidas Orgánicas
- 1.5. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente
- 1.6. Reembolso de Gastos Funerarios
- 1.7. Reembolso de Gastos Funerarios por Accidente
- 1.8. Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente
- 1.9. Invalidez Diaria por Hospitalización por Accidente
- 1.10. Fractura de Hueso
- 1.13. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente Dental

La cobertura comienza en la fecha de inicio de vigencia señalada en cada certificado individual y termina al suceder cualquiera de los siguientes acontecimientos:

a) A la terminación de la vigencia de la cobertura según aparece en el certificado individual. Para la cobertura señalada en la cláusula 1.8.1., Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente en caso de que en lafecha de terminación de vigencia de la misma el Asegurado se encuentre hospitalizado, MetLife Más pagarála indemnización diaria por hospitalización al Asegurado correspondiente a esta cobertura hasta que la mismatermine y limitándose a un periodo máximo de ciento ochenta (180) días por evento.

b) A la muerte del Asegurado.

c) Cuando conforme a lo indicado en la cláusula de renovación automática, no proceda la renovación por haber rebasado el Asegurado la edad máxima de renovación que se señala en la cláusula 17 edades de contratación.

d) Por falta de pago de la prima correspondiente a la póliza, habiendo transcurrido el periodo de gracia.

Para las coberturas señaladas en todos los numerales que integran las cláusulas:

- 1.8.2. Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad
- 1.8.3. Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad Específica
- 1.11. Indemnización por Diagnóstico de Graves Enfermedades
- 1.12. Cobertura de Cáncer
- 1.14. Indemnización por Diagnóstico de Diabetes Infantil
- 1.15. Indemnización por Diagnóstico de Leucemia
- 1.16. Indemnización por Diagnóstico de Hemiplejia, Paraplejia, Cuadriplejia, Tetraplejia por Accidente
- 1.17. Indemnización por Diagnóstico del mal de Alzheimer
- 1.18. Indemnización por Diagnóstico del mal de Parkinson

La cobertura inicia noventa (90) días después de la fecha de inicio de vigencia de cada certificado individual, no aplica en caso de renovación y termina al suceder cualquiera de los siguientes acontecimientos:

a) A la terminación de la vigencia de esta cobertura según aparece en el certificado individual. Para las coberturas señaladas en la cláusula 1.8.2. Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad y 1.8.3. Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad Específica, en caso de que en la fecha de terminación de vigencia de la misma el Asegurado se encuentre hospitalizado, MetLife Más pagará la indemnización diaria por hospitalización al Asegurado correspondiente a esta cobertura hasta que la misma termine y limitándose a un periodo máximo de ciento ochenta (180) días por evento.

b) A la muerte del Asegurado.

c) Cuando conforme a lo indicado en la cláusula de renovación automática, no proceda la renovación por haber rebasado el Asegurado la edad máxima de renovación que se señala en la cláusula 17 edades de contratación.

d) Por falta de pago de la prima correspondiente a la póliza, habiendo transcurrido el periodo de gracia.

e) A la primera ocurrencia de alguna de las enfermedades citadas en la cobertura de Graves Enfermedades o citadas en la cobertura de Cáncer.

11. Moneda del contrato

Los pagos que el Contratante y/o Asegurado y MetLife Más deban hacer en términos de esta póliza, se verificarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente a la fecha de pago.

12. Periodo de carencia

Para las coberturas señaladas en las cláusulas:

- Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad
- Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad Específica
- Indemnización por Diagnóstico de Graves Enfermedades
- Cobertura de Cáncer
- Indemnización por Diagnóstico de Diabetes Infantil
- Indemnización por Diagnóstico de Leucemia
- Indemnización por Diagnóstico de Hemiplejia, Paraplejia, Cuadriplejia, Tetraplejia por Accidente
- Indemnización por Diagnóstico del mal de Alzheimer
- Indemnización por Diagnóstico del mal de Parkinson

Ningún pago será procedente si el padecimiento objeto de la reclamación se presenta durante los primeros noventa (90) días a partir de la fecha de inicio de vigencia de cada certificado individual.

13. Forma de pago de la Suma Asegurada contratada

MetLife Más pagará el importe señalado en el certificado individual correspondiente, para cada cobertura contratada, de la siguiente forma:

a) En una sola exhibición.

b) A petición expresa del Asegurado mediante el número de exhibiciones mensuales estipuladas en el mismo certificado individual.

El Asegurado tiene el derecho a establecer que el beneficio que se derive de las coberturas amparadas por esta póliza se pague en exhibiciones mensuales, en tal caso la Suma Asegurada será entregada al propio Asegurado beneficiario en el número de pagos señalado por el mismo. El monto de la renta será el equivalente a dividir la Suma Asegurada entre el número de número de pagos que determine el Asegurado, considerando la tasa de interés técnica. El primer pago se realizará en la fecha en que MetLife Más haya declarado procedente la reclamación, y las posteriores en forma mensual.

Se entenderá por tasa de interés técnica, la tasa de interés que se utiliza para determinar el valor del dinero en el tiempo, al realizar el cálculo actuarial de la prima de tarifa.

Si falleciere el Asegurado como consecuencia de un padecimiento cubierto por el certificado individual, MetLife Más, liquidará cualquier adeudo procedente al o a los beneficiarios designados por el Asegurado, que aparecen en el certificado individual.

14. Dividendos

Los dividendos por siniestralidad favorable, sólo podrán calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos. La prima neta de riesgo para efecto del cálculo de los dividendos, se determinará con base en el procedimiento que MetLife Más establezca en la nota técnica que registre ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza. No podrán pagarse dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la póliza. En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar dividendos. En las pólizas multianuales, el pago de dividendos deberá ser anual, al aniversario de la póliza.

El Contratante o los asegurados, en este último caso cuando participen en el pago de la prima, tendrán derecho a participar de las utilidades de MetLife Más por buena siniestralidad, de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado a la prima, de acuerdo a la modalidad establecida en la carátula de la póliza, a saber, experiencia propia o experiencia global, de acuerdo a lo siguiente:

Experiencia propia. Cuando la prima de la colectividad esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad de la misma o bien de las pólizas de seguro colectivo que pertenezcan a la misma colectividad empresarial. Para otorgar dividendos con base en la experiencia propia de la póliza, el número de integrantes de la colectividad asegurable no podrá ser inferior a mil (1000) al inicio de la vigencia del contrato.

La participación de las utilidades se determinará como un porcentaje de la prima pagada indicado en la carátula de la póliza, considerando únicamente la experiencia de siniestralidad de la póliza o de la colectividad de pólizas acordado con el Contratante.

La determinación de los dividendos a pagar en caso de pólizas por experiencia propia se realizará al finalizar la vigencia de la póliza.

Experiencia global. Cuando la prima de la colectividad asegurada no esté determinada con base en su experiencia propia. En el caso de experiencia global, los dividendos deberán determinarse utilizando la experiencia total de la cartera de MetLife Más.

La participación de las utilidades en experiencia global se determinará como un porcentaje de la prima pagada, menos comisiones y gastos, tomando como base las primas devengadas en el periodo de cálculo, los siniestros ocurridos en el periodo de cálculo y el incremento a la reserva de siniestros ocurridos y no reportados del periodo de cálculo; con base en la totalidad de pólizas que hayan estado vigentes en el periodo que corresponda en MetLife Más.

La determinación de los dividendos a pagar en caso de experiencia global se realizará al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente.

En el caso de pólizas multianuales, los dividendos se podrán determinar al aniversario de la póliza.

En caso de que el Contratante reciba algún importe por concepto de dividendo determinado conforme a alguno de los procedimientos indicados en la presente cláusula, MetLife Más podrá compensar contra dividendos futuros, correspondientes a la siguiente vigencia de la póliza, aquellos siniestros ocurridos y no reportados durante la vigencia de la póliza, en el momento en que MetLife Más tenga conocimiento de dichos siniestros. En caso de que por cancelación de la póliza o no generación de dividendos en la siguiente vigencia, MetLife Más no pueda efectuar dicha compensación, el Contratante deberá reembolsar a MetLife Más el importe que ésta haya erogado con motivo del cumplimiento de sus obligaciones para con el Asegurado.

Si aparece indicado en la carátula de la póliza, el Contratante tendrá derecho a recibir el dividendo financiero que genere este contrato, de conformidad con el procedimiento establecido en la nota técnica.

El pago de los dividendos que se generen conforme a lo establecido en la presente cláusula, se realizará al Contratante en la fecha convenida para tal efecto en la carátula de la póliza, de conformidad con las fechas de cálculo arriba señaladas. En caso de que el Asegurado haya participado en el pago de la prima, el Contratante se obliga a hacerle entrega al Asegurado del porcentaje de dividendo a que tenga derecho, liberando a MetLife Más de toda responsabilidad por la entrega al Asegurado del dividendo que se hubiere generado durante el periodo de cálculo.

15. Aviso de siniestro

Se deberá avisar por escrito a MetLife Más de la ocurrencia de cualquier riesgo amparado por esta póliza, dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de su realización, sin perjuicio de lo señalado en la cláusula de prescripción.

16. Pruebas

El pago de cualquier siniestro cubierto requiere que el Asegurado aporte las suficientes pruebas a MetLife Más que demuestren:

a) La edad del Asegurado, siempre y cuando no se haya demostrado con anterioridad.

b) La ocurrencia del riesgo en cuestión, que deberá comprender, en su caso, el informe llenado y firmado por el médico tratante con el diagnóstico confirmado, así como la historia clínica y los estudios de laboratorio y gabinete que sustentan dicho diagnóstico.

c) Adicionalmente, MetLife Más se reserva el derecho de examinar al Asegurado con el médico que designe y de hacer las investigaciones pertinentes con los médicos tratantes y el hospital utilizado.

17. Edades de contratación

Para efectos de esta póliza se considerará como edad, la edad alcanzada por el Asegurado, la cual será el número de años cumplidos en la fecha de contratación de la póliza y las subsecuentes renovaciones. La edad mínima y máxima de contratación y de renovación para cada cobertura se estipulara en la carátula de la póliza y en el certificado.

Para efectos de los hijos solteros y económicamente dependientes del Asegurado, la edad máxima de cobertura bajo la presente póliza será hasta los veinticinco (24) años, debiendo permanecer solteros y económicamente dependientes de los padres para la continuación de la cobertura hasta los veinticinco (25) años, mientras que para el cónyuge dependiente del Asegurado aplicarán las mismas reglas que para éste último. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, MetLife Más no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por MetLife Más, pero en este caso se devolverá al Asegurado la parte no devengada de la prima en la fecha de su rescisión.

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

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

b. Si MetLife Más hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.

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

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

Para los cálculos mencionados en esta cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato (artículo 172 de la Ley).

Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el Asegurado presenta a MetLife Más pruebas fehacientes de su edad, MetLife Más lo anotará en la póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del Asegurado.

18. Primas

La primera prima vence en la fecha indicada en el recibo de pago de la póliza. El resto de las primas se entenderán vencidas al comienzo y no al fin de cada nuevo periodo, y tienen el objeto de garantizar la cobertura, siempre y cuando sean pagadas en el tiempo y forma establecidos en el recibo de pago de la póliza.

Las primas deberán ser pagadas en las oficinas de MetLife Más, en las instituciones bancarias autorizadas o en cualquier institución autorizada por MetLife Más, que aparecen en los recibos de pago que se harán llegar al Contratante. En caso de que el Contratante no reciba oportunamente el formato para el pago de las primas, no operará lo estipulado en la cláusula relativa al periodo de gracia.

El pago de las primas podrá efectuarse mediante cargo a tarjeta de crédito, para lo cual el estado de cuenta en donde aparezca dicho cargo hará prueba plena del pago. En caso de que dicho cargo no pueda realizarse por causas imputables al Contratante, el seguro cesará en sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia.

19. Periodo de gracia

Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos de esta póliza cesarán automáticamente a las cero horas del último día de dicho plazo. Los pagos subsecuentes deberán pagarse en la fecha de vencimiento.

Durante el periodo de gracia la cobertura se mantendrá vigente, sin embargo, si un Asegurado sufriera durante el transcurso del mismo, un siniestro pagadero bajo esta póliza, MetLife Más deducirá de las prestaciones a su cargo las primas vencidas no pagadas.

20. Designación de beneficiarios

Para efectos del seguro contratado, se tendrá como beneficiario de esta póliza al propio Asegurado. En caso de fallecimiento de éste, se tendrá como beneficiario(s) a la(s) persona(s) designada(s) conforme a lo establecido en la presente cláusula.

El Asegurado tiene el derecho de nombrar al o a los beneficiarios que desee, a su entera decisión y criterio, según sea el caso de acuerdo a las condiciones estipuladas en la definición de beneficiario. El beneficiario es la persona que habrá de recibir el beneficio del seguro contratado, el cual es pagadero al fallecimiento del Asegurado. El Asegurado podrá modificar la designación de sus beneficiarios en cualquier momento, salvo que haya cedido este derecho a un tercero o se haya designado un beneficiario con carácter irrevocable.

Tanto la designación como el cambio del o los beneficiarios deben hacerse en forma expresa, y comunicarse por escrito a MetLife Más, para la anotación correspondiente en la carátula de la póliza. Una vez hecha la anotación, el endoso respectivo o la carátula de la póliza será devuelto al Asegurado.

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio se distribuirá en partes iguales.

MetLife Más en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del acto jurídico que dio lugar a la designación del o los beneficiarios, o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella.

Advertencia

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

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

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

21. Comprobación del siniestro

MetLife Más tendrá el derecho de exigir del Asegurado y/o beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo. Por lo que, el Asegurado y/o beneficiario deben proporcionar a MetLife Más, toda la documentación requerida, así como las pruebas necesarias para la comprobación de la enfermedad, salvo en caso de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

Se perderá todo derecho al beneficio correspondiente si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

22. Impuestos, tasas y contribuciones

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los eventuales aumentos de los tributos existentes, estarán a cargo del Contratante, de los beneficiarios o de los herederos, según sea el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de MetLife Más.

23. Domicilio

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en esta póliza, es el de MetLife Más y los últimos declarados por el Contratante y el Asegurado según sea el caso.

En todos los casos en que el domicilio de las oficinas de MetLife Más llegare a ser diferente del que conste en la póliza expedida, deberá comunicar al Asegurado la nueva dirección en la república, para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a MetLife Más y para cualquier otro efecto legal.

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

24. Prescripción

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

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

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

25. Renovación automática

Tanto la póliza como los certificados individuales serán emitidos con vigencia anual o plazos menores. Transcurrido este periodo, MetLife Más podrá renovar anualmente los mismos en forma automática, hasta el aniversario de cada certificado individual en que el Asegurado alcance la edad de máxima de contratación dependiendo de la cobertura contratada, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratados, salvo que el Contratante manifieste expresamente su voluntad de no continuar con la cobertura. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

26. Competencia

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 5279 4542, lada sin costo 01 800 640 2010 o en nuestro portal www.metlifemas.com.mx

En caso de inconformidad, podrás contactar a la Unidad Especializada de MetLife Más, S.A. de C.V. en los teléfonos 5328-9002 o lada sin costo en el 01 800-907-1111, en el correo electrónico unidadespecializada@metlife.com.mx o en la dirección Avenida Insurgentes Sur número 1457, piso 11, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920.

También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protecciónу Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en los teléfonos 5340-0999 o lada sin costo01800-999-8080, en el correo: asesoría@condusef.gob.mx y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Coloniadel Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03100, Ciudad de México o en su portal www.condusef.gob.mx

27. Indemnización por mora

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

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

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

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

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

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

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

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

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 el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

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

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

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

a) Los intereses moratorios;
b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo; y
c) La obligación principal.

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

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

IX. Si la institución de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 días de salario.

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

28. Rehabilitación

El Contratante podrá solicitar la rehabilitación de la póliza si ésta hubiera cesado en sus efectos por falta de pago oportuno. Para solicitar la rehabilitación, el Asegurado deberá ofrecer evidencias de asegurabilidad que sean satisfactorias a juicio de MetLife Más, siendo a cargo del Contratante los gastos que pudiera originar esta comprobación. Además, el Contratante deberá pagar la prima correspondiente para que pueda proceder la rehabilitación.

La póliza quedará rehabilitada a partir del día primero del mes siguiente a aquél en que MetLife Más haya aprobado la solicitud de rehabilitación. MetLife Más sólo responderá por los siniestros a consecuencia de accidentes o enfermedades producidos con posterioridad a la fecha de rehabilitación, por lo tanto, no quedarán cubiertos aquellos accidentes o enfermedades cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado durante el periodo en que la póliza no estuvo vigente.

Al quedar rehabilitada la póliza, se dará inicio a un periodo de carencia de noventa (90) días, en caso que aplique para la cobertura de que se trate.

29. Identificación de los asegurados

Por medio de la presente póliza, y con relación a las disposiciones a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el Contratante reconoce que tiene y mantendrá vigentes y disponibles para MetLife Más expedientes que contengan copia de los siguientes documentos de identificación de asegurados en esta póliza:

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

b) Comprobante de domicilio;

c) De contarse con ella, constancia de la Clave Única de Registro de Población (CURP), expedida por la Secretaría de Gobernación;

d) De contar con ella, cédula de identificación fiscal (RFC);

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

30. Duplicado de póliza

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta póliza, el Contratante podrá obtener un duplicado en sustitución de la póliza original. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor. Las modificaciones efectuadas después de emitido el duplicado serán las únicas válidas. Esta solicitud deberá hacerse por escrito por el Contratante, en el domicilio de MetLife Más.

El Contratante tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del contrato y copia de la póliza. En ambos casos, los gastos correspondientes serán por cuenta del Contratante.

31. Exclusiones

Esta póliza no cubre los riesgos, y por tanto MetLife Más no será responsable del pago de la indemnización señalada, cuando la enfermedad o lesión diagnosticada, o la intervención quirúrgica de que se trate, sea efecto directo o indirecto, total o parcialmente de alguna de las siguientes situaciones:

a) Guerra declarada o no, civil o internacional, así como la prestación de servicios del Asegurado en las fuerzas armadas o fuerzas policiales de cualquier tipo.

b) Peleas o riñas en que el Asegurado sea el provocador, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.

c) Participación en acto delictuoso, empresa criminal o por aplicación legítimade la pena de muerte. actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.

d) Accidentes ocurridos por culpa grave del Asegurado por encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos alucinógenos o drogas no prescritas por un médico titulado.

e) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades deportivas profesionales, así como también la práctica de: inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha libre y grecorromana, rafting, bungee, rappel, jet-ski; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas; y otras actividades riesgosas, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar la presente póliza, o durante su vigencia, salvo pacto en contrario expreso por escrito por MetLife Más.

f) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar esta póliza o durante su vigencia, salvo pacto en contrario expreso por escrito por MetLife Más.

g) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas, salvo pacto en contrario expreso por escrito por MetLife Más.

h) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto en el siguiente caso: que este viajando como pasajero en un avión comercial, operado por una empresa de transporte aéreo, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.

i) Riesgos nucleares o atómicos.

j) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.

k) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedades cubiertas por esta póliza.

l) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el sida y todas las enfermedades causadas y/o relacionadas con el virus VIH positivo.

m) Infección oportunista y/o neoplasma maligno si en el momento de presentarse el accidente, el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmuno Deficiencia Humana). las infecciones oportunistas incluirán la neumonía pneumocistis carinii, sarcoma de Kaposi y linfoma del sistema nervioso central.

n) Anomalías congénitas o trastornos que sobrevengan por tales anomalías o relacionadas con ellas.

o) Padecimientos preexistentes a la fecha de la alta del Asegurado dentro de la póliza.

p) Exámenes médicos de rutina.

q) Cirugías plásticas estéticas, salvo las cirugías reconstructivas que se requieran como consecuencia de lo estipulado en las coberturas 2.11.8. cirugía reconstructiva por quemadura grave, 2.12.4. cirugía reconstructiva por cáncer, y 2.12.5. prótesis por cirugía radical de cáncer de mama.

r) Enfermedades o accidentes que resulten ser a consecuencia de lesiones que se cause a sí mismo el Asegurado, incluyendo la tentativa de suicidio.

s) Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del Asegurado.

t) Cuando el cáncer se derive de lo siguiente:

- **Tumores que presentan los cambios malignos característicos de carcinoma "in situ" o aquellos considerados por histología como premalignos.**
- **Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, hiperqueratosis, excepto cuando se trate de diseminación de otros órganos.**
- **Leucemia linfática crónica.**
- **Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.**
- **Toda enfermedad distinta al cáncer.**
- **Todo tipo de accidente.**
- **Todo cáncer cuyo estudio diagnóstico se haya iniciado con anterioridad a la contratación de la póliza o durante el periodo de carencia.**

u) Enfermedad de las coronarias que no requieren cirugía, incluyendo en la exclusión la angioplastía de globo y otras técnicas invasivas que no requieren cirugía.

v) Tratamiento o cirugía dental, excepto en dientes naturales sanos. Ocasionado por una lesión accidental.

32. Etapas médicas de cáncer

Cáncer de mama	Descripción
Etapas	
I	Tumor localizado
IIA	Tumor 2 cm. con metástasis a ganglios solo axilares
IIB	Tumor mayor de 2 cm. menor de 5 con metástasis a ganglios ipsolaterales
IIIA	Tumor mayor a 5 cm. con metástasis a ganglios y a otras estructuras
IIIB	Tumor cualquier tamaño con metástasis distales
IV	Tumor metástasis grado terminal

Cáncer cervicouterino	Descripción
Etapas	
IA	Solo a cuello uterino
IB	DX por microscopia
II	Más allá del cuello uterino
IIA	Afección no obvia
IIB	Afección obvia
III	Extensión de carcinoma al tercio inferior de la vagina o pared pélvica lateral
IIIA	Afección a vagina sin extensión a pared pélvica
IIIB	Afección a vagina con extensión a pared pélvica, a riñón
IV	Carcinoma extendido mas allá de la pelvis
IVA	Invasión más allá como recto, vejiga
IVB	Propagación a órganos distantes

Cáncer de próstata	Descripción
Etapas	
Tx	No puede avaluarse
T0	Sin evidencia de tumor
Tis	Carcinoma in situ
T1a	Menos 5% para enfermedad benigna
T1b	Más de 5% para enfermedad benigna
T1c	Detectado por aumento de tamaño
T2a	Tumor en el lóbulo
T2b	Tumor en ambos lóbulos
T3a	Extensión extracapsular
T3b	Afección a vesículas seminales
T4	Afección a órganos adyacentes

33. Comisiones o compensaciones

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a MetLife Más le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. MetLife Más proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

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-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro PPAQ-S0058-0017-2010 de fecha 01 de junio de 2010 / CONDUSEF-000070-02.

En cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 21 de abril de 2015 con el número RESP-S0058-0403-2015.

MetLife Más, S.A. de C.V.

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 5279 4542, lada sin costo 01 800 640 2010 o en nuestro portal www.metlifemas.com.mx

En caso de inconformidad, podrás contactar a la Unidad Especializada de MetLife Más, S.A. de C.V. en los teléfonos 5328-9002 o lada sin costo en el 01 800-907-1111, en el correo electrónico unidadespecializada@metlife.com.mx o en la dirección Avenida Insurgentes Sur número 1457, piso 11, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920.

También podrás contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en los teléfonos 5340-0999 o lada sin costo 01 800-999-8080, en el correo electrónico asesoría@condusef.gob.mx y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03100, Ciudad de México o en su portal www.condusef.gob.mx

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

metlifemas.com.mx
01 800 640 2010

Microseguro
Accidentes Personales Colectivo

Condiciones generales

CONDUSEF-006807-01.

INDICE

Contenido

1. Apartado Uno - Definiciones....4
1.1. Definiciones relacionadas a la póliza....4
1.2. Definiciones de Coberturas y requisitos de su comprobación....5
1.2.1. Coberturas de Reembolso e Indemnización.....5
1.2.2. Coberturas de Muerte Accidental y Perdidas Orgánicas.....32
2. Apartado Dos - Póliza.....35
2.1 Prueba de Existencia de la Póliza. 35
3. Apartado Tres- Exclusiones.....35
4. Apartado Cuarto- Pago de Indemnizaciones. 37
4.1 Pago de Reclamaciones. 37
5. Apartado Cinco - Cláusulas generales.....38
5.1. Cláusulas de Interés para el Asegurado....38
- Altas de Asegurados 38
- Bajas de Asegurados 38
- Edad alcanzada 38
- Inexactitud en la Indicación de la Edad. 40
- Forma de Pago 40
- Periodo de espera y Eventos cubiertos. 41
- Período de Gracia. 41
- Primas....41
- Régimen Fiscal 42
- Período de Beneficio....42
- Rehabilitación 43

5.2. Cláusulas Operativas. 43
- Agravación del Riesgo 43
- Cancelación de la Póliza 44
- Terminación del Contrato 44
- Rescisión del Contrato 44
- Residencia 44
- Modificaciones a la Póliza 44

5.3. Cláusulas contractuales. 44
- Arbitraje Médico para Padecimientos Preexistentes....44
- Comunicaciones 45
- Indemnización por Mora....45

- Omisiones o Declaraciones Inexactas.....45
- Prescripción 45
- Responsabilidad 45
- Revelación de Comisiones.....45
- Subrogación.....45
- Renovación Automática 45
- Límite de Suma Asegurada para Microseguros.....46
- Competencia.....46
- Identificación del Cliente. 46

6. Apartado Seis - Preceptos Legales. 46

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO. 46

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS 47

1. Apartado Uno - Definiciones

1.1. Definiciones relacionadas a la póliza.

- **La compañía:** Se refiere a la aseguradora MetLife Más, S.A. de C.V.
- **Accidente:**Es aquel suceso que sufre el Asegurado ajeno a su voluntad, derivado de una causa externa que se presenta de forma súbita, fortuita y/o violenta, produciendo lesiones corporales que requieren de atención médica.

  No se consideran accidentes los eventos resultantes de ataques cardíacos, epilepsia, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desmayos, sonambulismo u otros eventos no accidentales que sufra el Asegurado.

- **Asegurado:** Persona física cubierta por esta póliza, indicada en su carátula.
- **Beneficiario**: Persona(s) designadas en la póliza con derecho a recibir la suma asegurada o el servicio contratado

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

- **Contratante**: Persona física o moral que firma la póliza y es responsable de pagar la prima.
- **Coaseguro**: De los gastos cubiertos, es la primera cantidad erogada que queda a cargo del asegurado.
- **Deducible:** Monto con el cual participa el Asegurado en cada evento, el cual se establece en el certificado individual de la póliza y puede estar determinado por una cantidad fija, número de días o porcentaje.
- **Dependientes:** Son los hijos solteros del Asegurado menores de veinticinco años, económicamente dependientes de este último, así como el cónyuge y padres del Asegurado.
  Enfermedad: Toda alteración de la salud que padezca el Asegurado y que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico prescrito por un médico legalmente autorizado y en su caso con la especialidad médica correspondiente. Complicaciones y secuelas se considerarán como parte de la misma enfermedad cubierta que les dio origen.
- **Evento:** Cualquier afectación que sufra el Asegurado debido a una enfermedad o accidente, confirmada según lo establecido en el apartado 1.2.
- **Exclusiones:** Se refiere a todo hecho, situación o condición no cubiertos por la póliza, y que se encuentran expresamente indicadas.
- **Fecha de inicio de vigencia:** Es la fecha que aparece en la carátula de la póliza, a partir de la cual comienzan los beneficios de la póliza contratada.
- **Fractura:** Es la pérdida de la continuidad del tejido óseo que debe ser diagnosticado por un médico con cédula profesional y soportado por estudios radiológicos. Para su reducción podrán utilizarse dos tipos de tratamiento: (i) tratamiento quirúrgico y (ii) tratamiento no quirúrgico.
- **Fractura con tratamiento quirúrgico:** Es aquella fractura que requiere cirugía para su reducción.
- **Fractura con tratamiento no quirúrgico:** Es aquella fractura que no requiere cirugía para su reducción, entonces el manejo será conservador.
- **Gasto Médico:** Cualquier pago realizado para la atención o tratamiento de un accidente o enfermedad, efectuado dentro de la República Mexicana.
- **Gasto Usual y Acostumbrado:** Costo máximo admisible para un tratamiento o procedimiento médico. El GUA será establecido con base al tipo de tratamiento o cirugía, al hospital y a la localidad en donde se lleve a cabo la atención médica.
- **Hospital, Clínica o Sanatorio:** Institución pública o privada legalmente constituida y registrada que ofrece servicios médicos y tratamientos quirúrgicos por médicos autorizados, las 24 horas del día, todos los días del año.
- **Inmediato(a):** Que ocurre dentro de los 180 días siguientes al suceso en cuestión.

- **Médico y/o Médico Especialista:** Persona legalmente autorizada, con cédula profesional vigente, para ejercer la medicina y/o especialidad.
- **Moneda:** Todos los pagos relacionados con este contrato, tanto del Contratante como de MetLife, se realizarán en Moneda Nacional.
- **Padecimiento Preexistente:** Se considera preexistente si presenta alguna de las siguientes características:
  a. Declaración previa de la existencia del padecimiento antes de la firma del contrato, comprobada mediante resumen clínico, diagnóstico médico, pruebas de laboratorio u otros medios reconocidos.
  b. Gastos documentados previos al contrato para el tratamiento médico del padecimiento.

  MetLife, al contar con pruebas documentales de gastos para diagnóstico, puede solicitar resultados o expediente médico para evaluar la reclamación. Para determinar la preexistencia, MetLife puede solicitar un examen médico durante el proceso de suscripción. Si el Asegurado se somete al examen, la cláusula de preexistencia no aplica para enfermedades no diagnosticadas en dicho examen.

  Si el Asegurado declara una enfermedad preexistente, MetLife puede aceptar el riesgo. En caso de conflicto sobre padecimientos preexistentes, el Asegurado puede acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. MetLife acepta someterse a dicho arbitraje, renunciando a otros medios para resolver la controversia. El laudo de la Comisión será vinculante y tendrá fuerza de cosa juzgada. Este proceso será gratuito para el Asegurado, y cualquier costo será asumido por MetLife.

- **Póliza:** Es el documento que sirve como contrato del seguro. Incluye las condiciones generales, la carátula, la solicitud del seguro, los consentimientos, los endosos y las cláusulas adicionales. Todos estos elementos prueban el contrato entre el Contratante y MetLife, y detallan los términos y condiciones del seguro contratado.
- **Prima:** Es el valor determinado por MetLife Más, que el Contratante deberá pagar como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas.
- **Reclamación:** Es el proceso que el Asegurado realiza ante MetLife Mas para obtener los beneficios de la póliza debido a un padecimiento.
- **Siniestro:** Es la realización del evento amparado en la póliza de seguro, cuya procedencia dependerá del cumplimiento de las condiciones generales aplicables en la misma.
- **Solicitud:** Es el documento donde el Asegurado manifiesta su intención de adquirir un seguro. Detalla la protección solicitada y la información necesaria para evaluar el riesgo. Es indispensable que este documento sea llenado y firmado para emitir la póliza.
- **Suma Asegurada:** Es el monto máximo que MetLife Mas pagará por cada padecimiento cubierto por la póliza, siempre que ocurra dentro de su vigencia y conforme a las coberturas contratadas.
- **Suma Asegurada Máxima sin requisitos:** Es la cantidad máxima establecida de acuerdo con las políticas de suscripción, que no requiere requisitos de asegurabilidad.
- **Vigencia del Contrato:** El contrato estará vigente durante el período indicado en la carátula de la póliza, siempre que las primas vencidas se paguen dentro del plazo acordado.

1.2. Definiciones de Coberturas y requisitos de su comprobación.

Todas las coberturas se considerarán básicas y la póliza se integrará con la o las coberturas que elija el contratante y que podrá incluir desde una sola cobertura hasta todas las que estén en la misma.

1.2.1. Coberturas de Reembolso e Indemnización.

Reembolso de Gastos Médicos por Accidente.

a) Cobertura

1. La compañía reembolsará al asegurado los gastos médicos por accidente incluyendo consultas, tratamientos médicos, cirugías, hospitalización, servicios de enfermería, ambulancia, medicinas o estudios de laboratorio, dentro de los 180 días posteriores al accidente.
2. Todos los gastos médicos derivados del mismo accidente serán parte del mismo evento y afectarán la misma Suma Asegurada.

3. La Suma Asegurada contratada es por vigencia y por Asegurado.
4. Aplica deducible indicado en la carátula de la póliza para cada evento.
5. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

La cobertura para cada accidente cubierto finalizará automáticamente al término de 180 días desde la fecha del accidente, o al agotarse la Suma Asegurada establecida en la carátula de la Póliza. La Reinstalación Automática (al inicio de la siguiente vigencia) del Beneficio máximo quedará incluida.

b) Definición

Gastos relacionados con el sepelio o incineración, adquisición de fosa o nicho, y transporte del cadáver o cenizas al lugar designado por el beneficiario, en caso del fallecimiento del asegurado.

➔ **Documentos necesarios para comprobación de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente:**

1. Facturas originales con requisitos fiscales vigentes, incluyendo el desglose de cada concepto cobrado.
2. Notas de farmacia acompañadas de la receta médica correspondiente que detalle los medicamentos comprados.
3. Facturas del hospital con desglose de cada concepto facturado.
4. Recibos de honorarios médicos o quirúrgicos especificando claramente el concepto cobrado.
   - ❖ Si el médico no está mencionado en el informe inicial, será necesario un informe detallado de su intervención.
5. Resultados de estudios de laboratorio y gabinete, incluyendo:
   - ❖ Interpretación original en el caso de radiografías, tomografías, resonancias magnéticas, ultrasonidos, electroencefalogramas o electrocardiogramas.
6. Reporte de histopatología en casos de cirugía con biopsias o resección parcial o total de un órgano, firmado en hoja membretada de la institución correspondiente.
7. Identificación oficial del asegurado si es mayor de edad, o acta de nacimiento si es menor.

Notas: La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

MetLife pagará con base en el último documento registrado en sus archivos, si la póliza no es autoadministrable.

Reembolso de Gastos Médicos por Accidente Dental

a) Cobertura

1. La compañía reembolsará al asegurado los gastos médicos por accidente dental por hasta la Suma Asegurada contratada, dentro de los 180 días posteriores al accidente.
2. Todos los gastos médicos del mismo accidente dental serán parte del mismo evento y afectarán la misma suma asegurada.
3. Aplica deducible indicado en la carátula de la póliza para cada evento.
4. La Suma Asegurada contratada es por vigencia y por Asegurado.
5. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

➔ **Documentos necesarios para la comprobación de Accidente Dental:**

1. Radiografías e informe dental elaborado y firmado por un cirujano dentista con cédula profesional. El informe debe detallar las lesiones sufridas y las piezas tratadas debido al accidente.
2. Documentación legal probatoria, como actuaciones del Ministerio Público (si aplica).
3. Facturas del hospital con desglose de cada concepto facturado.
4. Identificación oficial del asegurado.

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

Reembolso de Gastos Funerarios

a) Cobertura

1. La compañía reembolsará a los Beneficiarios los gastos efectuados para solventar los gastos funerarios hasta la Suma Asegurada contratada si el asegurado fallece durante la vigencia de la póliza.
2. Sin deducible ni coaseguro.
3. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

b) Definición

Gastos relacionados con el sepelio o incineración, adquisición de fosa o nicho, y transporte del cadáver o cenizas al lugar designado por el beneficiario. En caso de que exista un remanente, éste se pagará a los beneficiarios designados para tal fin.

➔ **Documentos necesarios para comprobación de Reembolso de Gastos Funerarios:**

1. Acta de defunción certificada por el registro civil.
2. Constancia de servicios emitida por el Contratante (si aplica).
3. Original de caratula de póliza, firmado por el asegurado.
4. Endoso que respalde designaciones de beneficiarios elaboradas en formatos de otras aseguradoras (si aplica).
5. Solicitud de pago, debidamente requisitada y firmada por los beneficiarios.
6. Identificación oficial con fotografía del asegurado.
7. Identificación oficial con fotografía y firma de los beneficiarios (credencial para votar, pasaporte vigente, cédula profesional, etc.).
8. Acta de nacimiento certificada del asegurado.
9. Documentación adicional (en caso de exención fiscal, actas de nacimiento, matrimonio, reconocimiento, adopción o acreditación de concubinato).
10. Comprobante de domicilio del beneficiario, con antigüedad no mayor a tres meses.
11. Estado de cuenta bancaria del beneficiario.

Nota: La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Reembolso de Gastos Funerarios por Accidente

a) Cobertura

1. La compañía reembolsará a los Beneficiarios los gastos efectuados para solventar los gastos funerarios hasta la Suma Asegurada contratada si el asegurado fallece siempre y cuando esto suceda dentro de los 180 días posteriores al accidente.
2. Sin deducible ni coaseguro.
3. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

b) Definición

Gastos relacionados con el sepelio o incineración, adquisición de fosa o nicho, y transporte del cadáver o cenizas al lugar designado por el beneficiario. En caso de que exista un remanente, éste se pagará a los beneficiarios designados para tal fin.

➔ **Documentos necesarios para comprobación de Reembolso de Gastos Funerarios:**

1. Acta de defunción certificada por el registro civil.
2. Constancia de servicios emitida por el Contratante (si aplica).
3. Original de caratula de póliza, firmado por el asegurado.

4. Endoso que respalde designaciones de beneficiarios elaboradas en formatos de otras aseguradoras (si aplica).
5. Solicitud de pago, debidamente requisitada y firmada por los beneficiarios.
6. Identificación oficial con fotografía del asegurado.
7. Identificación oficial con fotografía y firma de los beneficiarios (credencial para votar, pasaporte vigente, cédula profesional, etc.).
8. Acta de nacimiento certificada del asegurado.
9. Documentación adicional (en caso de exención fiscal, actas de nacimiento, matrimonio, reconocimiento, adopción o acreditación de concubinato).
10. Comprobante de domicilio del beneficiario, con antigüedad no mayor a tres meses.
11. Estado de cuenta bancaria del beneficiario.

Nota: La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente.

a) Cobertura

1. La Compañía pagará la Indemnización Diaria por Hospitalización, al Asegurado,
2. El periodo máximo de cobertura será de 12 meses a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización, no obstante, lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo accidente, serán consideradas como continuación de las anteriores a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio de 180 días.
3. Sin deducible ni coaseguro
4. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza

b) Definición

Internamiento por un período mínimo de 12 horas en un hospital a causa de un accidente cubierto que ocurra durante la vigencia del certificado y limitándose el beneficio a un período máximo de 180 días por evento.

➔ **<u>Documentos necesarios para la comprobación de la hospitalización:</u>**

1. Reporte de hospitalización, firmado por el médico que lo elabora, indicando:
   - ❖ Causa de Hospitalización.
   - ❖ Número de días que estuvo hospitalizado.
2. Solicitud de pago, debidamente requisitada y firmada por el(los) beneficiarios.
3. Comprobante de domicilio del beneficiario (no mayor a tres meses).
4. Estado de cuenta bancario del beneficiario (no mayor a tres meses).
5. Identificación oficial vigente con fotografía y firma del asegurado y del titular.

Es importante mencionar que los plazos que se le ofrecerán al asegurado podrán ser los siguientes: períodos mínimos de espera de 12, 24, 48 ó 72 horas, y el periodo de beneficio podrá variar de 10, 30 ó 180 días, cualquier variación entre estas opciones.

Nota: La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad.

a) Cobertura

1. La Compañía pagará la Indemnización Diaria por Hospitalización, al Asegurado,
2. El periodo máximo de cobertura será de 12 meses a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización, no obstante, lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo accidente, serán consideradas como continuación de las anteriores a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio de 180 días.
3. Sin deducible ni coaseguro

4. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza

b) Definición

Internamiento por un período mínimo de 12 horas en un hospital a causa de una enfermedad cubierta que ocurra durante la vigencia del certificado y limitándose el beneficio a un período máximo de 180 días por evento.

➔ **Documentos necesarios para la comprobación de la hospitalización:**

1. Reporte de hospitalización, firmado por el médico que lo elabora, indicando:
   - ❖ Causa de Hospitalización.
   - ❖ Número de días que estuvo hospitalizado.
2. Solicitud de pago, debidamente requisitada y firmada por el(los) beneficiarios.
3. Comprobante de domicilio del beneficiario (no mayor a tres meses).
4. Estado de cuenta bancario del beneficiario (no mayor a tres meses).
5. Identificación oficial vigente con fotografía y firma del asegurado y del titular.

Nota: La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Es importante mencionar que los plazos que se le ofrecerán al asegurado podrán ser los siguientes: períodos mínimos de espera de 12, 24, 48 ó 72 horas, y el periodo de beneficio podrá variar de 10, 30 ó 180 días, cualquier variación entre estas opciones.

Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad Especifica

1. Cáncer General

a) Cobertura

1. La Compañía pagará la Indemnización Diaria por Hospitalización, al Asegurado,
2. El periodo máximo de cobertura será de 12 meses a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización, no obstante, lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo accidente, serán consideradas como continuación de las anteriores a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio de 180 días.
3. Sin deducible ni coaseguro
4. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza

b) Definición

Internamiento por un período mínimo de 12 horas en un hospital a causa de un cáncer cubierto que ocurra durante la vigencia del certificado y limitándose el beneficio a un período máximo de 180 días por evento.

➔ **Documentos necesarios para la comprobación de la hospitalización:**

1. Reporte de hospitalización, firmado por el médico que lo elabora, indicando:
   - ❖ Causa de Hospitalización.
   - ❖ Número de días que estuvo hospitalizado.
2. Evidencia histológica que confirme la presencia de células malignas.
3. Diagnóstico confirmado por un oncólogo clínico, incluyendo:
   - ❖ Fecha de primeros síntomas y signos.
   - ❖ Fecha de diagnóstico.
   - ❖ Tratamiento actual.
   - ❖ Estado del asegurado.
4. Solicitud de pago, debidamente requisitada y firmada por el(los) beneficiarios.
5. Comprobante de domicilio del beneficiario (no mayor a tres meses).
6. Estado de cuenta bancario del beneficiario (no mayor a tres meses).
7. Identificación oficial vigente con fotografía y firma del asegurado y del titular.

Nota: Toda la documentación deberá ser emitida y firmada por doctores especialistas en la materia. La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Es importante mencionar que los plazos que se le ofrecerán al asegurado podrán ser los siguientes: períodos mínimos de espera de 12, 24, 48 ó 72 horas, y el periodo de beneficio podrá variar de 10, 30 ó 180 días, cualquier variación entre estas opciones.

2. Cáncer de Próstata

a) Cobertura

1. La Compañía pagará la Indemnización Diaria por Hospitalización, al Asegurado,
2. El periodo máximo de cobertura será de 12 meses a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización, no obstante, lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo accidente, serán consideradas como continuación de las anteriores a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio de 180 días.
3. Sin deducible ni coaseguro
4. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza

b) Definición

Internamiento por un período mínimo de 12 horas en un hospital a causa de un cáncer de próstata cubierto que ocurra durante la vigencia del certificado y limitándose el beneficio a un período máximo de 180 días por evento.

➔ **<u>Documentos necesarios para la comprobación de la hospitalización:</u>**

1. Reporte de hospitalización, firmado por el médico que lo elabora, indicando:
   - Causa de Hospitalización.
   - Número de días que estuvo hospitalizado.
2. Evidencia histológica que confirme la presencia de células malignas.
3. Diagnóstico confirmado por un oncólogo clínico, incluyendo:
   - Fecha de primeros síntomas y signos.
   - Fecha de diagnóstico.
   - Tratamiento actual.
   - Estado del asegurado.
4. Solicitud de pago, debidamente requisitada y firmada por el(los) beneficiarios.
5. Comprobante de domicilio del beneficiario (no mayor a tres meses).
6. Estado de cuenta bancario del beneficiario (no mayor a tres meses).
7. Identificación oficial vigente con fotografía y firma del asegurado y del titular.

Nota: Toda la documentación deberá ser emitida y firmada por doctores especialistas en la materia. La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Es importante mencionar que los plazos que se le ofrecerán al asegurado podrán ser los siguientes: períodos mínimos de espera de 12, 24, 48 ó 72 horas, y el periodo de beneficio podrá variar de 10, 30 ó 180 días, cualquier variación entre estas opciones.

3. Cáncer Cérvico Uterino

a) Cobertura

1. La Compañía pagará la Indemnización Diaria por Hospitalización, al Asegurado,

2. El periodo máximo de cobertura será de 12 meses a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización, no obstante, lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo accidente, serán consideradas como continuación de las anteriores a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio de 180 días.
3. Sin deducible ni coaseguro
4. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza

b) Definición

Internamiento por un período mínimo de 12 horas en un hospital a causa de un cáncer cérvico uterino que ocurra durante la vigencia del certificado y limitándose el beneficio a un período máximo de 180 días por evento.

➔ **Documentos necesarios para la comprobación de la hospitalización:**

1. Reporte de hospitalización, firmado por el médico que lo elabora, indicando:
   - ❖ Causa de Hospitalización.
   - ❖ Número de días que estuvo hospitalizado.
2. Evidencia histológica que confirme la presencia de células malignas.
3. Diagnóstico confirmado por un oncólogo clínico, incluyendo:
   - ❖ Fecha de primeros síntomas y signos.
   - ❖ Fecha de diagnóstico.
   - ❖ Tratamiento actual.
   - ❖ Estado del asegurado.
4. Solicitud de pago, debidamente requisitada y firmada por el(los) beneficiarios.
5. Comprobante de domicilio del beneficiario (no mayor a tres meses).
6. Estado de cuenta bancario del beneficiario (no mayor a tres meses).
7. Identificación oficial vigente con fotografía y firma del asegurado y del titular.

Nota: Toda la documentación deberá ser emitida y firmada por doctores especialistas en la materia. La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Es importante mencionar que los plazos que se le ofrecerán al asegurado podrán ser los siguientes: períodos mínimos de espera de 12, 24, 48 ó 72 horas, y el periodo de beneficio podrá variar de 10, 30 ó 180 días, cualquier variación entre estas opciones.

4. Cáncer de Mama

a) Cobertura

1. La Compañía pagará la Indemnización Diaria por Hospitalización, al Asegurado,
2. El periodo máximo de cobertura será de 12 meses a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización, no obstante, lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo accidente, serán consideradas como continuación de las anteriores a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio de 180 días.
3. Sin deducible ni coaseguro
4. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza

b) Definición

Internamiento por un período mínimo de 12 horas en un hospital a causa de un cáncer de mama cubierto que ocurra durante la vigencia del certificado y limitándose el beneficio a un período máximo de 180 días por evento.

➔ **Documentos necesarios para la comprobación de la hospitalización:**

1. Reporte de hospitalización, firmado por el médico que lo elabora, indicando:
   - ❖ Causa de Hospitalización.

- ❖ Número de días que estuvo hospitalizado.

2. Evidencia histológica que confirme la presencia de células malignas.
3. Diagnóstico confirmado por un oncólogo clínico, incluyendo:
   - ❖ Fecha de primeros síntomas y signos.
   - ❖ Fecha de diagnóstico.
   - ❖ Tratamiento actual.
   - ❖ Estado del asegurado.
4. Solicitud de pago, debidamente requisitada y firmada por el(los) beneficiarios.
5. Comprobante de domicilio del beneficiario (no mayor a tres meses).
6. Estado de cuenta bancario del beneficiario (no mayor a tres meses).
7. Identificación oficial vigente con fotografía y firma del asegurado y del titular.

Nota: Toda la documentación deberá ser emitida y firmada por doctores especialistas en la materia. La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Es importante mencionar que los plazos que se le ofrecerán al asegurado podrán ser los siguientes: períodos mínimos de espera de 12, 24, 48 ó 72 horas, y el periodo de beneficio podrá variar de 10, 30 ó 180 días, cualquier variación entre estas opciones.

5. Infarto

a) Cobertura

1. La Compañía pagará la Indemnización Diaria por Hospitalización, al Asegurado,
2. El periodo máximo de cobertura será de 12 meses a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización, no obstante, lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo accidente, serán consideradas como continuación de las anteriores a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio de 180 días.
3. Sin deducible ni coaseguro
4. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza

b) Definición

Internamiento por un período mínimo de 12 horas en un hospital a causa de un infarto que ocurra durante la vigencia del certificado y limitándose el beneficio a un período máximo de 180 días por evento.

➔ **<u>Documentos necesarios para la comprobación de la hospitalización:</u>**

1. Reporte de hospitalización, firmado por el médico que lo elabora, indicando:
   - ❖ Causa de Hospitalización.
   - ❖ Número de días que estuvo hospitalizado.
2. Evidencia histológica que confirme la presencia de células malignas.
3. Diagnóstico confirmado por un oncólogo clínico, incluyendo:
   - ❖ Fecha de primeros síntomas y signos.
   - ❖ Fecha de diagnóstico.
   - ❖ Tratamiento actual.
   - ❖ Estado del asegurado.
4. Solicitud de pago, debidamente requisitada y firmada por el(los) beneficiarios.
5. Electrocardiograma
6. Estudio de Laboratorio pertinentes:
   - ❖ Enzimas Cardiacas
7. Comprobante de domicilio del beneficiario (no mayor a tres meses).
8. Estado de cuenta bancario del beneficiario (no mayor a tres meses).
9. Identificación oficial vigente con fotografía y firma del asegurado y del titular.

Nota: Toda la documentación deberá ser emitida y firmada por doctores especialistas en la materia. La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Es importante mencionar que los plazos que se le ofrecerán al asegurado podrán ser los siguientes: períodos mínimos de espera de 12, 24, 48 ó 72 horas, y el periodo de beneficio podrá variar de 10, 30 ó 180 días, cualquier variación entre estas opciones.

Invalidez Total y Permanente por Accidente

a) Cobertura

La compañía pagará una indemnización si a consecuencia directa de un accidente ocurrido dentro de los primeros 180 días posteriores al evento el Asegurado se invalida total y permanentemente.

b) Definición

Pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un accidente que lo imposibilite para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. A fin de determinar esta incapacidad, se requerirá que haya sido continua durante el periodo establecido en la carátula o certificado de la póliza.

Los siguientes casos se consideran como causa de invalidez y no operará el periodo de espera:

- La pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos
- La pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie
- De una mano y la vista de un ojo
- Un pie y la vista de un ojo.

Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpometacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

En caso que el Asegurado no tenga un trabajo formal, se entenderá como la invalidez total y permanente cuando no pueda realizar ningún tipo de trabajo remunerativo o realizar (con o sin ayuda) por lo menos tres (3) de las siguientes seis (6) “actividades cotidianas” por un periodo continuo de por lo menos seis (6) meses.

Periodo de Espera

El beneficio derivado del estado de invalidez del Asegurado comenzará su aplicación después de transcurridos ciento ochenta (180) días de diagnosticado el estado de invalidez total y permanente, siempre y cuando el estado de invalidez prevalezca.

No operara el periodo cuando el estado de invalidez sea dictaminado por una Institución de Seguridad Social a la que se encuentre adscrito el Asegurado.

Actividades cotidianas:

I. Bañarse, la habilidad de lavarse en el baño o ducha (incluyendo hacerlo dentro y fuera del baño o ducha) o lavarse satisfactoriamente a través de otros medios;
II. Vestirse, la habilidad de ponerse, quitarse, abrocharse y desabrocharse toda la ropa, así como prótesis u otros aparatos ortopédicos;
III. Trasladarse, la habilidad de moverse de una cama a una silla o silla de ruedas poniéndose de pie y viceversa;
IV. Movilidad, la habilidad de moverse en casa de cuarto a cuarto para alojarse en superficies planas;
V. Sanitario, la habilidad de usar el sanitario o bien manejar las funciones de defecación y micción para mantener un nivel satisfactorio de higiene personal;
VI. Alimentación, la habilidad de alimentarse por sí mismo, una vez que la comida sea preparada y esté disponible.

➔ **<u>Documentos necesarios para la comprobación de la Invalidez Total y Permanente por Accidente:</u>**

1. Dictamen de invalidez total y permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia
2. Exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la invalidez total y permanente

Nota: La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Fractura de Huesos

a) Cobertura

1. La compañía indemnizará al asegurado un porcentaje de la Suma Asegurada contratada si, como consecuencia directa de un accidente cubierto y ocurrido durante la vigencia de la póliza, el asegurado sufre alguna de las fracturas mencionadas en **la Tabla de Indemnización – Fractura de Hueso**
2. La indemnización máxima que pagará la compañía ya sea por una o más fracturas cubiertas, durante una o más vigencias de la póliza será igual a la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.
3. Sin deducible ni coaseguro.
4. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

Tabla de Indemnización – Fractura de Hueso -		
Tipo de fractura	**No quirúrgico**	**Quirúrgico**
Cráneo	50%	100%
Huesos Cara (sin nariz)	50%	100%
Columna Cervical	50%	100%
Columna Toráxica y Lumbar	50%	100%
Cuello del Fémur	50%	100%
Costillas	25%	50%
Esternón	25%	50%
Rótula	25%	50%
Otras partes del Fémur	25%	50%
Tibia y/o Peroné (fibula)	25%	50%
Húmero	25%	50%
Radio, Cúbito (ulna)	25%	50%
Huesos Sacro y Coxis	35%	70%
Pelvis	35%	70%
Clavícula	20%	40%
Omóplato (escápula)	15%	30%
Huesos Carpeanos o Metacarpeanos	5%	10%
Huesos del tarso y del metatarso	5%	10%

Los beneficios que derivan de esta cobertura son improcedentes cuando el siniestro se haya realizado en las siguientes condiciones o el riesgo tenga las siguientes características:

a) Cuando el evento sea derivado por osteoporosis o fractura patológica (cualquier fractura que haya sido provocada por una enfermedad previa que haya debilitado el hueso), independientemente de que si la osteoporosis o la enfermedad que haya debilitado el hueso fueron diagnosticadas después de la fecha de emisión de la póliza.

b) Si la fractura se deriva de procesos de alumbramiento o aborto o cualquier complicación derivada de estos procesos.

b) Definición
Pérdida de continuidad del tejido óseo diagnosticada por un médico con cédula profesional, respaldada por estudios de imagen/gabinete. La fractura debe ocurrir dentro de los 90 días posteriores del accidente.

Los tipos de tratamientos pueden ser:

a. Tratamiento quirúrgico: Requiere cirugía para reducir la fractura.
b. Tratamiento no quirúrgico: Manejo conservador que no requiere cirugía.

➔ **Documentos necesarios para la comprobación de Fractura de Huesos:**

1. Solicitud de pago, debidamente requisitada y firmada por el asegurado o beneficiario en caso de que sea menor de edad.
2. Comprobante de domicilio del asegurado o beneficiario en caso de que sea menor de edad (no mayor a tres meses).
3. Estado de cuenta bancario del asegurado o beneficiario en caso de que sea menor de edad (no mayor a tres meses).
4. Identificación oficial vigente con fotografía y firma del asegurado y del titular.
5. Estudios de imagen con interpretación que comprueben la fractura.

Nota: La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Indemnización por diagnóstico de Enfermedades Graves

La compañía indemnizará si durante la vigencia de esta cobertura, el Asegurado sufre alguna de las graves enfermedades siguientes:

1. Infarto al Miocardio

a) Cobertura
La compañía indemnizará a partir de la ocurrencia del evento de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

b) Definición
Muerte de una porción del músculo del corazón ocasionado por un inadecuado suministro de sangre al área pertinente.

c) Demostración
Este diagnóstico debe estar soportado por tres o más de los siguientes cinco criterios que son consistentes con un nuevo ataque cardíaco:

- Historia del dolor torácico típico;
- Electrocardiograma (ECG), con cambios nuevos que demuestran un infarto;
- Diagnóstico de elevación de enzimas cardiacas CPK-MB;
- Diagnóstico de elevación de la Troponina (TnI);
- Una fracción de la eyección ventricular izquierda menor al 50%, medida tres (3) meses o más después del evento.

Nota: Toda la documentación deberá ser emitida y firmada por doctores especialistas en la materia. La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

2. Cirugía Coronaria

a) Cobertura

1. La compañía indemnizará a partir de la ocurrencia del evento de acuerdo con la siguiente definición y demostración.
2. Sin deducible ni coaseguro.
3. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

b) Definición

Ser sometido a una cirugía de apertura de tórax para corregir el estrechamiento u obstrucción de una o más de las arterias coronarias con desviación de injertos.

c) Demostración

Este diagnóstico debe ser soportado por:

- Angiografía que demuestra la oclusión significativa de las arterias coronarias.
- El procedimiento debe ser considerado médicamente necesario por un cardiólogo.
- Nota postquirúrgica firmada por el médico tratante con la descripción detallada del procedimiento efectuado y su fecha de realización.

Nota: Toda la documentación deberá ser emitida y firmada por doctores especialistas en la materia. La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Se excluyen angioplastias y otras técnicas basadas en cateterismo intraarterial, procedimientos laparoscópicos y/o procedimientos con láser.

3. Infarto y/o Hemorragia Cerebral

a) Cobertura

1. La compañía indemnizará a partir de la ocurrencia del evento de acuerdo con la siguiente definición y demostración.
2. Sin deducible ni coaseguro.
3. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

b) Definición

Un evento cerebrovascular incluyendo infarto del tejido cerebral, embolia cerebral, trombosis cerebral y hemorragia masiva intra-cerebral o dentro del espacio subaracnoideo.

c) Demostración

Este diagnóstico debe ser soportado por todas las condiciones siguientes:

- La evidencia de daño neurológico permanente confirmado por un neurólogo por lo menos 3 meses después del evento;
- Hallazgos en resonancia magnética, tomografía computarizada, u otras técnicas de imagenología confiables consistentes con el diagnóstico de un nuevo ataque**.**

Nota: Toda la documentación deberá ser emitida y firmada por doctores especialistas en la materia. La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Los siguientes padecimientos quedan excluidos:

- **Episodios de isquemia transitoria; Daño cerebral debido a un accidente o lesión, vasculitis y enfermedades intracraneanas ocupativas e infecciosas;**
- **Enfermedad vascular que afecte al ojo o el nervio óptico;**
- **Desorden de isquemia del sistema vestibular.}**

4. Insuficiencia Renal Crónica

a) Cobertura

1. La compañía indemnizará a partir de la ocurrencia del evento de acuerdo con la siguiente definición y demostración.
2. Sin deducible ni coaseguro.
3. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

b) Definición
Falla crónica irreversible de ambos riñones que requieran diálisis renal permanente o trasplante de riñón.

c) Demostración
Enfermedad crónica del riñón con evidencias de insuficiencia renal irreversible consecutiva en los análisis de sangre que hacen necesaria la hemodiálisis periódica o un programa de diálisis peritoneal a largo plazo.

Nota: Toda la documentación deberá ser emitida y firmada por doctores especialistas en la materia. La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

5. Parálisis de las Extremidades

a) Cobertura
1. La compañía indemnizará a partir de la ocurrencia del evento de acuerdo con la siguiente definición y demostración.
2. Sin deducible ni coaseguro.
3. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

b) Definición
Pérdida completa, permanente e irreversible del uso de al menos dos extremidades (ambos brazos, ambas piernas o un brazo y una pierna) causada por enfermedad o lesión.

c) Demostración
- Confirmación por un médico neurólogo.
- Al menos uno de los siguientes estudios:
  - Rayos X (descartar lesiones óseas).
  - Tomografía o resonancia magnética.
  - Mielograma (lesiones en médula espinal y nervios).
  - Electromiografía.
  - Punción lumbar.

Nota: La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Se excluyen las lesiones autoinfligidas.

6. Trasplante de Órgano Vital

a) Cobertura
1. La compañía indemnizará a partir de la ocurrencia del evento de acuerdo con la siguiente definición y demostración.
2. Sin deducible ni coaseguro.
3. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

b) Definición
Someterse como receptor a una cirugía de trasplante de uno de los siguientes órganos humanos: corazón, pulmón, hígado, riñón, páncreas, médula ósea, como resultado de la falla e insuficiencia irreversible del órgano pertinente.
Médula ósea: la recepción de un trasplante de médula ósea humana utilizando células madre hematopoyéticas precedido por ablación total de medula ósea.

c) Demostración
- Historia de enfermedad grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requirió ser sustituido

- Documentación hospitalaria del trasplante efectuado.

Nota: La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Si el Asegurado requiere de alguna indemnización como consecuencia de esta cobertura, la compañía deducirá de la Suma Asegurada a pagar, el importe total que hubiere ya pagado al Asegurado, por el mismo evento bajo la cobertura de Indemnización por Cáncer Terminal.

7. Quemaduras Graves

a) Cobertura

1. La compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada contratada para este beneficio, siempre y cuando se demuestre la ocurrencia del evento durante la vigencia de la póliza.
2. La Suma Asegurada contratada es por vigencia y por Asegurado.
3. La Suma Asegurada se reinstalará en cada renovación de la póliza para eventos independientes de quemaduras graves, es decir, no se cubrirá nuevamente en el aniversario de la póliza un evento de quemadura grave cubierto previamente.
4. Sin deducible ni coaseguro.
5. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

b) Definición

Quemaduras que se extienden hasta la capa grasa ubicada por debajo de la dermis (Tercer Grado) afectando al menos el 25% de la superficie corporal, medida mediante la regla de los nueves o la carta de superficie corporal de Luna y Browder.

c) Demostración

- Reporte médico o informe médico amplio, firmado por un médico con cédula profesional, que incluya:
  - Superficie corporal quemada.
  - Esquema de distribución de las lesiones (regla de Wallace o regla de los nueves).
  - Tratamiento propuesto.
  - Estado actual del paciente.
- Descripción de las heridas, con evidencia de anestesia o hipoestesia, afectando más del 25% de la superficie corporal

Nota: La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

8. Cirugía Reconstructiva por Quemadura Grave

a) Cobertura

1. La compañía indemnizará al asegurado la Suma Asegurada contratada por única vez, al demostrar la ocurrencia del procedimiento durante la vigencia de la póliza.
2. El evento de quemaduras graves que da origen al procedimiento mencionado no debe ser preexistente al momento de la contratación del seguro, en caso contrario no procederá el pago de esta cobertura.
3. Sin deducible ni coaseguro.
4. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

b) Definición

Cirugía reconstructiva necesaria para reparar partes corporales afectadas por quemaduras graves, definidas y cubiertas por esta póliza.

c) Demostración

1. Reporte médico o informe médico amplio, firmado por un médico con cédula profesional, que incluya:
   - ❖ Superficie corporal quemada.
   - ❖ Esquema de distribución de las lesiones (regla de Wallace o regla de los nueves).
   - ❖ Tratamiento propuesto.
   - ❖ Estado actual del paciente.
2. Descripción de las heridas, con evidencia de anestesia o hipoestesia, afectando más del 25% de la superficie corporal.
3. Nota postquirúrgica firmada por el médico tratante con la descripción detallada del procedimiento efectuado y su fecha de realización.

Nota: La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

9. Esclerosis Múltiple

a) Cobertura

1. La compañía indemnizará al Asegurado la Suma Asegurada contratada para este beneficio, siempre y cuando se demuestre la ocurrencia del evento durante la vigencia de la póliza.
2. La Suma Asegurada se reinstalará en cada renovación de la póliza para eventos independientes de quemaduras graves, es decir, no se cubrirá nuevamente en el aniversario de la póliza un evento de quemadura grave cubierto previamente.
3. Sin deducible ni coaseguro.
4. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

b) Definición

Enfermedad crónica, progresiva y desmielinizante del sistema nervioso central que afecta las funciones motoras y sensitivas. Los episodios recurrentes o brotes provocan mayor daño al sistema nervioso central.

c) Demostración

1. Diagnóstico definitivo, avalado por un médico especialista (internista, neurólogo o reumatólogo).
2. Informe médico del tratante, que incluya:
   - ❖ Fecha de primeros síntomas y signos.
   - ❖ Fecha del diagnóstico.
   - ❖ Criterios diagnósticos.
   - ❖ Tratamiento actual.
   - ❖ Estado actual del asegurado.
3. Estudios requeridos (al menos tres de los siguientes):
   - ❖ Conductividad nerviosa (nervios ópticos, sensoriales y motores).
   - ❖ Electromiografía.
   - ❖ Resonancia magnética nuclear (RNM).
   - ❖ Reporte de líquido cefalorraquídeo (LCR).
   - ❖ Índice elevado de inmunoglobulina G (IgG).
   - ❖ Potenciales evocados.
   - ❖ Anticuerpos específicos: anticentrómero, antitopoisomerasa I, anti-RNA polimerasa, anti-Th/to.
4. Condiciones adicionales:
   - ❖ Al menos dos lesiones distintas verificadas por RNM.
   - ❖ Evidencia de nuevos síntomas o lesiones con un intervalo mínimo de 3 meses entre episodios.

Nota: La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

10. Ceguera

a) Cobertura

1. La compañía indemnizará al asegurado la Suma Asegurada contratada por única vez, al demostrar la ocurrencia del evento durante la vigencia de la póliza
2. Sin deducible ni coaseguro
3. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

b) Definición

La pérdida total e irreversible de la vista en ambos ojos, como resultado de una enfermedad o accidente.

c) Demostración

Documento entregado y firmado por un médico oftalmólogo certificado confirmando la ceguera

Nota: La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Se excluye cualquier ceguera a consecuencia de glaucoma o retinopatía diabética.

11. Mudez

a) Cobertura

1. La compañía indemnizará al asegurado la Suma Asegurada contratada por única vez, al demostrar la ocurrencia del evento durante la vigencia de la póliza
2. Sin deducible ni coaseguro
3. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

b) Definición

La pérdida total e irreversible del habla, como resultado de una enfermedad o accidente.

c) Demostración

Documento entregado y firmado por un médico otorrinolaringólogo certificado confirmando la mudez

Nota: La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Se excluye cualquier mudez a consecuencia de enfermedades congénitas.

12. Sordera

a) Cobertura

1. La compañía indemnizará al asegurado la Suma Asegurada contratada por única vez, al demostrar la ocurrencia del evento durante la vigencia de la póliza
2. Sin deducible ni coaseguro
3. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

b) Definición

La incapacidad total o parcial para escuchar sonidos en ambos oídos, como resultado de una enfermedad o accidente.

c) Demostración
Documento entregado y firmado por un médico otorrinolaringólogo certificado confirmando la sordera

Nota: La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Se excluye cualquier sordera a consecuencia de enfermedades congénitas.

Cobertura de Cáncer

La compañía cubrirá la indemnización tras el diagnostico de los siguientes padecimientos y procedimientos:

1. Cáncer General

a) Cobertura

1. MetLife pagará al asegurado la Suma Asegurada contratada por única vez, al demostrar la ocurrencia del evento durante la vigencia de la póliza
2. Sin deducible ni coaseguro
3. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a la compañía por este concepto no será cubierta por este seguro.

b) Definición

Presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas con la invasión a ganglios linfáticos y destrucción del tejido normal, siempre y cuando el ganglio con presencia de malignidad no sea el tumor primario.

c) Demostración

1. Diagnóstico definitivo, avalado por un oncólogo o patólogo.
2. Informe médico del tratante, que incluya:
   - ❖ Fecha de primeros síntomas y signos.
   - ❖ Fecha de diagnóstico.
   - ❖ Tratamiento actual.
   - ❖ Estado del asegurado.
3. Evidencia clínica:
   - ❖ Células malignas en material histológico o citológico.
   - ❖ Invasión neoplásica de tejidos y ganglios linfáticos confirmada por cirugía, endoscopía, radiología u otros métodos de imagen.
   - ❖ Reporte histopatológico de cáncer.
   - ❖ Informe del oncólogo indicando signos y diagnóstico definitivo.
4. Documentos adicionales:
   - ❖ Constancia de hospitalización (nombre del paciente, fechas de ingreso y alta, área hospitalaria).
   - ❖ Solicitud de pago firmada por beneficiarios.
   - ❖ Comprobante de domicilio del beneficiario (no mayor a 3 meses).
   - ❖ Estado de cuenta bancario (no mayor a 3 meses).
   - ❖ Identificación oficial vigente del asegurado y titular.

Nota: La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Si el Asegurado requiere de alguna indemnización como consecuencia del diagnóstico de cáncer, MetLife Más deducirá de la Suma Asegurada a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al Asegurado, por el mismo evento bajo las coberturas de Cáncer Cérvico Uterino, Cáncer de próstata o Cáncer de Mama.

Lo siguiente se excluye:

- **Tumores que muestran los cambios malignos de carcinoma in situ y tumores que son descritos histológicamente como pre-malignos o no-invasivos, incluyendo, pero no limitando a: carcinoma in situ de mama, displasia cervical NIC-1, NIC-2 y NIC-3;**

- **Hiperqueratosis, carcinoma basocelular y carcinoma escamoso superficiales, así como melanomas de menos de 1.5mm de espesor de Breslow, o menor al nivel 3 de la clasificación Clark, a menos que haya evidencia de metástasis;**

- **Cánceres de próstata descritos histológicamente según la clasificación TNM, T1a o T1b o cánceres de próstata de otra clasificación equivalente o menor, micro-carcinoma papilar de la tiroides T1N0M0 de menos de 1 cm de diámetro, micro-carcinoma papilar de la vejiga, y leucemia linfocítica crónica menor a la etapa 3 de la clasificación RAI;**

- **Todos los tumores con presencia de infecciones del Virus de Inmunodeficiencia Humana;**

- **Todo cáncer cérvico uterino en etapas menores a IVB (si este beneficio también es contratado por el Asegurado);**

- **Todo cáncer de mama en etapas menores a IV (si este beneficio también es contratado por el Asegurado);**

- **Todo cáncer de próstata en etapas menores a IVB (si este beneficio también es contratado por el Asegurado).**

- **Todo cáncer de pulmón en etapas menores a IV (si este beneficio también es contratado por el Asegurado);**

- **Todo cáncer de testículo en etapas menores a III (si este beneficio también es contratado por el Asegurado)**

2. Cáncer Especifico

I. Cáncer Cérvico Uterino

a) Cobertura

1. MetLife pagará al asegurado la Suma Asegurada contratada por única vez, al demostrar la ocurrencia del evento durante la vigencia de la póliza
2. Sin deducible ni coaseguro
3. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a la compañía por este concepto no será cubierta por este seguro.

b) Definición

Crecimiento lento previo a la aparición de células cancerosas en el cuello uterino, de los tejidos normales del cuello uterino pasando por el proceso de displasia, que consiste en la manifestación de células anormales, que posteriormente comenzarán a crecer y diseminarse con mayor profundidad en el cuello del útero y en las áreas circundantes.

c) Demostración

1. Diagnóstico definitivo, avalado por un oncólogo o patólogo.
2. Informe médico del tratante, que incluya:
   - ❖ Fecha de primeros síntomas y signos.
   - ❖ Fecha de diagnóstico.
   - ❖ Tratamiento actual.
   - ❖ Estado del asegurado.
3. Evidencia clínica:
   - ❖ Células malignas en material histológico o citológico.
   - ❖ Invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes confirmada por cirugía, endoscopía, radiología u otros métodos de imagen.
   - ❖ Reporte histopatológico de cáncer.
   - ❖ Informe del oncólogo indicando signos y diagnóstico definitivo.
4. Documentos adicionales:
   - ❖ Constancia de hospitalización (nombre del paciente, fechas de ingreso y alta, área hospitalaria).
   - ❖ Solicitud de pago firmada por beneficiarios.
   - ❖ Comprobante de domicilio del beneficiario (no mayor a 3 meses).
   - ❖ Estado de cuenta bancario (no mayor a 3 meses).
   - ❖ Identificación oficial vigente del asegurado y titular.

Nota: La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Se pagará la Suma Asegurada al momento de ser diagnosticado la etapa IIB siempre que sea procedente de acuerdo al resto de las condiciones generales.

II. Cáncer de Próstata

a) Cobertura

1. MetLife pagará al asegurado la Suma Asegurada contratada por única vez, al demostrar la ocurrencia del evento durante la vigencia de la póliza
2. Sin deducible ni coaseguro
3. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a la compañía por este concepto no será cubierta por este seguro.

b) Definición

Proliferación de células malignas a partir de tejido prostático manifestándose en un crecimiento anárquico y descontrolado de células.

c) Demostración

1. Diagnóstico definitivo, avalado por un oncólogo o patólogo.
2. Informe médico del tratante, que incluya:
   - ❖ Fecha de primeros síntomas y signos.
   - ❖ Fecha de diagnóstico.
   - ❖ Tratamiento actual.
   - ❖ Estado del asegurado.
3. Evidencia clínica:
   - ❖ Células malignas en material histológico o citológico.
   - ❖ Invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes confirmada por cirugía, endoscopía, radiología u otros métodos de imagen.
   - ❖ Reporte histopatológico de cáncer.
   - ❖ Informe del oncólogo indicando signos y diagnóstico definitivo.
4. Documentos adicionales:
   - ❖ Constancia de hospitalización (nombre del paciente, fechas de ingreso y alta, área hospitalaria).
   - ❖ Solicitud de pago firmada por beneficiarios.
   - ❖ Comprobante de domicilio del beneficiario (no mayor a 3 meses).
   - ❖ Estado de cuenta bancario (no mayor a 3 meses).
   - ❖ Identificación oficial vigente del asegurado y titular.

Nota: La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Se pagará la Suma Asegurada al momento de ser diagnosticado la etapa T2b siempre que sea procedente de acuerdo al resto de las condiciones generales.

III. Cáncer de Mama

a) Cobertura

1. MetLife pagará al asegurado la Suma Asegurada contratada por única vez, al demostrar la ocurrencia del evento durante la vigencia de la póliza
2. Sin deducible ni coaseguro
3. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a la compañía por este concepto no será cubierta por este seguro.

b) Definición

Manifestación del recubrimiento epitelial de los conductos de tamaño grande e intermedio (ductal), o del epitelio de los conductos terminales de los lóbulos (lobular) por células cancerosas.

c) Demostración

5. Diagnóstico definitivo, avalado por un oncólogo o patólogo.
6. Informe médico del tratante, que incluya:
   - ❖ Fecha de primeros síntomas y signos.
   - ❖ Fecha de diagnóstico.
   - ❖ Tratamiento actual.
   - ❖ Estado del asegurado.
7. Evidencia clínica:
   - ❖ Células malignas en material histológico o citológico.
   - ❖ Invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes confirmada por cirugía, endoscopía, radiología u otros métodos de imagen.
   - ❖ Reporte histopatológico de cáncer.
   - ❖ Informe del oncólogo indicando signos y diagnóstico definitivo.
8. Documentos adicionales:
   - ❖ Constancia de hospitalización (nombre del paciente, fechas de ingreso y alta, área hospitalaria).
   - ❖ Solicitud de pago firmada por beneficiarios.
   - ❖ Comprobante de domicilio del beneficiario (no mayor a 3 meses).
   - ❖ Estado de cuenta bancario (no mayor a 3 meses).
   - ❖ Identificación oficial vigente del asegurado y titular.

Nota: La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Se pagará la Suma Asegurada al momento de ser diagnosticado la etapa IIA siempre que sea procedente de acuerdo al resto de las condiciones generales.

IV. Cáncer de Pulmón

a) Cobertura

1. MetLife pagará al asegurado la Suma Asegurada contratada por única vez, al demostrar la ocurrencia del evento durante la vigencia de la póliza
2. Sin deducible ni coaseguro
3. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a la compañía por este concepto no será cubierta por este seguro.

b) Definición

Manifestación de células cancerígenas que se forma en los tejidos del pulmón, por lo general, en las células que recubren las vías respiratorias. Los dos tipos más importantes de cáncer de pulmón son el cáncer de pulmón de células pequeñas y el cáncer de pulmón de células no pequeñas. Estos tipos de cáncer se diagnostican con base en el aspecto que tengan las células bajo un microscopio.

c) Demostración

1. Diagnóstico definitivo, avalado por un oncólogo o patólogo.
2. Informe médico del tratante, que incluya:
   - ❖ Fecha de primeros síntomas y signos.
   - ❖ Fecha de diagnóstico.
   - ❖ Tratamiento actual.
   - ❖ Estado del asegurado.
3. Evidencia clínica:
   - ❖ Células malignas en material histológico o citológico.
   - ❖ Invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes confirmada por cirugía, endoscopía, radiología u otros métodos de imagen.
   - ❖ Reporte histopatológico de cáncer.
   - ❖ Informe del oncólogo indicando signos y diagnóstico definitivo.
4. Documentos adicionales:
   - ❖ Constancia de hospitalización (nombre del paciente, fechas de ingreso y alta, área hospitalaria).
   - ❖ Solicitud de pago firmada por beneficiarios.
   - ❖ Comprobante de domicilio del beneficiario (no mayor a 3 meses).
   - ❖ Estado de cuenta bancario (no mayor a 3 meses).
   - ❖ Identificación oficial vigente del asegurado y titular.

Nota: La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Se pagará la Suma Asegurada al momento de ser diagnosticado la etapa I siempre que sea procedente de acuerdo al resto de las condiciones generales.

V. Cáncer de Testículo

a) Cobertura

1. MetLife pagará al asegurado la Suma Asegurada contratada por única vez, al demostrar la ocurrencia del evento durante la vigencia de la póliza
2. Sin deducible ni coaseguro
3. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a la compañía por este concepto no será cubierta por este seguro.

b) Definición

Cáncer que se forma en los tejidos de uno o ambos testículos. El cáncer de testículo es más común en hombres jóvenes o de edad mediana. La mayoría de los cánceres de testículo comienzan a formarse en las células germinativas (células germinales que se convierten en espermatozoides) y se llaman tumores de células germinativas de testículo.

c) Demostración

1. Diagnóstico definitivo, avalado por un oncólogo o patólogo.
2. Informe médico del tratante, que incluya:
   - ❖ Fecha de primeros síntomas y signos.
   - ❖ Fecha de diagnóstico.
   - ❖ Tratamiento actual.

- ❖ Estado del asegurado.

3. Evidencia clínica:
   - ❖ Células malignas en material histológico o citológico.
   - ❖ Invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes confirmada por cirugía, endoscopía, radiología u otros métodos de imagen.
   - ❖ Reporte histopatológico de cáncer.
   - ❖ Informe del oncólogo indicando signos y diagnóstico definitivo.
4. Documentos adicionales:
   - ❖ Constancia de hospitalización (nombre del paciente, fechas de ingreso y alta, área hospitalaria).
   - ❖ Solicitud de pago firmada por beneficiarios.
   - ❖ Comprobante de domicilio del beneficiario (no mayor a 3 meses).
   - ❖ Estado de cuenta bancario (no mayor a 3 meses).
   - ❖ Identificación oficial vigente del asegurado y titular.

Se pagará la Suma Asegurada al momento de ser diagnosticado la etapa IA siempre que sea procedente de acuerdo al resto de las condiciones generales.

Nota: La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

3. Reembolso por Intervenciones Quirúrgicas por Cáncer

a) Cobertura

1. al asegurado los gastos efectuados de dicha intervención (gastos de hospitalización, honorarios médicos, cirujano, anestesiólogo y ayudantes, así como atención postoperatoria), de un cáncer general o cáncer terminal.
2. El pago se realizará de acuerdo con el Gasto Usual y Acostumbrado, con un límite máximo en la Suma Asegurada contratada.
3. El padecimiento que da origen al procedimiento mencionado no debe ser preexistente al momento de la contratación del seguro, en caso contrario no procederá el pago de esta cobertura.
4. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza

Esta cobertura no aplica para ningún tipo de prótesis y su implantación, incluyendo las consideradas en la cobertura de cirugía reconstructiva por cáncer, prótesis por cirugía radical de cáncer de mama, y/o cirugía reconstructiva por quemadura grave, las cuales podrán adquirirse de manera independiente.

b) Definición

Intervención quirúrgica derivada de un cáncer general a o cáncer terminal.

c) Demostración

1. Reporte histopatológico, firmado por el médico que lo elabora, indicando:
   - ❖ Tipo de cáncer.
   - ❖ Etapa clínica (según el sistema TNM).
2. Informe médico emitido por el oncólogo tratante, legalmente autorizado, que incluya:
   - ❖ Fecha de inicio de signos y síntomas.
   - ❖ Fecha de diagnóstico (basado en diagnóstico histopatológico).
   - ❖ Tratamiento propuesto.
3. Nota postquirúrgica firmada por el médico tratante con la descripción detallada del procedimiento efectuado y su fecha de realización.

Nota: MetLife puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

4. Reembolso por Cirugía Reconstructiva por Cáncer

a) Cobertura

1. MetLife pagará al asegurado la Suma Asegurada contratada por única vez, al demostrar la ocurrencia del procedimiento durante la vigencia de la póliza.
2. El padecimiento que da origen al procedimiento mencionado no debe ser preexistente al momento de la contratación del seguro, en caso contrario no procederá el pago de esta cobertura.
3. Sin deducible ni coaseguro
4. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

Esta cobertura no aplica para ningún tipo de prótesis y su implantación, incluyendo las consideradas en la cobertura prótesis por cirugía radical de cáncer de mama, la cual podrá adquirirse de manera independiente.

b) Definición

Cirugía destinada a reconstruir partes del cuerpo dañadas como consecuencia de un diagnóstico de cáncer.

c) Demostración

1. Reporte histopatológico, firmado por el médico que lo elabora, indicando:
   - ❖ Tipo de cáncer.
   - ❖ Etapa clínica (según el sistema TNM).
2. Informe médico emitido por el oncólogo tratante, legalmente autorizado, que incluya:
   - ❖ Fecha de inicio de signos y síntomas.
   - ❖ Fecha de diagnóstico (basado en diagnóstico histopatológico).
   - ❖ Tratamiento propuesto.
3. Nota postquirúrgica firmada por el médico tratante con la descripción detallada del procedimiento efectuado y su fecha de realización.

Nota: MetLife puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

5. Prótesis por Cirugía radical de Cáncer de Mama

a) Cobertura

1. MetLife pagará al asegurado la Suma Asegurada contratada por única vez, al demostrar la ocurrencia del evento durante la vigencia de la póliza
2. El padecimiento que da origen al procedimiento mencionado no debe ser preexistente al momento de la contratación del seguro, en caso contrario no procederá el pago de esta cobertura.
3. La cobertura mencionada es sin deducible ni coaseguro
4. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a MetLife Más por este concepto no será cubierta por esta cobertura.

b) Definición

Cirugía para implantación de prótesis mamaria derivada de una mastectomía radical como consecuencia de un diagnóstico de cáncer.

c) Demostración

1. Reporte histopatológico, firmado por el médico que lo elabora, indicando:
   - ❖ Tipo de cáncer.
   - ❖ Etapa clínica (según el sistema TNM).
2. Informe médico emitido por el oncólogo tratante, legalmente autorizado, que incluya:
   - ❖ Fecha de inicio de signos y síntomas.
   - ❖ Fecha de diagnóstico (basado en diagnóstico histopatológico).
   - ❖ Tratamiento propuesto.
3. Nota postquirúrgica firmada por el médico tratante con la descripción detallada del procedimiento efectuado y su fecha de realización.

Nota: MetLife puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

6. Diagnóstico de Cáncer Terminal

a) Cobertura

La compañía indemnizará a partir de la demostración de la presencia de un cáncer masivo que ponga en peligro la vida del Asegurado de acuerdo con la definición y demostración que más adelante se señalan.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a MetLife Más por este concepto no será cubierta por esta cobertura.

b) Definición

Tumores malignos que presentan crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, invasión de tejidos y otros órganos que no se puede curar ni controlar con tratamientos y provoca la muerte. Se incluye linfoma maligno y enfermedad de Hodgkin a partir de la fase IV.

c) Demostración

1. Evidencia histológica que confirme la presencia de células malignas.
2. Diagnóstico confirmado por un oncólogo clínico, incluyendo:
   - ❖ Etapa clínica del cáncer.
   - ❖ Diagnóstico como cáncer terminal.

Este beneficio no podrá ser contratado conjuntamente con los beneficios

- **Cáncer General**
- **Cáncer Cérvico Uterino**
- **Cáncer de Próstata**
- **Cáncer de Mama**
- **Cáncer de Pulmón**
- **Cáncer de Testículo**

Diagnóstico de Diabetes Infantil

a) Cobertura

1. MetLife pagará al asegurado la Suma Asegurada contratada por única vez, al demostrar la ocurrencia del evento durante la vigencia de la póliza
2. Sin deducible ni coaseguro
3. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

b) Definición

Enfermedad que afecta la producción de insulina, acumulando glucosa en la sangre y dañando vasos sanguíneos, nervios y órganos.

➔ **<u>Documentos necesarios para la comprobación de Diagnostico de Diabetes Infantil:</u>**

1. Prueba de glucosa en plasma en ayunas:
   - ❖ Valor mayor o igual a 126 mg/dL indica diagnóstico positivo.
2. Prueba de tolerancia a la glucosa oral:
   - ❖ Valor confirmado mayor o igual a 200 mg/dL indica diagnóstico positivo.

Diagnóstico de Leucemia

a) Cobertura

1. MetLife pagará al asegurado la Suma Asegurada contratada por única vez, al demostrar la ocurrencia del evento durante la vigencia de la póliza
2. Sin deducible ni coaseguro
3. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

b) Definición

La leucemia es una enfermedad grave que se caracteriza por el aumento agudo y permanente de leucocitos (glóbulos blancos) en la sangre, la hipertrofia y proliferación de uno o varios tejidos linfoides (medula ósea, bazo o ganglios linfáticos). Es un cáncer de crecimiento rápido en el cual el cuerpo produce una gran cantidad de glóbulos blancos inmaduros (linfocitos). Estas células se pueden encontrar en la sangre, la médula ósea, los ganglios linfáticos, el bazo y otros órganos.

➔ **<u>Documentos necesarios para la comprobación de Diagnostico de Leucemia:</u>**

1. Examen físico:
   - ❖ Presencia de hematomas, hepatomegalia, esplenomegalia o signos de sangrado (petequias, púrpura).
2. Exámenes de sangre:
   - ❖ Conteo de glóbulos blancos anormal.
   - ❖ Anemia confirmada en un conteo sanguíneo completo (CSC).
   - ❖ Conteo de plaquetas bajo.
3. Pruebas adicionales:
   - ❖ Biopsia de médula ósea.
   - ❖ Biometría hemática.
   - ❖ Aspiración de médula ósea con niveles anormales.
   - ❖ Análisis de líquido cefalorraquídeo (LCR).

Diagnóstico de Hemiplejia, Paraplejia, Cuadriplejia, Tetraplejia por Accidente

a) Cobertura

1. MetLife pagará al asegurado la Suma Asegurada contratada por única vez, al demostrar la ocurrencia del evento durante la vigencia de la póliza
2. Sin deducible ni coaseguro
3. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

b) Definición

Parálisis parcial o total que resulta de lesiones en la médula espinal, lo que afecta la sensibilidad y movimiento en diferentes partes del cuerpo como consecuencia de un Accidente:

- Paraplejía: es la parálisis de ambas piernas o ambos brazos.
- Cuadriplejía/Tetraplejía: es la parálisis de ambas piernas y ambos brazos.
- Hemiplejía: es la parálisis de una mitad del cuerpo, causada por una disfunción en el hemisferio cerebral opuesto.

➔ **Documentos necesarios para la comprobación de Diagnostico de Hemiplejia, Paraplejia, Cuadriplejia, Tetraplejia por Accidente:**

Confirmación médica: La parálisis debe ser certificada por un médico especialista.

Nota: MetLife puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Diagnóstico del mal de Alzheimer

a) Cobertura

1. MetLife pagará al asegurado la Suma Asegurada contratada por única vez, al demostrar la ocurrencia del evento durante la vigencia de la póliza
2. Sin deducible ni coaseguro
3. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia del mal de Alzheimer. Cualquier manifestación u ocurrencia del mal de Alzheimer posterior a la primera reclamación realizada a MetLife Más por este concepto no será cubierta por esta cobertura.

b) Definición

Enfermedad neurodegenerativa que causa deterioro cognitivo y trastornos conductuales, caracterizada por la muerte de neuronas y atrofia cerebral en diferentes zonas del cerebro.

➔ **Documentos necesarios para la comprobación de Diagnostico del mal de Alzheimer:**

1. Diagnóstico avalado por un médico especialista (internista, neurólogo, psiquiatra o neurocirujano), basado en los criterios de NINCDS-ADRDA.
2. Reporte del médico tratante, que incluya:
   - ❖ Fecha de primeros síntomas y signos
   - ❖ Fecha del diagnóstico
   - ❖ Tratamiento actual
   - ❖ Estado actual del asegurado
3. Estudios médicos que sustenten el diagnóstico (al menos uno):
   - ❖ Tomografía axial computarizada (TAC)
   - ❖ Resonancia magnética nuclear (RMN)
   - ❖ Tomografía por emisión de positrones (TEP)
   - ❖ Tomografía computarizada por emisión de fotón único

Nota: MetLife puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Diagnóstico del mal de Parkinson

a) Cobertura

1. MetLife pagará al asegurado la Suma Asegurada contratada por única vez, al demostrar la ocurrencia del evento durante la vigencia de la póliza
2. Sin deducible ni coaseguro
3. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

El diagnóstico deberá ser realizado por un médico especialista, basado principalmente en los síntomas clínicos, en el examen físico y descartando otros trastornos que causan síntomas similares.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia del mal de Parkinson. Cualquier manifestación u

ocurrencia del mal de Parkinson posterior a la primera reclamación realizada a la compañía por este concepto no será cubierta por este seguro.

b) Definición

Trastorno degenerativo del sistema nervioso central que afecta las habilidades motoras, el habla y otras funciones, manifestándose con temblores, rigidez y movimientos involuntarios.

➔ **Documentos necesarios para la comprobación de Diagnostico del mal de Parkinson:**

1. Diagnóstico definitivo, avalado por un médico especialista (internista, neurólogo, neurocirujano o geriatra).
2. Informe del médico tratante, que incluya:
   - ❖ Fecha de primeros síntomas y signos.
   - ❖ Fecha del diagnóstico.
   - ❖ Criterios diagnósticos.
   - ❖ Tratamiento actual.
   - ❖ Estado actual del asegurado.
3. Historia clínica detallada, avalada por la institución de seguimiento y manejo de la enfermedad.
4. Estudios médicos que cumplan con los siguientes criterios:
   a. Grupo A (presencia obligatoria):
      - ❖ Temblor en reposo.
      - ❖ Bradicinesia.
      - ❖ Rigidez.
      - ❖ Comienzo asimétrico.
   b. Grupo B (ausencia de características):
      - ❖ Inestabilidad postural o fenómeno de congelamiento en los primeros 3 años.
      - ❖ Alucinaciones no relacionadas con medicamentos en los primeros 3 años.
      - ❖ Demencia previa o en el primer año de síntomas motores.
      - ❖ Parálisis supranuclear de la mirada o enlentecimiento de movimientos oculares verticales.
      - ❖ Disautonomía severa no relacionada con medicamentos.
5. Los síntomas deben estar presentes por al menos 3 años, sin características del Grupo B.

Nota: MetLife puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

1.2.2. Coberturas de Muerte Accidental y Perdidas Orgánicas.

Muerte Accidental

a) Cobertura

1. La compañía pagará a los beneficiarios la suma asegurada contratada si el asegurado fallece a causa de un accidente ocurrido dentro de los primeros 180 días posteriores al evento.
2. Sin deducible ni coaseguro.
3. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

b) Definición

Fallecimiento a consecuencia de un accidente siempre y cuando el fallecimiento se suscite dentro del plazo del seguro. No se considera muerte accidental a la muerte provocada intencionalmente o por culpa grave del propio Asegurado.

➔ **Documentos necesarios para comprobación de Muerte Accidental:**

1. Acta de defunción certificada por el registro civil.
2. Constancia de servicios emitida por el Contratante (si aplica).
3. Original del consentimiento individual del seguro con firma del asegurado.
   - ❖ Si la póliza es autoadministrable, el Contratante debe presentar el último consentimiento firmado.

4. Solicitud de pago firmada por los beneficiarios.
5. Identificación oficial con fotografía del asegurado y de los beneficiarios (credencial para votar, pasaporte vigente, cédula profesional, etc.).
6. Acta de nacimiento certificada del asegurado.
7. Documentación adicional (en caso de exención fiscal, acreditar parentesco con actas de nacimiento, matrimonio, etc.).
8. Fe de cadáver y documentación del Ministerio Público (si aplica).

Nota: La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Indemnización adicional por Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre o Acuático

a) Cobertura

a) La compañía indemnizará a los beneficiarios la suma asegurada contratada si el asegurado fallece a causa de un accidente en transporte Público, Terrestre o Acuático, ocurrido dentro de los primeros 180 días posteriores al evento.
b) Sin deducible ni coaseguro.
c) Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

b) Definición

Fallecimiento del asegurado como consecuencia de un accidente ocurrido mientras viajaba, subía o bajaba de un transporte público autorizado para pasajeros operado por una empresa comercial autorizada.

➔ **Documentos necesarios para comprobación de** Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre o Acuático**:**

1. Acta de defunción certificada por el registro civil.
2. Constancia de servicios emitida por el Contratante (si aplica).
3. Original de la caratula de póliza con firma del asegurado.
4. Solicitud de pago firmada por los beneficiarios.
5. Identificación oficial con fotografía del asegurado y de los beneficiarios (credencial para votar, pasaporte vigente, etc.).
6. Acta de nacimiento certificada del asegurado.
7. Documentación adicional (en caso de exención fiscal, acreditar parentesco con actas de nacimiento, matrimonio, etc.).
8. Fe de cadáver y documentación del Ministerio Público (si aplica).

Nota: La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Indemnización adicional por Muerte Accidental en Transporte Aéreo

a) Cobertura

1. La compañía indemnizará a los beneficiarios la suma asegurada contratada si el asegurado fallece a causa de un accidente en transporte Aéreo, ocurrido dentro de los primeros 180 días posteriores al evento.
2. Sin deducible ni coaseguro.
3. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

b) Definición

Cubre el fallecimiento del asegurado como consecuencia de un accidente ocurrido mientras viajaba, subía o bajaba en un transporte aéreo operado por una empresa comercial autorizada. Este debe realizar vuelos regulares con itinerario preestablecido entre aeropuertos habilitados por las autoridades correspondientes.

➔ **Documentos necesarios para comprobación de** Muerte Accidental en Transporte Aéreo**:**

1. Acta de defunción certificada por el registro civil.
2. Constancia de servicios emitida por el Contratante (si aplica).
3. Original de la caratula de póliza con firma del asegurado.
4. Solicitud de pago firmada por los beneficiarios.

5. Identificación oficial con fotografía del asegurado y de los beneficiarios (credencial para votar, pasaporte vigente, etc.).
6. Acta de nacimiento certificada del asegurado.
7. Documentación adicional (en caso de exención fiscal, acreditar parentesco con actas de nacimiento, matrimonio, etc.).
8. Fe de cadáver y documentación del Ministerio Público (si aplica).

Nota: La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

Perdidas Orgánicas

a) Cobertura

1. La compañía indemnizará al asegurado un porcentaje de la suma asegurada contratada, según la tabla de indemnización, si sufre una pérdida orgánica siempre que suceda dentro de los 180 días posteriores al accidente.
2. La suma de las indemnizaciones no excederá la Suma Asegurada contratada.
3. La tabla de indemnización es la siguiente:

b) Definición

Pérdida parcial o total de funcionalidad o mutilación de una mano, pie, dedos o pérdida irreparable de la vista del asegurado como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia del seguro, siempre que suceda dentro de los 90 días posteriores al accidente.

- Mano: Mutilación o pérdida funcional a nivel de la muñeca o arriba.
- Pie: Mutilación o pérdida funcional desde la articulación tibio-tarsiana o arriba.
- Dedos: Mutilación o pérdida funcional desde la coyuntura metacarpo/metatarso-falangeal o arriba.
- Ojos: Pérdida completa e irreparable de la vista.

Tabla de Indemnización - Pérdidas Orgánicas		
Por la pérdida de:	**Indemnización**	
	Escala "A"	**Escala "B"**
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	---	30%
Tres dedos de una mano, comprendiendo el pulgar o el índice	---	30%
Tres dedos de una mano, que no sean el pulgar o el índice	---	25%
El pulgar de una mano y otro dedo que no sea el índice	---	25%
La audición total e irreversible en ambos oídos	---	25%
El índice y otro dedo de una mano que no sea el pulgar	---	20%
Acortamiento de por lo menos 5 cm., de un miembro inferior	---	15%
El dedo medio o el anular o el meñique	---	6%
Cualquier dedo del pie	---	6%

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la póliza, en uno o en varios accidentes, MetLife Más pagará la suma de las indemnizaciones

correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la Suma Asegurada para este beneficio.

Esta cobertura también es aplicable para menores, entre cuarenta y cinco (45) días y doce (12) años de edad.

➔ **Documentos necesarios para comprobación de Perdidas Orgánicas:**

1. Formato ST-3 del IMSS o estudios médicos con interpretación firmada por un médico autorizado.
2. Radiografías o exámenes médicos que acrediten la pérdida (con interpretación firmada por quien la elabora).
3. Solicitud de pago firmada por el asegurado.
4. Identificación oficial con fotografía del asegurado.
5. Comprobante de domicilio reciente (luz, agua, teléfono, etc.).
6. Documentación del Ministerio Público sobre el accidente (si aplica).

Nota: La compañía puede solicitar documentos adicionales si es necesario para evaluar el caso.

2. Apartado Dos - Póliza.

2.1 Prueba de Existencia de la Póliza.

Las declaraciones escritas proporcionadas a MetLife en la solicitud de seguro, junto con la póliza, el comprobante de pago, sus adiciones y modificaciones documentadas por escrito, serán aceptadas como prueba de la existencia de esta póliza.

MetLife se reserva el derecho de excluir, mediante endosos, la cobertura de determinados padecimientos que puedan agravar el riesgo. Estas exclusiones podrán aplicarse:

- ❖ **En el momento de la contratación del seguro.**
- ❖ **Por cambio de ocupación del asegurado.**

3. Apartado Tres - Exclusiones.

a. Para efectos de esta póliza, quedan excluidos los reembolsos de gastos médicos e indemnización por hospitalizaciones por:

- ➢ **Padecimientos preexistentes.**
- ➢ **Lesiones a consecuencia de la utilización de métodos basados en hipnotismo, quelaciones, magnetoterapia y cualquier tipo de medicina alternativa o procedimientos no aprobados por la Secretaría de Salud.**
- ➢ **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.**
- ➢ **Tratamientos dentales o alveolares o gingivales o maxilofaciales, a excepción de accidentes.**

- ➢ **Padecimientos, intervenciones, complicaciones o tratamientos, incluyendo los tratamientos de rehabilitación, que resulten a consecuencia de alcoholismo, drogadicción o cualquier tipo de toxicomanías o farmacodependencias.**
- ➢ **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, así como tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir la calvicie, anorexia y bulimia, aumento de peso, y el acné, salvo las cirugías reconstructivas que se requieran como consecuencia de lo estipulado en las coberturas Cirugía reconstructiva por cáncer, y Prótesis por cirugía radical de cáncer de mama.**
- ➢ **Tratamientos dietéticos, para reducción de peso o para obesidad.**
- ➢ **Tratamientos médicos o quirúrgicos que no son reconocidos por la práctica médico-científica y que son de naturaleza experimental y/o de investigación.**
- ➢ **Tratamientos con fines preventivos, conocidos con el nombre de Check up.**
- ➢ **Infecciones, abortos, hernias o eventraciones con excepción de las causadas por lesiones que provengan de un accidente.**
- ➢ **Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el sida y todas las enfermedades causadas y/o relacionadas con el virus VIH positivo.**
- ➢ **Tratamiento médico o quirúrgico, distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedades cubiertas por esta póliza.**

b. Exclusiones generales:

- ➢ **Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- ➢ **Eventos ocurridos a consecuencia de riña con provocación por parte del Asegurado o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el Asegurado o estando bajo influencia de algún enervante, estimulante o similar que no haya sido prescrito por un médico.**
- ➢ **Lesiones que se originen por participar el Asegurado como sujeto activo en eventos derivados a consecuencia de Servicio Militar de cualquier clase, actos de guerra, terrorismo, insurrección, revolución o rebelión.**
- ➢ **Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado como sujeto activo.**
- ➢ **Accidente que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves, que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio del transporte regular de pasajeros.**
- ➢ **Cuando el asegurado viaje como ocupante de algún automóvil, motocicleta o cualquier otro vehículo similar en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- ➢ **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- ➢ **Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- ➢ **Envenenamiento que no haya ocurrido en forma accidental.**

- **La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.**
- **Accidentes que sufra el Asegurado y que sean ocasionados intencionalmente por culpa grave del mismo a consecuencia de la ingesta o bajo los influjos de bebidas alcohólicas o bajo los efectos alucinógenos o drogas no prescritas por un médico titulado, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización de la lesión o accidente.**
- **Accidentes por eventos a consecuencia de accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades deportivas profesionales claramente riesgosas , así como también la práctica de: inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha libre y grecorromana, rafting, bungee, rappel, jet-ski; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas; y otras actividades riesgosas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar la presente póliza, o durante su vigencia.**
- **Riesgos nucleares o atómicos o radiaciones ionizantes.**
- **Muerte o lesiones corporales del Asegurado, cuando la persona que cometa robo en contra de éste, sea cónyuge o tenga relación de parentesco por afinidad o consanguinidad hasta el cuarto grado con el Asegurado o cuando éste sea sujeto activo del robo, sea de manera independiente o como miembro de delincuencia organizada.**

4. Apartado Cuatro - Pago de Indemnizaciones.

4.1 Pago de Reclamaciones.

1. Disponibilidad del pago:
   MetLife pondrá a disposición del asegurado, o quien corresponda, el pago por eventos cubiertos en los términos de la póliza dentro de 5 días naturales posteriores a la recepción de todas las pruebas requeridas según los documentos necesarios para la comprobación indicados en el apartado 1.2.

2. Obligaciones del asegurado:
   Si el asegurado no entrega la información necesaria para la comprobación del evento, MetLife quedará liberado de cualquier obligación relacionada con la reclamación.

3. Límite de indemnización:
   MetLife no estará obligada a pagar una indemnización superior a la cobertura contratada.

4. Preexistencias:
   Si se identifican gastos o diagnósticos anteriores a la vigencia de la póliza, MetLife podrá solicitar al asegurado:
   - Resultados de diagnósticos correspondientes.
   - Expediente médico o clínico para evaluar la procedencia de la reclamación.

5. Reclamaciones rechazadas por preexistencia:

En caso de rechazo por preexistencia, el reclamante podrá solicitar un arbitraje privado con un perito médico designado de común acuerdo entre el reclamante y MetLife.

Condiciones del arbitraje:

- ➢ MetLife se someterá al procedimiento y resolución del árbitro.
- ➢ La resolución será vinculante y tendrá efecto de cosa juzgada.
- ➢ Sin costo para el reclamante, salvo que existan costos específicos, los cuales serán cubiertos por MetLife.

6. Pago en caso de fallecimiento del asegurado:
   El monto correspondiente será cubierto a:
   - ➢ El beneficiario designado.
   - ➢ El asegurado titular, si corresponde.
   - ➢ A falta de estos, a quien acredite derechos de sucesión sobre los bienes del asegurado.

5. Apartado Cinco - Cláusulas generales.

5.1. Cláusulas de Interés para el Asegurado.

- **Altas de Asegurados**

1. Los dependientes económicos que deseen darse de alta en la póliza después de su emisión deben presentar las mismas pruebas de asegurabilidad requeridas al asegurado titular al momento de la contratación.
2. MetLife tendrá un plazo de 30 días naturales para comunicar la aceptación o rechazo del dependiente económico.
3. Si no hay respuesta dentro de este periodo, se entenderá que el dependiente económico queda aceptado en la póliza.

- **Bajas de Asegurados**

1. Causas de baja:
   - ❖ Cualquier asegurado puede ser dado de baja si así lo determina el contratante, quien deberá notificarlo por escrito a MetLife.
   - ❖ Los beneficios del seguro cesarán desde la fecha en que MetLife reciba dicha comunicación.
2. Devolución de primas no devengadas:
   - ❖ Si el asegurado dado de baja no ha presentado ningún evento durante la vigencia de la póliza, MetLife devolverá al contratante la prima no devengada correspondiente.
3. Reincorporación de asegurados:
   - ❖ Los asegurados dados de baja podrán ser incluidos nuevamente, siempre y cuando cumplan con los requisitos de asegurabilidad establecidos por MetLife.

- **Edad alcanzada**

Para Titulares y cónyuges, la edad mínima de aceptación es de 45 días y la edad máxima de 84 años.

Se aceptará como asegurados para esta póliza a los hijos del titular, de hasta 25 años de edad. En el caso de hijos entre 0 y 12 años de edad, no podrán ser asegurados en la cobertura de Muerte Accidental.

Cobertura	Asegurado	Edades de aceptación		Cancelación
		Mínimo	Máximo	
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	Titular / Cónyuge	45 días	84 años	85 años

	Hijos	45 días	25 años	26 años
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente Dental	Titular / Cónyuge	45 días	84 años	85 años
	Hijos	45 días	25 años	26 años
Reembolso de Gastos Funerarios	Titular / Cónyuge	45 días	84 años	85 años
	Hijos	45 días	25 años	26 años
Reembolso de Gastos Funerarios por Accidente	Titular / Cónyuge	45 días	84 años	85 años
	Hijos	45 días	25 años	26 años
Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente	Titular / Cónyuge	45 días	84 años	85 años
	Hijos	45 días	25 años	26 años
Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad	Titular / Cónyuge	45 días	84 años	85 años
	Hijos	45 días	25 años	26 años
Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad Especifica	Titular / Cónyuge	45 días	84 años	85 años
	Hijos	45 días	25 años	26 años
Invalidez Total y Permanente por Accidente	Titular / Cónyuge	45 días	84 años	85 años
	Hijos	45 días	25 años	26 años
Fractura de Hueso	Titular / Cónyuge	45 días	84 años	85 años
	Hijos	45 días	25 años	26 años
Indemnización por Diagnostico de enfermedades Graves	Titular / Cónyuge	45 días	84 años	85 años
	Hijos	45 días	25 años	26 años
Cobertura de Cáncer	Titular / Cónyuge	45 días	84 años	85 años
	Hijos	45 días	25 años	26 años
Diagnóstico de Diabetes infantil	Titular / Cónyuge	45 días	25 años	26 años
	Hijos	45 días	25 años	26 años
Diagnóstico de Leucemia	Titular / Cónyuge	45 días	84 años	84 años
	Hijos	45 días	25 años	26 años
Diagnóstico de Hemiplejia, Paraplejia, Cuadriplejia, tetraplejia por accidente	Titular / Cónyuge	45 días	84 años	84 años
	Hijos	45 días	25 años	26 años
Diagnóstico del mal de Alzheimer	Titular / Cónyuge	45 días	84 años	84 años
	Hijos	45 días	25 años	26 años
Diagnóstico del mal de Parkinson	Titular / Cónyuge	45 días	84 años	84 años
	Hijos	45 días	25 años	26 años
Muerte Accidental	Titular / Cónyuge	45 días	84 años	85 años
	Hijos	45 días	25 años	26 años
Indemnización adicional por Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre o Acuático	Titular / Cónyuge	45 días	84 años	85 años
	Hijos	45 días	25 años	26 años

Indemnización adicional por Muerte Accidental en Transporte Aereo	Titular / Cónyuge	45 días	84 años	85 años
	Hijos	45 días	25 años	26 años
Perdidas Orgánicas	Titular / Cónyuge	45 días	84 años	85 años
	Hijos	45 días	25 años	26 años

La compañía se reserva la posibilidad de aceptar, de manera general, asegurados de cualquier edad de conformidad con sus políticas de suscripción, en cualquiera de los beneficios descritos en la presente Nota Técnica. La misma aseveración aplica en el caso de cancelación, es decir, la compañía podrá reservarse el derecho de continuar amparando a los asegurados sin límite en cualquiera de los beneficios antes mencionados. En cualquier caso, las restricciones en las edades de aceptación y cancelación serán las que se señalen en la documentación contractual correspondiente. Comprobación de Edad del Asegurado:

1. Derecho de comprobación: MetLife puede solicitar en cualquier momento la comprobación de la edad de cada asegurado.

2. Registro en la póliza:
   - ❖ Una vez comprobada la edad, MetLife deberá anotarlo en la póliza o emitir un comprobante al asegurado.
   - ❖ Después de este registro, MetLife no podrá exigir nuevas pruebas de edad, excepto si se demuestra que las pruebas presentadas son falsas o de dudoso origen.

- **Inexactitud en la Indicación de la Edad.**

1. Rescisión del contrato:
   - ❖ MetLife no puede rescindir el contrato por una inexactitud en la edad del asegurado, salvo que la edad real esté fuera de los límites de admisión establecidos.

2. Si la edad está dentro de los límites de admisión:
   - ❖ Prima menor a la correspondiente: La cobertura se ajustará proporcionalmente entre la prima pagada y la prima real para la edad correcta.
   - ❖ Después del fallecimiento: Si se descubre una inexactitud, MetLife pagará la suma asegurada ajustada a las primas efectivamente cubiertas para la edad real del asegurado.

- **Forma de Pago**

1. Pago de primas: Las primas se liquidarán conforme a la periodicidad acordada y vencerán al inicio de cada periodo pactado.
2. Periodo de gracia: El asegurado tendrá un periodo de 30 días naturales para liquidar la prima. Si no se realiza el pago completo antes de las 12 horas del último día, el contrato cesará automáticamente.
3. Deducción en caso de siniestro: MetLife podrá deducir de la indemnización cualquier prima pendiente de pago correspondiente al periodo contratado.
4. Lugar de pago: Las primas se pagarán en las oficinas de MetLife contra entrega del recibo oficial.
   Ocupación
1. Aviso de cambio de ocupación: El asegurado debe notificar por escrito a MetLife cualquier cambio de ocupación dentro de los 30 días naturales posteriores al cambio. Si la nueva ocupación es más peligrosa:
   - ❖ MetLife evaluará el riesgo y podrá:
     - Cobrar una extra prima correspondiente.
     - Excluir siniestros relacionados con el nuevo riesFalta de aviso:

Si no se informa a MetLife sobre el cambio de ocupación y este influye en un siniestro, MetLife no estará obligada a cubrir ningún gasto derivado de dicho siniestro.

- **Periodo de espera y Eventos cubiertos.**

  Los periodos de espera y los eventos cubiertos por cada cobertura son los siguientes:

Cobertura	Periodo de Espera	Eventos Cubiertos
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	No Aplica	Por Vigencia
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente Dental	No Aplica	Por Vigencia
Reembolso de Gastos Funerarios	No Aplica	Único
Reembolso de Gastos Funerarios por Accidente	No Aplica	Único
Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente	No Aplica (12, 24, 48, O 72 horas)	Por Vigencia
Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad	No Aplica (12, 24, 48, O 72 horas)	Por Vigencia
Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad Especifica	No Aplica (12, 24, 48, O 72 horas)	Por Vigencia
Invalidez Total y Permanente por Accidente	6 meses	Único
Fractura de Hueso	No Aplica	Único
Indemnización por Diagnostico de enfermedades Graves	6 meses	Único por Enfermedad
Cobertura de Cáncer	6 meses	Único
Diagnóstico de Diabetes infantil	No Aplica	Único
Diagnóstico de Leucemia	6 meses	Único
Diagnóstico de Hemiplejia, Paraplejia, Cuadriplejia, tetraplejia por accidente	No Aplica	Único
Diagnóstico del mal de Alzheimer	No Aplica	Único
Diagnóstico del mal de Parkinson	No Aplica	Único
Muerte Accidental	No Aplica	Único
Indemnización adicional por Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre o Acuático	No Aplica	Único
Indemnización adicional por Muerte Accidental en Transporte Aéreo	No Aplica	Único
Perdidas Orgánicas	No Aplica	Único

- **Período de Gracia.**

  1. Definición: Lapso de 30 días naturales contados a partir del vencimiento de la prima para liquidar el total o la primera parcialidad pactada.
  2. Condiciones:
     - ❖ Si el pago de la póliza es fraccionado, cada recibo de pago contará con el mismo período de gracia.
     - ❖ A las 12:00 horas del último día del período de gracia, el contrato cesará automáticamente si el contratante no cubre el total de la prima o la parcialidad pactada.

- **Primas**

  1. Determinación de la prima:
     - ❖ Se calcula en función de la tarifa vigente a la fecha de inicio de la póliza.

- ❖ En cada renovación, la prima será ajustada con base en las tarifas vigentes.

2. Obligaciones de MetLife:
   - ❖ MetLife no tiene obligación de cobrar las primas ni de notificar su vencimiento. Si lo hace, no establece precedente ni crea una obligación futura.
3. Siniestro durante el período de gracia:
   - ❖ MetLife podrá deducir de la indemnización cualquier prima pendiente de pago o sus fracciones no liquidadas, hasta completar la totalidad de la prima del periodo contratado.

- **Régimen Fiscal**

  El régimen fiscal de esta póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente al momento en que se realice el pago de un siniestro.

- **Período de Beneficio**

  Los periodos de beneficio para cada cobertura son los siguientes:

Cobertura	Periodo de Beneficio
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	180 días
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente Dental	180 días
Reembolso de Gastos Funerarios	No Aplica
Reembolso de Gastos Funerarios por Accidente	180 días
Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente	Período máximo de beneficio indicado en la póliza (10, 30 ó180 días)
Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad	Período máximo de beneficio indicado en la póliza (10, 30 ó180 días)
Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad Especifica	Período máximo de beneficio indicado en la póliza (10, 30 ó180 días)
Invalidez Total y Permanente por Accidente	180 días
Fractura de Hueso	90 días
Indemnización por Diagnostico de enfermedades Graves	No Aplica
Cobertura de Cáncer	No Aplica
Diagnóstico de Diabetes infantil	No Aplica
Diagnóstico de Leucemia	6 meses
Diagnóstico de Hemiplejia, Paraplejia, Cuadriplejia, tetraplejia por accidente	No Aplica
Diagnóstico del mal de Alzheimer	No Aplica
Diagnóstico del mal de Parkinson	No Aplica
Muerte Accidental	180 días
Indemnización adicional por Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre o Acuático	180 días
Indemnización adicional por Muerte Accidental en Transporte Aéreo	180 días

Perdidas Orgánicas	180 días

1. Condiciones de cobertura:
   - ❖ MetLife cubrirá los gastos hasta agotar la Suma Asegurada y conservando las condiciones del plan vigentes al inicio de los síntomas.
2. En caso de cancelación o no renovación:
   - ❖ MetLife no será responsable por gastos médicos posteriores a la cancelación o baja de un asegurado.
3. Rehabilitación de la póliza:
   - ❖ Gastos médicos relacionados con padecimientos iniciados durante el período sin cobertura no serán cubiertos.

- **Rehabilitación**

1. Solicitud de rehabilitación:
   - ❖ El contratante podrá solicitar la rehabilitación de la póliza dentro de 60 días naturales posteriores a su cancelación por falta de pago.
2. Requisitos:
   - ❖ Presentar una nueva solicitud de seguro.
   - ❖ Cubrir los gastos asociados a la comprobación de asegurabilidad.
   - ❖ Pagar la prima correspondiente.
3. Proceso de aprobación:
   - ❖ MetLife evaluará la solicitud y determinará discrecionalmente si aprueba la rehabilitación y bajo qué condiciones.
   - ❖ Podrá incluir, modificar o eliminar endosos en la póliza rehabilitada.
4. Condiciones de la rehabilitación:
   - ❖ La póliza quedará rehabilitada a partir del primer día del mes siguiente a la aprobación.
   - ❖ MetLife solo cubrirá siniestros derivados de accidentes o enfermedades ocurridos después de la fecha de rehabilitación.
   - ❖ No se cubrirán accidentes o enfermedades cuyos síntomas se hayan manifestado durante el período en que la póliza no estuvo vigente.

5.2. Cláusulas Operativas.

- **Agravación del Riesgo**

1. Cese de Obligaciones:
   - ❖ MetLife cesará sus obligaciones si ocurre una agravación esencial del riesgo, conforme a los Artículos 52 y 53, Fracción I de la Ley del Contrato de Seguro.
   - ❖ El asegurado debe informar sobre agravaciones en un plazo de 24 horas. La omisión o provocación intencional resultará en la extinción de las obligaciones de MetLife.
2. Definición de Agravación Esencial:
   - ❖ Cualquier cambio que afecte significativamente la evaluación del riesgo.
   - ❖ El asegurado es responsable por agravaciones causadas por terceros.
3. Casos Específicos:
   - ❖ Dolo o mala fe: El asegurado pierde cualquier prima anticipada.
   - ❖ Omisión de información: MetLife no será responsable si se ocultan o distorsionan hechos para inducir a error.
   - ❖ Participación en actividades ilícitas: Si el contratante, asegurado o beneficiario incurre en delitos, MetLife consignará los montos a la autoridad competente.

- **Cancelación de la Póliza**

1. Por falta de pago:
   - ❖ Si el asegurado no paga la prima dentro del plazo de gracia, la póliza cesará automáticamente a las 12:00 horas del último día del plazo de gracia.
2. Por solicitud del contratante:
   - ❖ Si la póliza es cancelada después de los primeros 30 días naturales de vigencia, MetLife devolverá el 70% de la prima neta no devengada, excluyendo derechos de póliza, siempre y cuando no se haya registrado ningún siniestro.

- **Terminación del Contrato**

1. La cobertura finalizará:
   - ❖ En la fecha indicada en la carátula de la póliza.
   - ❖ Por cancelación solicitada por el contratante.
   - ❖ Si no se paga la prima dentro del periodo de gracia.
   - ❖ Si el contratante o asegurado incurre en falsas declaraciones u omisiones.
   - ❖ Si fallece el asegurado.

- **Rescisión del Contrato**

1. Motivos:
   - ❖ Falsas declaraciones, inexactitudes u omisiones del asegurado.
2. Procedimiento:
   - ❖ MetLife puede rescindir el contrato conforme al Artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
   - ❖ En este caso, devolverá la prima neta no devengada, excluyendo derechos de póliza.

- **Residencia**

1. Cobertura limitada a México:
   - ❖ Solo serán protegidas las personas que residan permanentemente en la República Mexicana.
2. Estancia en el extranjero:
   - ❖ Si el asegurado permanece más de 3 meses y hasta un máximo de 12 meses en el extranjero, los siniestros ocurridos en este periodo no estarán cubiertos y la póliza cesará automáticamente.

- **Modificaciones a la Póliza**

1. Rectificación:
   - ❖ Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no coinciden con la oferta, el asegurado puede solicitar su rectificación dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la póliza.
2. Aceptación tácita:
   - ❖ Si no se solicita rectificación en ese plazo, se considerará que las estipulaciones han sido aceptadas.

5.3. Cláusulas contractuales.

- **Arbitraje Médico para Padecimientos Preexistentes**

1. En caso de que MetLife notifique la improcedencia de una reclamación por preexistencia, el reclamante puede optar por un arbitraje privado previo acuerdo entre ambas partes.
2. Condiciones del arbitraje:
   - ❖ MetLife se someterá al procedimiento y la resolución del árbitro será vinculante y tendrá fuerza de cosa juzgada.
   - ❖ El arbitraje no tendrá costo para el reclamante, y si existieran, dichos costos serán asumidos por MetLife.

- **Comunicaciones**

  1. Todas las comunicaciones deben hacerse por escrito al domicilio social de MetLife, indicado en la carátula de la póliza.
  2. MetLife enviará notificaciones al último domicilio registrado por el asegurado.

- **Indemnización por Mora**

  En caso de mora, MetLife pagará una indemnización conforme al Artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

- **Omisiones o Declaraciones Inexactas**

  1. El contratante y asegurados deben declarar por escrito todos los hechos relevantes para evaluar el riesgo al momento de contratar el seguro.
  2. Cualquier omisión o declaración inexacta faculta a MetLife para rescindir el contrato y recuperar pagos indebidos realizados debido a estas omisiones o negligencias.

- **Prescripción**

  Las acciones derivadas del contrato de seguro prescriben en dos años a partir de la fecha del evento que las originó.

- **Responsabilidad**

  1. La responsabilidad derivada de los servicios médicos corresponde exclusivamente a los médicos y prestadores de servicios, según la legislación aplicable.
  2. La responsabilidad de MetLife se limita únicamente a lo estipulado en la póliza.

- **Revelación de Comisiones**

  1. El asegurado puede solicitar por escrito a MetLife el porcentaje de la prima que corresponde a comisiones o compensaciones.
  2. MetLife responderá por escrito o medios electrónicos en un plazo no mayor a 10 días hábiles.

- **Subrogación**

  1. MetLife se subroga en los derechos del asegurado hasta la cantidad pagada en caso de indemnización, conforme al Artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
  2. La subrogación no aplica si el asegurado tiene parentesco o relación con la persona que causó el daño.

- **Renovación Automática**

  1. Derecho de renovación:
     - ❖ La póliza considerará renovación automática, y solamente se podrá cancelar por:
       a. Aviso del asegurado con treinta días naturales de anticipación o
       b. Falta de pago de la prima.
  2. Condiciones de renovación:
     - ❖ Se mantendrán las condiciones originales, salvo modificaciones notificadas.
     - ❖ MetLife informará al contratante sobre los valores de la prima y el deducible aplicable con 20 días hábiles de anticipación.
  3. Cálculo de primas:

- ❖ Las primas se determinarán según la calificación de riesgo general de la colectividad asegurada y la expectativa de siniestralidad.

- **Límite de Suma Asegurada para Microseguros**

1. Microseguros Individuales:
   - ❖ La suma asegurada no podrá exceder de 15,000 UDI, independientemente del período de pagos.

- **Competencia**

En caso de controversia, en caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la propia Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 5328-7000, lada sin costo 01800-00- MetLife (638-5433) o en nuestro portal www.metlife.com.mx.

En caso de inconformidad, podrás contactar a la Unidad Especializada de MetLife Más, S.A. de C.V. en los teléfonos 5328-9002 o lada sin costo en el 800-907-1111, en el correo electrónico: unidadespecializada@metlife.com.mx o en la dirección Avenida Insurgentes Sur número 1457 pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, en la Ciudad de México C.P. 03920.

También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en los teléfonos 5340-0999 o lada sin costo 01800-999-8080, en el correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, México, Distrito Federal o en su portal www.condusef.gob.mx. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de las delegaciones de la CONDUSEF.

- **Identificación del Cliente.**

En cumplimiento del artículo 19 de la Ley sobre el Contrato de Seguro y las disposiciones generales emitidas conforme al artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas (publicadas el 4 de abril de 2013 y reformadas el 10 de enero de 2014).

El contratante reconoce que está obligado a proporcionar la información y documentación necesaria para identificar a los asegurados. Aunque la obligación de integrar estos expedientes corresponde a MetLife, esta ha acordado con el agente de seguros que dicha obligación sea asumida por el propio agente.

El contratante también reconoce que deberá entregar al agente de seguros toda la información de identificación de los asegurados y acepta que los expedientes se mantendrán bajo resguardo del agente, ya sea directamente o a través de la persona que este designe.

Asimismo, acepta que dicha información podrá ser consultada y proporcionada a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas o a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público si así se requiere.

6. Apartado Sies - Preceptos Legales.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

Artículo 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente Ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

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

Artículo 53.- Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

II. Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

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

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

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

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS

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

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

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

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

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

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

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

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 el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

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

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

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

a) Los intereses moratorios;
b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
c) La obligación principal.

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

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

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

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

MetLife Más, S.A. de C.V.

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

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

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

Horarios de atención:

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

Centros de servicio

CDMX Reforma

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

CDMX Universidad

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

Guadalajara

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

Monterrey

Miguel Hidalgo 330 Local A01-B, Plaza
Comercial Centro Cuauhtémoc,
Código postal 64000

Nuevo León

Calzada del Valle 120,
Colonia de Valle, San Pedro Garza Garcia,
Código postal 66220

Toluca

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

Puebla

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

Cuernavaca

Avenida Rio Mayo número 12009 y 1207
locales L07 y L08, Colonia Vista Hermosa
Código postal 62990, Cuernavaca, Morelos

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

metlife.com.mx 800 00 METLIFE

DV-1-007

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 31 de marzo de 2025, con número CNSF-S0058-0109-2025/ CONDUSEF-006807-01.

Microseguro Vida Grupo

Condiciones generales

CONDUSEF-006679-02.

INDICE

1. **Apartado Uno. Definiciones ..... 3 a 5**
   - Definiciones relativas a la póliza.
2. **Apartado Dos. Cobertura de Seguro ..... 5 a 6**
   - Cobertura básica de fallecimiento.
   - Coberturas adicionales con costo.
   - Cobertura de Reembolso de Gastos Funerarios.
   - Cobertura de Muerte Accidental
   - Cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Neoplasia Maligna (Cáncer).
3. **Apartado Tres. Póliza 6**
   - Pruebas de Existencia de la Póliza.
4. **Apartado Cuatro. Exclusiones 7**
5. **Apartado Cinco. Pago de indemnizaciones 9**
6. **Apartado Seis. Cláusulas Generales.**
   - Cláusulas de interés para el Asegurado. ..... **9 a 16**
     - Contrato
     - Modificaciones
     - Vigencia del Contrato.
     - Disputabilidad
     - Carencia de Restricciones
     - Cambio de Contratante
     - Renovación Automática
     - Requisitos de Asegurabilidad
     - Ingreso de Asegurados
     - Registro de Asegurado
     - Certificados Individuales
     - Baja de Asegurados
     - Edad alcanzada
     - Comprobación de Edad
     - Beneficiarios
     - Pago de Suma Asegurada
     - Documentación Mínima para el Pago del Seguro
     - Regla de Suma Asegurada
     - Comunicaciones
     - Aviso y Remisión Periódica de Información
     - Esquema de Administración
     - Prevención de Actividades Ilícitas
   - Cláusulas Operativas ..... **16 a 17**
     - Agravaciones del Riesgo y Actividades Ilícitas
     - Cancelación de la Póliza
     - Rescisión del Contrato
     - Residencia
     - Terminación del Contrato
     - Vigencia de la Póliza
     - Modificaciones
     - Contratación por Medios Electrónicos
   - Cláusula Contractuales ..... **17 a 19**
     - Arbitraje Médico para Padecimiento Preexistente
     - Indemnización por Mora
     - Notificaciones
     - Omisiones o Inexactas Declaraciones
     - Prescripción
     - Revelación de Comisiones
     - Subrogación
     - Límite de Suma Asegurada para Microseguros
     - Competencia
7. **Apartado Siete - Preceptos Legales 20**

1. Apartado Uno – Definiciones

1.1. Definiciones relativas a la póliza

- **Aseguradora:** MetLife México, S.A. de C.V. (en adelante "MetLife") es quien ofrece las coberturas de esta póliza y se encarga de pagar los beneficios establecidos en ella.
- **Accidente:** Es un evento inesperado y externo que ocurre fuera del control del Asegurado, causando lesiones o la muerte.

  No se considera accidente si las lesiones o la muerte fueron intencionales o resultado de negligencia grave del Asegurado.

- **Beneficiario:** Es la persona o personas designadas por el Asegurado, o por ley si no hay designación, que tienen derecho a recibir el pago asegurado según lo contratado.

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

- **Comisión o Compensación Directa:** Es el pago que reciben los agentes de seguros autorizados que intermedian en la contratación de esta póliza.

- **Asegurados dependientes:** Aquella que sea cónyuge, concubina (concubinario) del Asegurado titular, Padres del Asegurado titular, así como los hijos del mismo que se encuentren cubiertos en la presente póliza.

- **Antigüedad Reconocida:** Es el tiempo continuo durante el cual el Asegurado ha estado cubierto por esta póliza. Si se cancela o no se renueva, se pierde esta antigüedad.

- **Asegurado**: Es la persona cubierta por esta póliza contra enfermedades o accidentes. El "Asegurado titular" es quien contrata la póliza.
- **Contratante:** Es la persona (física o moral) responsable de contratar la póliza y pagar la prima del seguro.
- **Culpa Grave:** Se considera culpa grave cuando el Asegurado actúa de manera imprudente, confiada o con la intención de provocar el resultado del evento.
- **Enfermedad:** Es cualquier problema de salud del Asegurado que requiera atención médica o quirúrgica por un médico titulado. Las recaídas, complicaciones y secuelas se consideran parte de la misma enfermedad inicial cubierta.
- **Evento:** Es cualquier afectación derivada de una enfermedad, accidente o padecimiento cubierto por esta póliza.
  - ➢ En caso de enfermedad, incluye todas las reclamaciones o servicios relacionados con esa enfermedad específica.
  - ➢ En caso de accidente, cubre todos los gastos médicos derivados del mismo.
- **Evento Cubierto:** Es un evento que cumple con los términos de esta póliza y da derecho al pago de la Suma Asegurada.
- **Fecha de Inicio de Cobertura:** Es la fecha en que comienza la protección para cada Asegurado según esta póliza.
- **Fecha de Inicio de Vigencia:** Es la fecha en que la póliza entra en vigor.
- **Fecha de Término de Vigencia:** Es la fecha en que termina la protección de esta póliza, según lo indicado en la carátula.
  - ❖ La cobertura también puede finalizar antes por:
    - ➢ La cancelación de la póliza por parte del Contratante.
    - ➢ El vencimiento del periodo de gracia para pagar la prima.
- **Grupo Asegurable:** Es un conjunto de personas que comparten una relación común y lícita, como pertenecer a la misma empresa, antes de firmar el contrato de seguro.
- **Grupo Asegurado**: Son las personas del grupo asegurable que aceptaron por escrito ser aseguradas, cumpliendo con lo establecido en la Ley Sobre el Contrato de Seguro y el reglamento de seguros de grupo. Estas personas estarán inscritas en el registro de asegurados correspondiente a esta póliza.
- **Lugar de Residencia:** Es la ciudad o población del domicilio declarado por el Asegurado en la solicitud.
- **Médico:** Es una persona con cédula profesional vigente, legalmente autorizada para ejercer la medicina.

- **Médico Especialista:** Es un médico con formación específica en un órgano, sistema o aparato, capacitado para realizar diagnósticos avanzados o tratar enfermedades graves o poco comunes relacionadas con su especialidad.
- **Médico Tratante:** Es el médico responsable de atender y dar seguimiento al Asegurado durante su hospitalización.
- **Moneda:** Todos los pagos de primas e indemnizaciones de esta póliza se realizan en Moneda Nacional.
- **Padecimiento:** Es cualquier problema de salud que el Asegurado sufra debido a un accidente, enfermedad u otro evento cubierto por la póliza.
- **Padecimiento Preexistente:** Se considera preexistente cualquier problema de salud que:
  - ➢ Haya sido declarado antes de contratar la póliza, o
  - ➢ Se compruebe mediante un expediente médico, diagnóstico de un médico autorizado, pruebas de laboratorio, o cualquier otro medio reconocido.
  - ➢ Además, si MetLife tiene pruebas de que el Asegurado realizó gastos médicos relacionados antes de contratar la póliza, podrá solicitar el diagnóstico, expediente médico o pruebas para resolver la reclamación.
- **Arbitraje Médico:** Si MetLife rechaza una reclamación por considerarla un padecimiento preexistente, el reclamante puede recurrir a un arbitraje médico privado, previo acuerdo entre ambas partes.
  - ➢ MetLife se compromete a acatar el procedimiento y la resolución del arbitraje, que será vinculante y considerado como resolución definitiva (cosa juzgada).
  - ➢ Este proceso no tendrá costo para el reclamante; en caso de que haya costos, serán asumidos por MetLife.
- **Periodo de Espera:** Es el tiempo que debe transcurrir desde el inicio de vigencia de la cobertura para que ciertos padecimientos sean cubiertos, salvo que se reconozca antigüedad.
- **Periodo de Gracia:** Es un lapso de 30 días naturales, contados desde el vencimiento de la prima, en el que el Contratante puede pagar el monto pendiente. Durante este periodo:
  - ➢ El Asegurado sigue teniendo cobertura.
  - ➢ En caso de siniestro, MetLife descontará de la indemnización el monto pendiente de la prima. Si al final del periodo no se ha pagado la prima, la póliza quedará cancelada automáticamente a las 12:00 horas del último día.
- **Primas**: La prima de esta póliza se calcula para cada Asegurado según:
  - ➢ Tarifa vigente en la fecha de inicio.
  - ➢ Edad y sexo.

Nota: En cada renovación, se ajustará con base en la edad alcanzada y sexo del Asegurado, según las tarifas vigentes.

Consideraciones:

- ➢ MetLife no está obligada a cobrar las primas ni a notificar su vencimiento, y si lo hace, no adquiere obligación futura.
- ➢ Si ocurre un siniestro durante el periodo de gracia, MetLife descontará de la indemnización las primas pendientes.
- ➢ Los pagos deben realizarse en el domicilio de MetLife o según lo acordado. El estado de cuenta con el cargo correspondiente será prueba de pago hasta que MetLife emita el comprobante oficial.

- **Recibo de Pago:** Documento emitido por MetLife que detalla la prima que debe pagar el Contratante por el periodo de cobertura especificado.
- **Reclamación**: Proceso mediante el cual el Asegurado solicita los beneficios de esta póliza debido a un padecimiento cubierto.
- **Reglamento:** Conjunto de normas aplicables al Seguro de Grupo y Seguro Colectivo para Vida, Accidentes y Enfermedades.
- **Renovación automática:** Renovación automática de la póliza por un periodo adicional para mantenerla activa.
- **Solicitud:** Documento donde el Asegurado manifiesta su interés en contratar un seguro, detalla la cobertura solicitada y proporciona información para evaluar el riesgo. Es obligatorio llenarlo y firmarlo para emitir la póliza.
- **Suma Asegurada**: Es el monto máximo que MetLife pagará por cada padecimiento cubierto, según las coberturas contratadas, siempre que ocurra dentro de la vigencia de la póliza.
- **Vigencia:** Es el periodo durante el cual la póliza está activa y ofrece cobertura.

2. Apartado Dos - Cobertura de Seguro.

- **Cobertura básica de fallecimiento.**
  MetLife pagará la Suma Asegurada indicada en la carátula de la póliza al beneficiario designado si el Asegurado titular fallece durante la vigencia del seguro, siempre que se cumplan las condiciones establecidas en los documentos del contrato.

  MetLife estará obligada, aún en caso de suicidio del Asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de la celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de los dos años, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática.

- **Coberturas adicionales con costo.**
  Las coberturas adicionales aplican solo si fueron contratadas y están especificadas en la carátula de la póliza y el certificado individual vigente al momento del siniestro.

- **Cobertura de Reembolso de Gastos Funerarios**
  a. Alcance
     - ❖ Si se contrata esta cobertura adicional (indicada en la carátula de la póliza), MetLife pagará el monto especificado para cubrir los gastos funerarios por el fallecimiento de un Asegurado dependiente. Esta cobertura estará vigente mientras el Asegurado titular esté con vida.
     - ❖ Si fallece un asegurado dependiente (cónyuge, concubino, hijos o padres), la cobertura terminará para el resto de los dependientes.
     - ❖ En caso de suicidio del dependiente, MetLife pagará si ocurre después de dos años desde la contratación del seguro. Si el suicidio ocurre antes de este plazo, se reembolsará solo la reserva matemática.

  b. Designación de Beneficiarios.
     En caso de fallecimiento de alguno de los asegurados dependiente, la Suma Asegurada será pagada al Asegurado titular.

  c. Dependientes
     Para esta cobertura, se consideran dependientes económicos:
     - ❖ El cónyuge o concubino, conforme al Código Civil Federal.
     - ❖ Hijos solteros menores de 25 años que no tengan ingresos por trabajo personal.
     - ❖ Ascendientes directos (padres) del Asegurado titular, hasta el primer grado.

  d. Cancelación Automática
     La cobertura terminará automáticamente en los siguientes casos:
     - ❖ Cuando la póliza principal deje de estar vigente.
     - ❖ Para los hijos asegurados, al cumplir 25 años (a partir del aniversario de la póliza inmediato posterior).
     - ❖ En caso de fallecimiento del Asegurado titular o de alguno de sus dependientes.

  NOTA. En el caso de seguros de vida contratados sobre la vida de menores de 12 años, únicamente serán procedentes cuando la suma asegurada tenga por objeto cubrir gastos funerarios, y siempre que dicha suma NO exceda el equivalente a 10 veces el valor mensual de la Unidad de Medida y Actualización (UMA).

- **Cobertura de Muerte Accidental**
  a. Alcance
     - ❖ Si se contrata esta cobertura adicional (indicada en la carátula de la póliza), MetLife pagará la Suma Asegurada al beneficiario designado si el Asegurado titular o un dependiente fallece como consecuencia de un accidente.
     - ❖ La muerte debe ocurrir dentro de los 90 días naturales posteriores al accidente.
     - ❖ La póliza debe estar vigente al momento del accidente.
     - ❖ La cobertura no aplica si la muerte está incluida en las exclusiones.

a. Pruebas
Se deberá presentar evidencia de que el accidente ocurrió durante la vigencia de la póliza para que MetLife pague la indemnización.
b. Dependientes Económicos
Solo se consideran como dependientes económicos:
❖ Hijos solteros menores de 25 años que no tengan ingresos propios.
c. Cancelación Automática
Esta cobertura finalizará automáticamente para el Asegurado titular en el aniversario de la póliza cuando alcance la edad límite establecida en el apartado correspondiente.

NOTA. En el caso de seguros de vida contratados sobre la vida de menores de 12 años, únicamente serán procedentes cuando la suma asegurada tenga por objeto cubrir gastos funerarios, y siempre que dicha suma NO exceda el equivalente a 10 veces el valor mensual de la Unidad de Medida y Actualización (UMA).

- **Cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Neoplasia Maligna (Cáncer)**
  a. Definición
     ❖ Presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas con la invasión a ganglios linfáticos y destrucción del tejido normal, siempre y cuando el ganglio con presencia de malignidad no sea el tumor primario. Este diagnóstico debe ser soportado por evidencia de células malignas en material histológico y confirmado por un oncólogo o patólogo.
  b. Alcance
     ❖ Si se contrata esta cobertura adicional (indicada en la carátula de la póliza), MetLife pagará la Suma Asegurada al Asegurado titular tras demostrar la presencia de una neoplasia maligna, conforme a las definiciones y requisitos establecidos.
     ❖ Solo cubre la primera manifestación de cáncer.
     ❖ No se cubrirán manifestaciones posteriores al primer diagnóstico reclamado.
  c. Periodo de Espera.
     Esta cobertura tiene un periodo de espera de 30 días desde el inicio de vigencia de la póliza.

3. Apartado tres - Póliza.

- **Pruebas de Existencia de la Póliza**
  Las declaraciones escritas proporcionadas a MetLife en la solicitud de seguro, junto con la póliza, el comprobante de pago, sus adiciones y modificaciones documentadas por escrito, serán aceptadas como prueba de la existencia de esta póliza.

4. Apartado cuatro – Exclusiones

a. Exclusiones de la cobertura adicional para Muerte Accidental, para efectos de esta cobertura, la indemnización correspondiente no se concederá cuando la muerte se deba a:

- **Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.**
- **Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.**
- **Lesiones sufridas en actividades militares de cualquier clase y en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.**
- **Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado como sujeto activo.**
- **Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajara como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular. Salvo**

- **convenio expreso está excluida la transportación en vehículos aéreos privados.**
- **Accidentes que ocurran durante la participación del Asegurado en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- **Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- **Radiaciones ionizantes.**
- **Lesiones sufridas estando bajo los efectos de algún enervante, estimulante o similar, excepto si se demuestra que fueron prescritos por un médico.**
- **Lesiones sufridas con motivo de encontrarse bajo el influjo de bebidas alcohólicas. Esta exclusión operará cuando las lesiones o accidentes que sufra el Asegurado sean ocasionados intencionalmente por culpa grave del mismo a consecuencia de la ingesta o bajo los influjos de bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización de la lesión o accidente.**
- **Envenenamiento que no haya ocurrido en forma accidental.**
- **Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades deportivas profesionales, así como también la práctica de: inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha libre y grecorromana, rafting, bungee, rappel, jet-ski; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas; y otras actividades riesgosas, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar la presente póliza, o durante su vigencia, salvo pacto en contrario expreso por escrito por MetLife.**
- **La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar esta póliza o durante su vigencia, salvo pacto en contrario expreso por escrito por MetLife.**
- **La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas, salvo pacto en contrario expreso por escrito por MetLife.**
- **Infección oportunista y/o neoplasma maligno si en el momento de presentarse el accidente, el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmuno Deficiencia Humana). Las infecciones oportunistas incluirán la neumonía pneumocistis carinii, sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central.**
- **Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del Asegurado.**

b. Exclusiones particulares de Indemnización por Diagnóstico de Neoplasia Maligna (Cáncer):

- **Padecimientos preexistentes a la contratación del seguro.**

- **Cuando la neoplasia maligna se derive cambios celulares característicos de carcinoma “in situ” y aquellos considerados como premalignos por estudios histopatológicos.**
- **Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas e hiperqueratosis.**
- **Toda enfermedad distinta al cáncer.**
- **Todo tipo de accidente.**

5. Apartado cinco - Pago de indemnizaciones.

a. El pago de reclamaciones se realizará únicamente si se cumplen todos los requisitos establecidos para cada caso. MetLife no tendrá ninguna obligación de pago mientras no se presenten dichos requisitos.
b. Requisitos Generales:
   - ❖ Comprobar la ocurrencia del siniestro.
   - ❖ Presentar las formas de reclamación completadas, que serán proporcionadas por MetLife.
   - ❖ Entregar comprobantes originales de los gastos realizados, que cumplan con los requisitos fiscales y estén a nombre del Asegurado.
   - ❖ Proporcionar cualquier otra información que MetLife considere necesaria para evaluar el caso.
c. En Caso de Fallecimiento del Asegurado:
   - ❖ Los comprobantes pueden emitirse a nombre del cónyuge, concubino(a), hijos mayores de edad o de quien demuestre haber realizado o asumido el gasto.
   - ❖ Los resultados de radiografías, estudios de laboratorio o gabinete deben incluir datos de identificación del Asegurado.
d. Eventos Relacionados con Accidentes:
   - ❖ MetLife puede solicitar una copia certificada de las actuaciones del ministerio público si este intervino en el caso.
e. Información Adicional:
   - ❖ MetLife se reserva el derecho de pedir información adicional a los documentos mencionados si es necesaria para evaluar la reclamación.

6. Apartado seis - Cláusulas Generales.

6.1. Cláusulas de interés para el Asegurado.

- **Contrato**
  a. MetLife se compromete a pagar la Suma Asegurada contratada a los beneficiarios designados dentro de los cinco días hábiles siguientes a la presentación de la reclamación, siempre que se presenten las pruebas requeridas y se cumplan las condiciones de la póliza.
  b. La solicitud de seguro, la póliza, los certificados individuales, cláusulas adicionales, endosos y el registro de asegurados constituyen prueba del contrato.

- **Modificaciones**
  a. Las condiciones de la póliza solo pueden cambiarse mediante acuerdo escrito entre el Contratante y MetLife, registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Agentes u otras personas no autorizadas por MetLife no pueden realizar modificaciones.
  b. Si la póliza o sus modificaciones no coinciden con lo solicitado, el Contratante puede pedir una rectificación dentro de los 30 días naturales posteriores a su recepción. Después de este plazo, se consideran aceptadas las condiciones de la póliza. Este derecho también aplica al Contratante.

- **Vigencia del Contrato**
  a. El contrato estará vigente según lo indicado en la póliza. Los certificados individuales aplican desde la fecha de inicio de la póliza para los asegurados actuales y, para nuevos integrantes, según la cláusula de ingreso.

- **Disputabilidad**
  a. Durante el primer año, MetLife puede cuestionar el contrato si hay omisiones o inexactitudes en la información proporcionada.
  b. Para nuevos asegurados o certificados rehabilitados, el periodo de un año comienza desde su inclusión o rehabilitación.

c. Después de este periodo, el contrato será indisputable.

- **Carencia de Restricciones**
  a. Este contrato no impone restricciones sobre residencia, ocupación, viajes o estilo de vida de los asegurados, salvo estipulaciones en contrario.

- **Cambio de Contratante**
  a. Si hay un cambio de Contratante en un seguro de grupo con prestación laboral:
     - ❖ MetLife puede rescindir el contrato o rechazar nuevos asegurados dentro de los 30 días naturales posteriores al aviso del cambio.
     - ❖ Las obligaciones terminan 30 días después de notificar la rescisión al nuevo Contratante.
     - ❖ MetLife reembolsará proporcionalmente la prima no devengada.

- **Renovación Automática**

1. Derecho de renovación:
   - ❖ La póliza considerará renovación automática, y solamente se podrá cancelar por:
     a. Aviso del asegurado con treinta días naturales de anticipación o
     b. Falta de pago de la prima.
2. Condiciones de renovación:
   - ❖ Se mantendrán las condiciones originales, salvo modificaciones notificadas.
   - ❖ MetLife informará al contratante sobre los valores de la prima y aplicable con 20 días hábiles de anticipación.
3. Cálculo de primas:
   - ❖ Las primas se determinarán según la calificación de riesgo general de la colectividad asegurada y la expectativa de siniestralidad.

4. **Ingreso de Asegurados**

a. Requisitos Generales:
   - ❖ Al inicio del contrato, pueden ingresar al grupo asegurado todas las personas mayores de 18 años.
   - ❖ Las personas que ingresen al grupo y den su consentimiento dentro de 30 días naturales serán aseguradas bajo las mismas condiciones de la póliza desde el momento en que cumplan los requisitos.
   - ❖ Si el consentimiento se da después de 30 días, MetLife puede exigir requisitos médicos u otros, y resolverá en un plazo de 30 días tras recibirlos. Si no lo hace, se considera aceptada bajo las condiciones originales de la póliza.
   - ❖ Para ingresar al grupo asegurado después de celebrado el contrato, el solicitante debe:
     - ➢ Pertenecer al grupo asegurable.
     - ➢ Presentar consentimiento por escrito, según el artículo 167 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

b. Notificación al Contratante:
   - ❖ El Contratante debe notificar a MetLife los nuevos ingresos en un plazo de 30 días naturales, enviando los consentimientos y pagando la prima correspondiente.
   - ❖ En esquemas de autoadministración, el Contratante debe reportar ingresos y bajas al final de la vigencia de la póliza para ajustar la prima.

c. **Registro de Asegurado**

a. MetLife llevará un registro duplicado de los miembros del grupo asegurado, que incluirá:
   - ❖ Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo.
   - ❖ Suma Asegurada o regla para determinarla.
   - ❖ Fechas de inicio y fin de cobertura.

- ❖ Operación y plan del seguro.
- ❖ Número de certificado individual.
- ❖ Coberturas incluidas.

b. El Contratante puede solicitar una copia, mientras que MetLife mantendrá el registro actualizado con las altas y bajas, previa aceptación.

- **Certificados Individuales**
  a. MetLife entregará un certificado a cada miembro asegurado que incluirá, al menos:
     - ❖ Datos de MetLife: nombre, teléfono, domicilio y firma del funcionario autorizado.
     - ❖ Información de la póliza: número, operación, vigencia y Suma Asegurada.
     - ❖ Datos del Asegurado: nombre, fecha de nacimiento o edad alcanzada.
     - ❖ Beneficiarios designados y, en su caso, su carácter irrevocable.
     - ❖ Transcripción de los artículos 17 y 18 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades. (y artículo 19 para prestaciones laborales).
  b. Esquema de Auto-administración:
     - ❖ MetLife proporcionará al Contratante los certificados para su entrega a los asegurados.
     - ❖ El Contratante tendrá la obligación de informar a los asegurados sobre los datos contenidos en dichos certificados, conforme a la establecido en el artículo 16, fracción I del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para Accidentes y Enfermedades.
     - ❖ El Asegurado puede solicitar directamente su certificado a MetLife.

- **Baja de Asegurados**

a. Separación del Grupo Asegurado
   - ❖ De acuerdo con el artículo 18 del reglamento:
     - ➢ Las personas que se separen definitivamente del grupo asegurado dejarán de estar cubiertas desde el momento de su separación, anulando su certificado individual.
     - ➢ En un plazo de 15 días hábiles siguientes, MetLife reembolsará la parte proporcional de la prima no utilizada, calculada en días exactos a quienes hayan aportado el pago.

b. Obligaciones del Contratante:
   - ❖ Notificar por escrito a MetLife los nombres y fechas de separación de los asegurados para que sean dados de baja del registro de asegurados.

     Si un asegurado no paga su parte de la prima, el Contratante puede solicitar su baja, cesando la cobertura al finalizar el periodo de seguro pagado.

- **Edad alcanzada**

Los límites de aceptación y renovación por coberturas son los siguientes:

Coberturas	Asegurado	Edades de aceptación	Edad de Renovación	Edad de Cancelación
Cobertura Fallecimiento	Titular	18 – 78 años	79 años	80 años
Cobertura de Indemnización por Diagnóstico de Neoplasia Maligna				
Cobertura de Muerte Accidental	Titular	18 – 78 años	79años	80 años
	Hijos	1 día – 24 años	25 años	26 años
Cobertura de Reembolso de Gastos Funerarios	Cónyuge	18 – 78 años	79 años	80años
	Ascendientes			
	Hijos	1 día – 24 años	25 años	26 años

La contratación, renovación y cancelación de cada una de las coberturas estará sujeta a los límites de edad establecidos en la tabla. La cancelación del contrato de seguro o de la cobertura respectiva se llevará a cabo en el aniversario inmediato posterior a que el asegurado alcance la edad máxima para tal efecto, de acuerdo con lo señalado en dicha tabla.

NOTA. En el caso de seguros de vida contratados sobre la vida de menores de 12 años, únicamente serán procedentes cuando la suma asegurada tenga por objeto cubrir gastos funerarios, y siempre que dicha suma NO exceda el equivalente a 10 veces el valor mensual de la Unidad de Medida y Actualización (UMA).

- **Comprobación de Edad**
  a. MetLife puede solicitar en cualquier momento la comprobación de edad de los asegurados.

  b. Una vez comprobada, MetLife anotará la edad en la póliza o emitirá un comprobante, y no podrá exigir nuevas pruebas, salvo que las pruebas presentadas resulten falsas o dudosas.

  ➔ **Inexactitud en la Indicación de la Edad**

  1. Edad Fuera de los Límites de Admisión:
     - ➢ Si al comprobarse la edad real se encuentra fuera de los límites establecidos por MetLife, el contrato será rescindido.
     - ➢ En este caso, MetLife devolverá al Asegurado la reserva matemática acumulada hasta la fecha de rescisión.
  2. Edad Dentro de los Límites de Admisión:
     - ➢ Si la prima pagada es menor a la que corresponde por la edad real:
       - ➔ La cobertura se reducirá proporcionalmente según la diferencia entre la prima pagada y la prima correcta.
       - ➔ Si MetLife ya pagó un monto mayor al debido, podrá recuperar el exceso, incluyendo intereses.
     - ➢ Si la prima pagada es mayor a la que corresponde por la edad real:
       - ➔ MetLife reembolsará la diferencia entre la reserva matemática acumulada y la necesaria para la edad real.
       - ➔ Las primas futuras se ajustarán a la tarifa correcta según la edad real.
     - ➢ Si la edad incorrecta se descubre tras el fallecimiento del Asegurado:
       - ➔ MetLife pagará la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren permitido según la edad real.
  3. Cálculo de Ajustes:
     - ➢ Los ajustes se realizarán utilizando las tarifas vigentes al momento de la celebración del contrato.

- **Beneficiarios**

a. Cualquier asegurado puede cambiar a los beneficiarios designados notificando por escrito a MetLife. El cambio será válido desde la fecha de recepción de la notificación.
b. El Contratante no puede intervenir en la designación de beneficiarios, salvo para garantizar créditos, prestaciones o colegiaturas, o en seguros laborales o escolares.
c. En seguros que garantizan créditos, el Contratante puede ser beneficiario únicamente por el saldo insoluto.
d. Si MetLife paga a un beneficiario previamente designado por falta de aviso de cambio, quedará liberada de responsabilidad.

➔ **Reglas Especiales sobre Beneficiarios:**

a. Si no hay beneficiario designado, la Suma Asegurada será pagada a la sucesión legal del Asegurado.
b. Si un beneficiario muere antes que el Asegurado y no hay nueva designación, su parte se distribuirá entre los beneficiarios supervivientes, salvo estipulación en contrario.
c. Los asegurados pueden renunciar al derecho de cambiar beneficiarios notificando por escrito a MetLife, el Contratante y el beneficiario irrevocable.

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

- **Pago de Suma Asegurada**
    a. Los beneficiarios designados pueden reclamar directamente a MetLife la Suma Asegurada correspondiente, siguiendo las reglas del contrato.
    b. MetLife realizará el pago de la indemnización dentro de los cinco días hábiles siguientes a la presentación de la reclamación.
    c. Si se descubre que la Suma Asegurada en el certificado no coincide con la regla para determinarla:
        - ❖ Después de un siniestro, MetLife pagará la cantidad correcta según la regla vigente.
        - ❖ Antes de un siniestro, MetLife ajustará el certificado y la prima según la nueva Suma Asegurada.

- **Documentación para el Pago del Seguro**

Para tramitar una reclamación por fallecimiento, se debe presentar:

- ❖ Acta de defunción certificada del Asegurado.
- ❖ Talón de pago vigente (si se encontrará en poder del beneficiario).
- ❖ Solicitud de pago completada y firmada por los beneficiarios.
- ❖ Identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado y de los beneficiarios (INE, pasaporte, cédula profesional, etc.) (solo si lo tuviera).
- ❖ Acta de nacimiento certificada del Asegurado.
- ❖ Documentación que acredite la exención del impuesto sobre la renta (si aplica).
- ❖ Último aviso de modificación salarial al IMSS (si hay discrepancias salariales).
- ❖ Aviso de alta en el IMSS (si el Asegurado no está registrado en los listados de la póliza).

- **Regla de Suma Asegurada**
    a. El Contratante establecerá una regla no discriminatoria para calcular la Suma Asegurada de los asegurados, generalmente basada en el salario base.
    b. El salario base diario se calcula sin incluir gratificaciones, primas, o prestaciones adicionales. Para el salario base mensual, se multiplica el salario diario por 30, según la Ley Federal del Trabajo.

- **Comunicaciones**
    a. Toda comunicación del Contratante o asegurados debe enviarse por escrito al domicilio oficial de MetLife, indicado en la carátula de la póliza.
    b. Los agentes no están autorizados para recibir notificaciones, por lo que cualquier comunicación entregada a ellos carece de validez.

- **Aviso y Remisión Periódica de Información.**

El Contratante debe informar periódicamente a MetLife sobre:

- ➢ Nuevos integrantes en el grupo asegurado, incluyendo sus consentimientos.
- ➢ Separaciones definitivas del grupo asegurado.
- ➢ Cambios en la situación de los asegurados que afecten el riesgo o las reglas de Suma Asegurada.
- ➢ Consentimientos de asegurados ante cambios en las reglas de Suma Asegurada.

- **Esquema de Administración**

1. Administración de la Póliza
    a. Responsabilidad del Contratante:
        - ❖ La administración de la póliza será realizada por el Contratante, bajo el esquema de autoadministración.
        - ❖ MetLife tendrá acceso a la información necesaria para cumplir con el reglamento y los requerimientos legales establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
    b. Consentimiento para Ser Asegurado:
        - ❖ El Contratante debe obtener y conservar el consentimiento firmado de cada asegurado antes de su incorporación al grupo asegurado.
        - ❖ Para nuevos asegurados que ingresen después de la celebración del contrato, o que den su consentimiento después de los 30 días posteriores a adquirir el derecho, también deberá obtenerse dicho documento.
    c. Formato del Consentimiento:
        - ❖ Elaborado en formatos proporcionados por MetLife.

- ❖ Debe incluir:
  - ➔ Suma Asegurada o regla para determinarla.
  - ➔ Designación de beneficiarios, indicando si es irrevocable.

d. Custodia de Documentos:
- ❖ El Contratante archivará el consentimiento original, la designación de beneficiarios y demás documentos relacionados en el expediente del asegurado.
- ❖ En caso de una reclamación, el Contratante remitirá estos documentos a MetLife para el análisis del siniestro.

e. Cambio de Beneficiarios:
- ❖ El Contratante seguirá el mismo procedimiento de custodia y remisión en caso de un cambio de beneficiario.

f. Entrega de Certificados:
- ❖ El Contratante debe informar a los asegurados sobre los datos contenidos en los certificados individuales, según las condiciones generales de la póliza.

g. Obligación de Responder por Reclamaciones:
- ❖ El Contratante se compromete a proteger a MetLife frente a reclamaciones de terceros, siempre que el pago se haya realizado a los últimos beneficiarios reportados.

➔ **Acceso y Terminación del Sistema de Autoadministración**

a. Acceso de MetLife:
- ❖ MetLife podrá acceder en cualquier momento a los documentos de consentimiento, certificados individuales y última designación de beneficiarios para cumplir con los reglamentos y requerimientos legales.

b. Terminación del Sistema de Autoadministración:
- ❖ Cualquiera de las partes puede terminar el esquema de autoadministración mediante notificación escrita con 30 días de anticipación.
- ❖ Durante este periodo, el Contratante deberá entregar a MetLife:
  - ➔ Documentos de consentimiento.
  - ➔ Certificados individuales.
  - ➔ Última designación de beneficiarios de cada asegurado.

c. Esta información será necesaria para cambiar el esquema de administración.

- **Prevención de Actividades Ilícitas**

a. Contribución de los Asegurados al Pago de la Prima:
- ❖ Los integrantes del grupo, en su carácter de asegurados, pueden contribuir al pago de la prima.
- ❖ La porción que corresponde a cada asegurado se especificará en el registro de asegurados.

b. Derechos y Obligaciones:
- ❖ Los derechos y obligaciones derivados del pago de la prima se aplicarán proporcionalmente a los asegurados, de acuerdo con la contribución establecida.

6.2. Cláusulas Operativas.

- **Agravaciones del Riesgo y Actividades Ilícitas**

a. Cese de Obligaciones por Agravaciones del Riesgo:
- ❖ Las obligaciones de MetLife cesarán automáticamente si se producen agravaciones esenciales del riesgo durante la vigencia del seguro, conforme a los artículos 52 y 53 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
- ❖ El Asegurado debe informar a MetLife sobre cualquier agravación esencial del riesgo dentro de las 24 horas posteriores a conocerla. Si no lo hace o provoca intencionalmente la agravación, las obligaciones de MetLife quedarán extinguidas.

b. Definición de Agravación Esencial:
- ❖ Una agravación es esencial si afecta significativamente la evaluación del riesgo, al grado de que MetLife habría contratado el seguro en condiciones distintas de haber conocido la situación desde el principio.

- El Asegurado es responsable de conocer y notificar cualquier agravación causada por actos u omisiones de personas relacionadas con él (inquilinos, cónyuge, descendientes, etc.).

c. Consecuencias de Dolo o Mala Fe:
   - En caso de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas.

     Si el Asegurado, beneficiario o sus representantes ocultan información o presentan declaraciones falsas para engañar a MetLife, las obligaciones del contrato se extinguirán.

➔ **Actividades Ilícitas y Terminación de Obligaciones:**

a. Definición de Actividades Ilícitas:
   - Se consideran actividades ilícitas aquellas vinculadas a delitos contemplados en los artículos 139, 139 Quinquies, 148 Bis, 193-199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal, o relacionados con delincuencia organizada.
   - Estas actividades serán consideradas como una agravación esencial del riesgo.

b. Cese Automático de Obligaciones:
   - MetLife cesará sus obligaciones si el Contratante, Asegurado o beneficiario es condenado mediante sentencia definitiva por dichos delitos, o si aparece en listas oficiales nacionales o extranjeras relacionadas con estas actividades ilícitas.

c. Restauración de Obligaciones:
   - Las obligaciones de MetLife podrán restaurarse si el nombre del Contratante, Asegurado o beneficiario es eliminado de dichas listas oficiales.

d. Consignación de Recursos:
   - MetLife consignará ante una autoridad competente cualquier cantidad derivada del contrato que corresponda a personas involucradas en actividades ilícitas.
   - Los pagos realizados indebidamente después de la confirmación de estas condiciones serán transferidos a la autoridad correspondiente.

- **Cancelación de la Póliza**

a. Por Falta de Pago:
   - La póliza será cancelada si el Contratante no paga la prima dentro del plazo de gracia establecido.
   - Los efectos de la póliza cesarán automáticamente a las 12:00 horas del último día del plazo de gracia, sin necesidad de notificación.

b. Por Solicitud del Contratante:
   - Si el Contratante solicita la cancelación después de los primeros 30 días naturales de vigencia, MetLife devolverá el 60% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido, siempre que no se hayan registrado siniestros.
   - La devolución se realizará en un plazo de 5 días hábiles, mediante cheque o transferencia electrónica.

- **Rescisión del Contrato**

a. Si algún asegurado incurre en declaraciones falsas, inexactas u omisiones, MetLife puede rescindir el contrato conforme al artículo 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.
b. En este caso, se devolverá al Contratante la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido, sin incluir derechos de la póliza.

- **Residencia**

a. Solo están protegidas las personas que residen permanentemente en México.
b. Si un asegurado permanece en el extranjero por más de 3 meses y hasta un máximo de 12 meses, cualquier siniestro ocurrido durante este periodo no será cubierto, y la póliza cesará automáticamente.

- **Terminación del Contrato**

a. La cobertura finalizará en la fecha indicada en la carátula de la póliza o antes si ocurre alguno de los siguientes eventos:
   - Cancelación solicitada por el Contratante.
   - Término del periodo de gracia sin que se pague la prima vencida o sus fracciones pactadas, salvo rehabilitación conforme a las condiciones de la póliza.

- **Vigencia de la Póliza**

a. La póliza tiene una vigencia de un año, comenzando en la fecha y hora indicadas en la carátula, siempre que la prima sea pagada dentro del plazo acordado.

- **Modificaciones**
  a. Si la póliza o sus modificaciones no coinciden con la oferta, el Contratante puede solicitar una rectificación dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la póliza.
  b. Después de este plazo, las condiciones se considerarán aceptadas.

- **Contratación por Medios Electrónicos:**

1. La Compañía podrá ofrecer al Contratante la posibilidad de:
   - Contratar el Seguro, y
   - Solicitar un duplicado de la Póliza, mediante el uso de medios electrónicos.
2. Esta modalidad se encuentra respaldada por lo dispuesto en:
   - El artículo 214 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, y
   - El Capítulo 4.10 de la Circular Única de Seguros y Fianzas.
3. Se entenderá que la oferta se realiza entre presentes, aun cuando se efectúe:
   - Por vía telefónica,
   - Por internet, o
   - Por cualquier otro medio electrónico (en adelante, los “Medios Electrónicos”).
4. Se considerarán válidos como prueba de contratación:
   - Las grabaciones de llamadas realizadas con dicho fin.
5. Los términos y condiciones aplicables a la contratación por Medios Electrónicos se encuentran en el **Anexo 1.5** de estas Condiciones Generales

6. El correo electrónico indicado en la solicitud será el medio oficial de notificaciones relacionadas con este producto.

6.3. Cláusula Contractuales.

- **Arbitraje Médico para Padecimiento Preexistente**
  a. Si MetLife rechaza una reclamación por padecimiento preexistente, el reclamante puede optar por un arbitraje privado, previo acuerdo entre ambas partes.
  b. MetLife se compromete a:
     - ❖ Comparecer ante el árbitro.
     - ❖ Acatar el procedimiento y resolución del arbitraje, que será vinculante y tendrá fuerza de cosa juzgada.
  c. Este procedimiento será gratuito para el reclamante, y cualquier costo será asumido por MetLife.

- **Indemnización por Mora**
  a. MetLife deberá pagar una indemnización conforme al artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas si incurre en mora.

- **Notificaciones**
  a. El Asegurado debe realizar cualquier reclamación o notificación por escrito al domicilio oficial de MetLife, indicado en la carátula de la póliza.
  b. MetLife enviará notificaciones por escrito al último domicilio notificado por el Asegurado.

- **Omisiones o Inexactas Declaraciones**
  a. El Contratante y asegurados deben declarar todos los hechos relevantes para la evaluación del riesgo en el momento de celebrar el contrato.
  b. Si MetLife realiza pagos indebidos debido a estas omisiones, el Contratante deberá reintegrarlos.
  c. Esta cláusula aplica principalmente a asegurados que se incorporen al grupo después de 30 días de adquirir el derecho.

- **Prescripción**
  a. Las acciones derivadas de esta póliza prescriben en 5 años desde la fecha del evento, salvo excepciones previstas en la Ley.
  b. La prescripción se interrumpe al:
     - ❖ Interponer una reclamación ante la CONDUSEF.
     - ❖ Nombrar peritos para el siniestro.
  c. La prescripción se suspende al presentar una reclamación ante la Unidad Especializada de MetLife.

- **Revelación de Comisiones**
    a. El Contratante puede solicitar a MetLife, por escrito, el porcentaje de la prima que corresponde al intermediario como comisión.
    b. MetLife responderá en un plazo máximo de 10 días hábiles.

- **Subrogación**
    a. Si MetLife paga una indemnización, tendrá derecho a subrogarse en las acciones y derechos del Asegurado contra terceros responsables del daño.
    b. La subrogación no aplica si el responsable tiene parentesco o relación conyugal con el Asegurado o beneficiario.

- **Límite de Suma Asegurada para Microseguros**
  Microseguros de Grupo o Colectivos:La suma asegurada por integrante del grupo o colectividad no podrá exceder de 15,000 UDI, independientemente del período de pagos.
- **Competencia**
  En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Institución de Seguros o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la propia Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

  Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 5328-7000, lada sin costo 01800-00- MetLife (638-5433) o en nuestro portal www.metlife.com.mx.

  En caso de inconformidad, podrás contactar a la Unidad Especializada de MetLife México, S.A. de C.V. en los teléfonos 5328-9002 o lada sin costo en el 01800-907-1111, en el correo electrónico unidadespecializada@metlife.com.mx o en la dirección Avenida Insurgentes Sur número 1457 pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, en la Ciudad de México C.P. 03920.
  También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en los teléfonos 5340-0999 o lada sin costo 01800-999-8080, en el correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03100, México, Distrito Federal o en su portal www.condusef.gob.mx. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de las delegaciones de la CONDUSEF.

7. Apartado Siete - Preceptos Legales.

LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO.

Artículo 47.- Cualquiera omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente Ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

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

Artículo 53.- Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

II. Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

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

El consentimiento del tercero asegurado deberá también constar por escrito para toda designación del beneficiario, así como para la trasmisión del beneficio del contrato, para la cesión de derechos o para la constitución de prenda, salvo cuando estas tres últimas operaciones se celebren con la empresa aseguradora.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y FIANZAS

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

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

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

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

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

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

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

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 el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

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

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

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

a) Los intereses moratorios;
b) La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
c) La obligación principal.

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

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

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

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

REGLAMENTO DEL SEGURO DE GRUPO PARA LA OPERACIÓN DE VIDA Y DEL SEGURO COLECTIVO PARA LA OPERACIÓN DE ACCIDENTES Y ENFERMEDADES.

Artículo 16.- La Aseguradora deberá expedir y entregar un Certificado para cada uno de los Integrantes del Grupo o Colectividad asegurado, apegándose a lo siguiente:

I. Los Certificados deberán contener la siguiente información:
a) Nombre, teléfono y domicilio de la Aseguradora;
b) Firma del funcionario autorizado de la Aseguradora;
c) Operación de seguro, número de la póliza y del Certificado;
d) Nombre del Contratante;
e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del asegurado;
f) Fecha de vigencia de la póliza y del Certificado;
g) Suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio;
h) Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
i) Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 de este Reglamento, y
j) En el caso de los seguros de Grupo y de los Seguros Colectivos que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, según corresponda de acuerdo al seguro de que se trate, el artículo 19 de este Reglamento.

Artículo 17.- Las personas que ingresen al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del Grupo o Colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso al Grupo o Colectividad asegurado con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, la Aseguradora, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la Aseguradora exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo

anterior, contará con un plazo de treinta días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del Grupo o Colectividad asegurado, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el Certificado individual expedido. En este caso, la Aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos Integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Artículo 19.- En los Seguros de Grupo y en los Seguros Colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

I. Para la operación de vida, la Aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al Integrante del Grupo o Colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir beneficio adicional alguno, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la Aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del Grupo o Colectividad deberá presentar su solicitud a la Aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La suma asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima suma asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la Aseguradora, considerando la edad alcanzada del asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la Comisión. El solicitante deberá pagar a la Aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las Aseguradoras que practiquen el Seguro de Grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.

II. En la operación de accidentes y enfermedades, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes del Grupo o Colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

CÓDIGO PENAL FEDERAL

Artículo 139.- Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y multa de cuatrocientas a mil doscientas veces el valor diario de la Unidad de Medida y Actualización, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:

I. A quien utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares, material radioactivo, material nuclear, combustible nuclear, mineral radiactivo, fuente de radiación o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos, o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, intencionalmente realice actos en contra de bienes o servicios, ya sea públicos o privados, o bien, en contra de la integridad física, emocional, o la vida de personas, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para atentar contra la seguridad nacional o presionar a la autoridad o a un particular, u obligar a éste para que tome una determinación.

II. Al que acuerde o prepare un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en territorio nacional. Las sanciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo se aumentarán en una mitad, cuando además:

I. El delito sea cometido en contra de un bien inmueble de acceso público;

II. Se genere un daño o perjuicio a la economía nacional, o

III. En la comisión del delito se detenga en calidad de rehén a una persona.

A quien utilice aeronaves pilotadas a distancia para cometer las conductas previstas en la fracción I del párrafo primero del presente artículo, se aumentará hasta en un tercio la pena establecida.

Artículo 139 Bis.- Se aplicará pena de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a un terrorista, teniendo conocimiento de sus actividades o de su identidad.

Artículo 139 Ter.- Se aplicará pena de cinco a quince años de prisión y de doscientos a seiscientos días multa al

que amenace con cometer el delito de terrorismo a que se refiere el párrafo primero del artículo 139.

Artículo 139 Quáter.- Se impondrá la misma pena señalada en el artículo 139 de este Código, sin perjuicio de las penas que corresponden por los demás delitos que resulten, al que por cualquier medio que fuere ya sea directa o indirectamente, aporte o recaude fondos económicos o recursos de cualquier naturaleza, con conocimiento de que serán destinados para financiar o apoyar actividades de individuos u organizaciones terroristas, o para ser utilizados, o pretendan ser utilizados, directa o indirectamente, total o parcialmente, para la comisión, en territorio nacional o en el extranjero, de cualquiera de los delitos previstos en los ordenamientos legales siguientes:

I. Del Código Penal Federal, los siguientes
   1) Terrorismo, previstos en los artículos 139, 139 Bis y 139 Ter;
   2) Sabotaje, previsto en el artículo 140;
   3) Terrorismo Internacional, previsto en los artículos 148 Bis, 148 Ter y 148 Quáter;
   4) Ataques a las vías de comunicación, previstos en los artículos 167, fracción IX, y 170, párrafos primero, segundo y tercero, y
   5) Robo, previsto en el artículo 368 Quinquies. II. De la Ley que Declara Reservas Mineras los Yacimientos de Uranio, Torio y las demás Substancias de las cuales se obtengan Isótopos Hendibles que puedan producir Energía Nuclear, los previstos en los artículos 10 y 13.

Artículo 139 Quinquies.- Se aplicará de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a una persona que haya participado en los delitos previstos en el artículo 139 Quáter de este Código.

Artículo 193.- Se consideran narcóticos a los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la Ley General de Salud, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia.

Para los efectos de este capítulo, son punibles las conductas que se relacionan con los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias previstos en los artículos 237, 245, fracciones I, II, y III y 248 de la Ley General de Salud, que constituyen un problema grave para la salud pública.

El juzgador, al individualizar la pena o la medida de seguridad a imponer por la comisión de algún delito previsto en este capítulo, tomará en cuenta, además de lo establecido en los artículos 51 y 52, la cantidad y la especie de narcótico de que se trate, así como la menor o mayor lesión o puesta en peligro de la salud pública y las condiciones personales del autor o participe del hecho o la reincidencia en su caso.

Los narcóticos empleados en la comisión de los delitos a que se refiere este capítulo, se pondrán a disposición de la autoridad sanitaria federal, la que procederá de acuerdo con las disposiciones o leyes de la materia a su aprovechamiento lícito o a su destrucción.

Tratándose de instrumentos y vehículos utilizados para cometer los delitos considerados en este capítulo, así como de objetos y productos de esos delitos, cualquiera que sea la naturaleza de dichos bienes, se estará a lo dispuesto en los artículos 40 y 41. Para ese fin, el Ministerio Público dispondrá
durante la averiguación previa el aseguramiento que corresponda y el destino procedente en apoyo a la procuración de justicia, o lo solicitará en el proceso, y promoverá el decomiso para que los bienes de que se trate o su producto se destinen a la impartición de justicia, o bien, promoverá en su caso, la suspensión y la privación de derechos agrarios o de otra índole, ante las autoridades que resulten competentes conforme a las normas aplicables.

Artículo 199.- El Ministerio Público o la autoridad judicial del conocimiento, tan pronto conozca que una persona relacionada con algún procedimiento por los delitos previstos en los artículos 195 o 195 bis, es farmacodependiente, deberá informar de inmediato y, en su caso, dar intervención a las autoridades sanitarias competentes, para los efectos del tratamiento que corresponda.

En todo centro de reclusión se prestarán servicios de rehabilitación al farmacodependiente.

Para el otorgamiento de la condena condicional o del beneficio de la libertad preparatoria, cuando procedan, no se considerará como antecedente de mala conducta el relativo a la farmacodependencia, pero sí se exigirá en todo caso que el sentenciado se someta al tratamiento médico correspondiente para su rehabilitación, bajo vigilancia de la autoridad ejecutora.

Artículo 400.- Se aplicará prisión de tres meses a tres años y de quince a sesenta días multa, al que:

I. Con ánimo de lucro, después de la ejecución del delito y sin haber participado en éste, adquiera, reciba u oculte el producto de aquél a sabiendas de esta circunstancia Si el que recibió la cosa en venta, prenda o bajo cualquier concepto, no tuvo conocimiento de la procedencia ilícita de aquélla, por no haber tomado las precauciones indispensables para asegurarse de que la persona de quien la recibió tenía derecho para disponer de ella, la pena se disminuirá hasta en una mitad;

II. Preste auxilio o cooperación de cualquier especie al autor de un delito, con conocimiento de esta circunstancia, por acuerdo posterior a la ejecución del citado delito;

III. Oculte o favorezca el ocultamiento del responsable de un delito, los efectos, objetos o instrumentos del mismo o impida que se averigüe;

IV. Requerido por las autoridades, no dé auxilio para la investigación de los delitos o para la persecución de los delincuentes;

V. No procure, por los medios lícitos que tenga a su alcance y sin riesgo para su persona, impedir la consumación de los delitos que sabe van a cometerse o se están cometiendo, salvo que tenga obligación de afrontar el riesgo, en cuyo caso se estará a lo previsto en este artículo o en otras normas aplicables;

VI. Altere, modifique o perturbe ilícitamente el lugar, huellas o vestigios del hecho delictivo, y

VII. Desvíe u obstaculice la investigación del hecho delictivo de que se trate o favorezca que el inculpado se sustraiga a la acción de la justicia.

VIII. No se aplicará la pena prevista en este artículo en los casos de las fracciones III, en lo referente al ocultamiento del infractor, y IV, cuando se trate de:
a) Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines;
b) El cónyuge, la concubina, el concubinario y parientes colaterales por consanguinidad hasta el cuarto grado, y por afinidad hasta el segundo; y
c) Los que estén ligados con el delincuente por amor, respeto, gratitud o estrecha amistad derivados de motivos nobles.

Las disposiciones contenidas en el párrafo anterior y las excusas absolutorias previstas en los incisos a) a c) no serán aplicables cuando el infractor que se oculte sea responsable del delito de feminicidio u homicidio.

El juez, teniendo en cuenta la naturaleza de la acción, las circunstancias personales del acusado y las demás que señala el artículo 52, podrá imponer en los casos de encubrimiento a que se refieren las fracciones I, párrafo primero y II a IV de este artículo, en lugar de las sanciones señaladas, hasta las dos terceras partes de las que correspondería al autor del delito; debiendo hacer constar en la sentencia las razones en que se funda para aplicar la sanción que autoriza este párrafo.

Artículo 400 Bis. Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de mil a cinco mil días multa al que, por sí o por interpósita persona realice cualquiera de las siguientes conductas:

I. Adquiera, enajene, administre, custodie, posea, cambie, convierta, deposite, retire, dé o reciba por cualquier motivo, invierta, traspase, transporte o transfiera, dentro del territorio nacional, de éste hacia el extranjero o a la inversa, recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita, o

II. Oculte, encubra o pretenda ocultar o encubrir la naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento, propiedad o titularidad de recursos, derechos o bienes, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita.

Para efectos de este Capítulo, se entenderá que son producto de una actividad ilícita, los recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando existan indicios fundados o certeza de que provienen directa o indirectamente, o representan las ganancias derivadas de la comisión de algún delito y no pueda acreditarse su legítima procedencia.

En caso de conductas previstas en este Capítulo, en las que se utilicen servicios de instituciones que integran el sistema financiero, para proceder penalmente se requerirá la denuncia previa de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Cuando la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en ejercicio de sus facultades de fiscalización, encuentre elementos que permitan presumir la comisión de alguno de los delitos referidos en este Capítulo, deberá ejercer respecto de los mismos las facultades de comprobación que le confieren las leyes y denunciar los hechos que probablemente puedan constituir dichos ilícitos.

LEY DE INSTITUCIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

Artículo 214.- La celebración de las operaciones y la prestación de servicios de las Instituciones, se podrán pactar mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos, estableciendo en los contratos respectivos las bases para determinar lo siguiente:

I. Las operaciones y servicios cuya prestación se pacte;

II. Los medios de identificación del usuario, así como las responsabilidades correspondientes a su uso, tanto para las Instituciones como para los usuarios;

III. Los medios por los que se hagan constar la creación, transmisión, modificaciones o extinción de derechos y obligaciones inherentes a las operaciones y servicios de que se trate, incluyendo los métodos de autenticación tales como contraseñas o claves de acceso, y

IV. Los mecanismos de confirmación de la realización de las operaciones celebradas a través de cualquier medio electrónico.

V. El uso de los medios de identificación que se establezcan conforme a lo previsto por este artículo, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

VI. La instalación y el uso de los equipos y medios señalados en el primer párrafo de este artículo se sujetarán a las disposiciones de carácter general que, en su caso, emita la Comisión.

MetLife México, S.A. de C.V.

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

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

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

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

Centros de servicio

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

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

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

Monterrey
Miguel Hidalgo 330 Local A01-B, Plaza Comercial Centro Cuauhtémoc,
Código postal 64000

Nuevo León
Calzada del Valle 120,
Colonia de Valle, San Pedro Garza Garcia, Código postal 66220

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

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

Cuernavaca
Avenida Rio Mayo número 12009 y 1207 locales L07 y L08, Colonia Vista Hermosa Código postal 62990, Cuernavaca, Morelos

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

metlife.com.m
x 800 00
METLIFE

DV-1-007 VER.2

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 15 de abril del 2025 con el número CNSF-S0034-0446-2024/ CONDUSEF-006679-02.

ANEXO 1.5.

CAPÍTULO 4.10.

DEL USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS PARA LA CONTRATACIÓN DE OPERACIONES DE SEGUROS Y DE FIANZAS

Para los efectos de los artículos 214 y 348 de la LISF:

4.10.1. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas podrán pactar la celebración de sus operaciones y la prestación de servicios a través de Operaciones Electrónicas, debiendo sujetarse a lo que establece el presente Capítulo y siempre que:

I. En las condiciones de uso de Medios Electrónicos se establezca de manera clara y precisa, lo siguiente:
   a) Las operaciones y servicios que podrán proporcionarse a través de Medios Electrónicos;
   b) Los mecanismos y procedimientos de Identificación del Usuario y Autenticación, así como las responsabilidades del Usuario y de la Institución o Sociedad Mutualista respecto de la realización de Operaciones Electrónicas;
   c) Los mecanismos y procedimientos para la notificación de las operaciones realizadas y servicios prestados por las Instituciones, a través de Operaciones Electrónicas;
   d) Los mecanismos y procedimientos de cancelación de la contratación de Operaciones Electrónicas, los cuales deberán ser similares a los de la propia contratación, considerando el tiempo de respuesta de la solicitud, canales de atención al Usuario y procedimientos de identificación del Usuario y su Autenticación, y
   e) Las restricciones operativas aplicables de acuerdo al Medio Electrónico de que se trate, de conformidad con lo previsto en este Capítulo;

II. Informen a sus clientes en forma previa a la contratación del uso de Medios Electrónicos, los términos y condiciones para su uso, debiendo mantener dicha información disponible para su consulta en la red electrónica mundial denominada Internet, en todo momento actualizada.
   Los términos y condiciones de uso de Medios Electrónicos a que se refiere la presente fracción deberán estar disponibles en la página electrónica de la Institución o Sociedad Mutualista y preverse en la documentación contractual la liga al sitio en que puede consultarse dicha información.

III. Incluyan en la documentación contractual de los productos de seguros o de fianzas, una cláusula que especifique, de forma general, la opción del cliente de hacer uso de Medios Electrónicos, en aquellos productos que tengan tal opción, y;

IV. Comuniquen a los Usuarios los riesgos inherentes a la realización de Operaciones Electrónicas, así como que hagan de su conocimiento sugerencias para prevenir la realización de operaciones irregulares o ilegales que vayan en detrimento del patrimonio de los Usuarios y de la Institución o Sociedad Mutualista, pudiendo efectuarse, entre otros, mediante campañas periódicas de difusión de recomendaciones de seguridad para la realización de Operaciones Electrónicas.

4.10.2. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, para la realización de Operaciones Electrónicas con sus clientes, adicionalmente a lo previsto en la Disposición 4.10.1 anterior, se sujetarán a lo siguiente:

I. Deberán obtener el consentimiento expreso mediante firma autógrafa de sus clientes, previa identificación de estos, o bien, mediante firma electrónica avanzada o fiable de sus clientes, siempre y cuando estas se sujeten a lo establecido en el Código de Comercio para estos efectos. En todo caso, podría utilizarse alguna otra forma de manifestación del consentimiento, tratándose de las Operaciones Electrónicas Móviles, las Operaciones Electrónicas por Internet, las Operaciones Electrónicas de Audio Respuesta y las Operaciones Telefónicas Voz a Voz;

II. Para la contratación de servicios y operaciones adicionales a los originalmente convenidos o modificar las condiciones del servicio o la operación originalmente contratados, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán requerir un segundo Factor de Autenticación a que se refiere la Disposición 4.10.5, adicional al utilizado, en su caso, para iniciar la Sesión en los términos de la disposición 4.10.8. En estos casos, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán enviar una notificación en términos de lo previsto por la Disposición 4.10.10. proporcionando algún medio para realizar cualquier aclaración.

Las Instituciones y Sociedades Mutualistas no podrán permitir a sus Usuarios la contratación de servicios de Operaciones Electrónicas a través de Terminales Punto de Venta;

III. Tratándose de las operaciones mencionadas en la fracción I anterior, la contratación podrá llevarse a cabo de conformidad con las fracciones I y II anteriores, o bien, a través de los centros de atención telefónica de las propias Instituciones y Sociedades Mutualistas, sujetándose a lo señalado en la fracción I de la Disposición 4.10.5, y

IV. Deberán solicitar a sus Usuarios al momento de la contratación, datos de algún medio de comunicación, tales como su dirección de correo electrónico o número de teléfono móvil para la recepción de Mensajes de Texto SMS, a fin de que las Instituciones y Sociedades Mutualistas les hagan llegar las notificaciones a que se refiere la Disposición 4.10.10.

4.10.3. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, para permitir el inicio de una Sesión, deberán solicitar y validar al menos:

I. El Identificador de Usuario, y

II. Un Factor de Autenticación de al menos la Categoría 2 a que se refiere la Disposición 4.10.5.

El Identificador de Usuario deberá ser único para cada Usuario y permitirá a la Institución o Sociedad Mutualista identificar todas las operaciones realizadas por el propio Usuario a través de las Operaciones Electrónicas de que se trate.

La longitud del Identificador de Usuario deberá ser de al menos seis caracteres.

Tratándose de Operaciones Electrónicas Móviles, el Identificador de Usuario deberá ser el número de la línea del Teléfono Móvil asociado al uso de dichas Operaciones Electrónicas, debiendo la Institución o Sociedad Mutualista, en todo caso, obtenerlo de manera automática e inequívoca del Teléfono Móvil correspondiente.

4.10.4. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, en el uso del Identificador de Usuario y los Factores de Autenticación, deberán ajustarse a lo siguiente:

I. Proveer lo necesario para impedir la lectura en la pantalla del Dispositivo de Acceso, de la información de identificación y Autenticación proporcionada por el Usuario, salvo que se trate de Operaciones Electrónicas de Audio Respuesta.

II. Garantizar que en la generación, entrega, almacenamiento, desbloqueo y restablecimiento de los Factores de Autenticación, únicamente sea el Usuario quien los reciba, active, conozca, desbloquee y restablezca. El Usuario podrá autorizar a un tercero para recibir dichos Factores de Autenticación, siempre que las Instituciones y Sociedades Mutualistas mantengan procedimientos para que dichas autorizaciones sean de carácter eventual y puedan ser revocados por el cliente cuando así lo solicite, y

III. Contar con procedimientos para invalidar los Factores de Autenticación para impedir la realización de Operaciones Electrónicas, cuando un Usuario o la misma Institución o Sociedad Mutualista cancele el uso de dicho servicio o cuando dicho Usuario deje de ser cliente de la Institución o Sociedad Mutualista.

4.10.5. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán utilizar Factores de Autenticación para verificar la identidad de sus Usuarios y la facultad de estos para realizar Operaciones Electrónicas. Dichos Factores de Autenticación, dependiendo del Medio Electrónico de que

se trate y de lo establecido en el presente Capítulo, deberán ser de cualquiera de las categorías siguientes:

I. Factor de Autenticación Categoría 1: Se compone de información obtenida mediante la aplicación de cuestionarios al Usuario, por parte de operadores telefónicos, en los cuales se requieran datos que el Usuario conozca. En ningún caso los Factores de Autenticación de esta categoría podrán componerse únicamente de datos que hayan sido incluidos en comunicaciones impresas o electrónicas enviadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas a sus clientes.

   Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, en la utilización de los Factores de Autenticación de esta categoría, para verificar la identidad de sus Usuarios, deberán observar lo siguiente:

   a. Definir previamente los cuestionarios que serán practicados por los operadores telefónicos, impidiendo que sean utilizados de forma discrecional, y
   b. Validar al menos una de las respuestas proporcionadas por sus Usuarios, a través de herramientas informáticas, sin que el operador pueda consultar o conocer anticipadamente los datos de Autenticación de los Usuarios.

II. Factor de Autenticación Categoría 2: Se compone de información que sólo el Usuario conozca e ingrese a través de un Dispositivo de Acceso, tales como Contraseñas y Números de Identificación Personal (NIP), y deberán cumplir con las características siguientes:

   a. En ningún caso se podrá utilizar como tales, la información siguiente:
      1. El Identificador de Usuario;
      2. El nombre de la Institución o Sociedad Mutualista;
      3. Más de dos caracteres idénticos en forma consecutiva, o
      4. Más de dos caracteres consecutivos numéricos o alfabéticos.

         No resultará aplicable lo previsto en el presente inciso para el caso de las Operaciones Electrónicas Móviles, siempre que las Instituciones y Sociedades Mutualistas informen al Usuario al momento de la contratación, de la importancia de la composición de las Contraseñas para estos servicios;
   b. Su longitud deberá ser de al menos seis caracteres, salvo en el caso de Operaciones Electrónicas por Internet en el que deberá ser de ocho caracteres, y
   c. La composición de estos Factores de Autenticación deberá incluir caracteres alfabéticos y numéricos, cuando el Dispositivo de Acceso lo permita.

      Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán permitir al Usuario cambiar sus Contraseñas, Números de Identificación Personal (NIP) y otra información de Autenticación estática, cuando este último así lo requiera, utilizando los servicios de las Operaciones Electrónicas.

      Tratándose de Contraseñas o Números de Identificación Personal (NIP) definidos o generados por las Instituciones y Sociedades Mutualistas durante la contratación de un servicio de Operaciones Electrónicas o durante el restablecimiento de dichas contraseñas, las propias Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán prever mecanismos y procedimientos por medio de los cuales el Usuario deba modificarlos inmediatamente después de iniciar la Sesión correspondiente. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán contar con controles que les permitan validar que las nuevas Contraseñas o Números de Identificación Personal (NIP) utilizadas por sus Usuarios, sean diferentes a los definidos o generados por las propias Instituciones y Sociedades Mutualistas.

      Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán recomendar a sus Usuarios en el proceso de contratación de Operaciones Electrónicas, que mantengan Contraseñas seguras;

III. Factor de Autenticación Categoría 3: Se compone de información contenida o generada por medios o dispositivos electrónicos, así como la obtenida por dispositivos

generadores de Contraseñas dinámicas de un solo uso. Dichos medios o dispositivos deberán ser proporcionados por las Instituciones y Sociedades Mutualistas a sus Usuarios y la información contenida o generada por ellos, deberá cumplir con las características siguientes:

a. Contar con propiedades que impidan su duplicación o alteración;
b. Ser información dinámica que no podrá ser utilizada en más de una ocasión;
c. Tener una vigencia que no podrá exceder de dos minutos, y
d. No ser conocida con anterioridad a su generación y a su uso por los funcionarios, empleados, representantes o comisionistas de la Institución o Sociedad Mutualista, o por terceros.

Las Instituciones y Sociedades Mutualistas podrán proporcionar a sus Usuarios medios o dispositivos que generen Contraseñas dinámicas de un solo uso, las cuales utilicen la información relacionada con el tipo de operación o servicio de que se trate, de manera que dicha Contraseña únicamente pueda ser utilizada para la operación solicitada. En estos casos, no será aplicable lo dispuesto en el inciso c) de la presente fracción.

Asimismo, las Instituciones y Sociedades Mutualistas podrán considerar dentro de esta categoría a la información contenida en el circuito o chip de Tarjetas con Circuito Integrado, siempre y cuando dichas tarjetas se utilicen únicamente para operaciones que se realicen en Terminales Punto de Venta y tales Dispositivos de Acceso obtengan la información de la tarjeta a través del dicho circuito o chip.

Las Instituciones y Sociedades Mutualistas que aprueben la celebración de operaciones mediante el uso de tarjetas sin circuito integrado en Terminales Punto de Venta, deberán pactar con sus Usuarios que dichas Instituciones y Sociedades Mutualistas asumirán los riesgos y por lo tanto los costos de las operaciones que no sean reconocidas por los Usuarios en el uso de dichas tarjetas.

Tratándose de Operaciones “Host to Host”, las Instituciones y Sociedades Mutualistas podrán utilizar como Factor de Autenticación de esta categoría, cualquier mecanismo que les permita verificar que los equipos de cómputo o dispositivos utilizados por los Usuarios para establecer la comunicación, son los que la propia Institución o Sociedad Mutualista autorizó.

Las Instituciones y Sociedades Mutualistas podrán utilizar tablas aleatorias de Contraseñas como Factor de Autenticación de esta categoría, siempre y cuando dichas tablas cumplan con las características listadas en los incisos a), b) y d) de la presente fracción. Para el caso del inciso a), las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán asegurarse que las propiedades que impidan la duplicación o alteración se cumplan hasta el momento de la entrega al Usuario, y

IV. Factor de Autenticación Categoría 4: Se compone de información del Usuario derivada de sus propias características físicas, tales como huellas dactilares, geometría de la mano o patrones en iris o retina, entre otras.

Las Instituciones y Sociedades Mutualistas que utilicen los Factores de Autenticación de esta categoría, deberán aplicar a la información de Autenticación obtenida por dispositivos biométricos, elementos que aseguren que dicha información sea distinta cada vez que sea generada, a fin de constituir Contraseñas de un solo uso, que en ningún caso puedan utilizarse nuevamente o duplicarse con la de otro Usuario.

4.10.6. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán establecer mecanismos y procedimientos para que sus Usuarios en Operaciones Electrónicas por Internet, puedan autenticar a las propias Instituciones y Sociedades Mutualistas al inicio de una Sesión, debiendo sujetarse a lo siguiente:

I. Proporcionar a sus Usuarios información personalizada y suficiente para que estos puedan verificar, antes de ingresar todos los elementos de identificación y Autenticación, que se trata efectivamente de la Institución o Sociedad Mutualista con la cual se iniciará

la Sesión. Para ello, las Instituciones y Sociedades Mutualistas podrán utilizar la información siguiente:

a. Aquella que el Usuario conozca o haya proporcionado a la Institución o Sociedad Mutualista, o bien, que haya señalado para este fin, tales como nombre sin apellidos, alias, imágenes, entre otros, y
b. Aquella que el Usuario pueda verificar mediante un dispositivo o medio proporcionado por la Institución o Sociedad Mutualista para este fin, y

II. Una vez que el Usuario verifique que se trata de la Institución o Sociedad Mutualista e inicie la Sesión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán proporcionar de forma notoria y visible al Usuario a través del Medio Electrónico de que se trate, al menos la siguiente información:

a. Fecha y hora del ingreso a su última Sesión, y
b. Nombre y apellido del Usuario.

4.10.7. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas podrán solicitar a sus clientes o Usuarios solo un Factor de Autenticación Categoría 1, de acuerdo con lo establecido en la Disposición 4.10.5, en los casos siguientes:

I. Para la Autenticación de sus Usuarios que pretendan realizar Operaciones Telefónicas Voz a Voz, y

II. Para el Desbloqueo de Factores de Autenticación, así como la reactivación o desactivación temporal de la realización de Operaciones Electrónicas, mediante centros de atención telefónica.

III. Sin perjuicio de lo anterior, las Instituciones y Sociedades Mutualistas podrán prever que el procedimiento de Autenticación a través de centros de atención telefónica, se realice mediante enlaces a dispositivos de audio respuesta automática.

4.10.8. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán solicitar a sus Usuarios, para la celebración o modificación de operaciones o prestación de servicios a través de Medios Electrónicos posteriores a la contratación del uso de Medios Electrónicos, un Factor de Autenticación adicional al utilizado para iniciar la Sesión en que se pretenda realizar cada una de las operaciones y servicios que enseguida se señalan, considerando que, cuando se pretenda realizar alguna de las operaciones y servicios que requieran un Factor de Autenticación de nivel 3 o 4, deberá llevarse a cabo el proceso de autenticación en cada ocasión:

I. Contratación de un seguro de vida o muerte accidental, al menos nivel 3;

II. Contratación de un seguro de daños, de accidentes y enfermedades con excepción de la cobertura por muerte accidental o una fianza, al menos nivel 2;

III. Cancelación de un seguro o una fianza, al menos nivel 2, salvo en seguros de vida o muerte accidental que requerirán un nivel 3;

IV. Solicitud, aceptación o emisión de endosos a los contratos, al menos nivel 2;

V. Transferencias de recursos dinerarios a cuentas de terceros u otras Instituciones o Sociedades Mutualistas, incluyendo el pago de primas, así como las autorizaciones e instrucciones de domiciliación de pago de primas al menos nivel.

Cuando las cuentas destino, entendidas como cuentas receptoras de recursos dinerarios en operaciones monetarias, hayan sido registradas en oficinas bancarias o bien el Usuario haya solicitado que dichas cuentas se consideren como cuentas destino recurrentes, las Instituciones o Sociedades Mutualistas podrán permitir a los Usuarios realizar dichas operaciones utilizando un solo Factor de Autenticación de al menos de nivel 2,;

VI. Modificación de designación de beneficiarios, al menos nivel 3;

VII. Alta y modificación del medio de notificación al Usuario, debiendo enviarse tanto al medio de notificación anterior como al nuevo, al menos nivel 2;

VIII. Consultas de estados de cuenta u otras consultas que permitan conocer información relacionada con el Usuario o los contratos que tenga celebrados con la Institución o Sociedad Mutualista, que pueda ser utilizada como información de Autenticación, al menos nivel 3;
IX. Contratación de otro servicio de Operaciones Electrónicas o modificación de las condiciones para el uso del servicio previamente contratado, al menos nivel 2;
X. Desbloqueo de Contraseñas o Números de Identificación Personal (NIP), así como para la reactivación del uso de los servicios respecto de otras Operaciones Electrónicas que tenga contratados, al menos nivel 1;
XI. Modificación de Contraseñas o Números de Identificación Personal (NIP) por parte del Usuario, al menos nivel 2, y
XII. Solicitud de pago de rescate o aplicación de valores garantizados, al menos nivel 3.

Las Instituciones y Sociedades Mutualistas podrán enviar, a solicitud de sus Usuarios, estados de cuenta a través de correo electrónico, siempre y cuando la información se transmita de forma

Cifrada o con mecanismos que eviten su lectura por parte de terceros no autorizados, y requieran un Factor de Autenticación Categoría 2 a que se refiere la Disposición 4.10.5, para que el Usuario tenga acceso, el cual deberá ser distinto al utilizado para acceder a la realización de Operaciones Electrónicas por Internet. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán establecer medidas que protejan la confidencialidad de los datos transmitidos y del Factor de Autenticación utilizado.

4.10.9. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán establecer mecanismos y procedimientos para que la realización de Operaciones Electrónicas genere los comprobantes correspondientes respecto de las operaciones y servicios realizados por sus Usuarios.

4.10.10. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas estarán obligadas a notificar a sus Usuarios a la brevedad posible y a través del medio de comunicación cuyos datos haya proporcionado el Usuario para tal fin, cualquiera de los siguientes eventos realizados a través de Operaciones Electrónicas:

I. Contratación o cancelación de un seguro o una fianza;
II. Solicitud, aceptación o emisión de endosos a los contratos;
III. Instrucciones para transferencias de recursos dinerarios a cuentas de la Institución o Sociedad Mutualista por concepto de pago de primas;
IV. Modificación de designación de beneficiarios;
V. Alta y modificación del medio de notificación al Usuario, debiendo enviarse tanto al medio de notificación anterior como al nuevo;
VI. Contratación de otro servicio de Operaciones Electrónicas o modificación de las condiciones para el uso del servicio previamente contratado;
VII. Desbloqueo de Contraseñas o Números de Identificación Personal (NIP), así como para la reactivación del uso de los servicios de Operaciones Electrónicas;
VIII. Modificación de Contraseñas o Números de Identificación Personal (NIP) por parte del Usuario, y
IX. Solicitud de pago de rescate o aplicación de valores garantizados

Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán asegurarse que la información transmitida para notificar al Usuario sobre los eventos a que se refiere la presente Disposición, no contenga domicilios e información completa respecto de los contratos celebrados con la Institución o Sociedad Mutualista.

En ningún caso las Instituciones y Sociedades Mutualistas permitirán la modificación del medio de notificación a través de Terminales Punto de Venta. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas

deberán permitir a sus Usuarios modificar el medio de notificación de los servicios de Operaciones Electrónicas ofrecidos en Terminales Punto de Venta mediante un centro de atención telefónica, utilizando un Factor de Autenticación Categoría 1 a que se refiere la Disposición 4.10.5.

Se exceptúa de lo señalado en la presente Disposición a las Operaciones "Host to Host".

4.10.11. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán proveer lo necesario para que una vez autenticado el Usuario en la realización de la Operación Electrónica de que se trate, la Sesión no pueda ser utilizada por un tercero. Para efectos de lo anterior, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán establecer, al menos, los mecanismos siguientes:

I. Dar por terminada la Sesión en forma automática, e informar al Usuario del motivo en cualquiera de los casos siguientes:

a. Cuando exista inactividad por más de veinte minutos;
Tratándose de operaciones realizadas mediante Terminales Punto de Venta, el período de inactividad no podrá exceder de un minuto.
Para Operaciones "Host to Host", las Instituciones y Sociedades Mutualistas podrán definir el período de inactividad, con base en los riesgos asociados al servicio que las propias Instituciones y Sociedades Mutualistas determinen, y

b. Cuando en el curso de una Sesión de Operaciones Electrónicas por Internet, la Institución o Sociedad Mutualista identifique cambios relevantes en los parámetros de comunicación del Medio Electrónico, tales como identificación del Dispositivo de Acceso, rango de direcciones de los protocolos de comunicación, ubicación geográfica, entre otros;

II. Impedir el acceso en forma simultánea, mediante la utilización de un mismo Identificador de Usuario a más de una Sesión en la Operación Electrónica de que se trate e informar al Usuario, cuando el Identificador de Usuario esté siendo utilizado en otra Sesión, y

III. En el evento de que las Instituciones y Sociedades Mutualistas ofrezcan servicios de terceros mediante enlaces en la realización de Operaciones Electrónicas, deberán comunicar a sus Usuarios que al momento de ingresar a dichos servicios, se cerrará automáticamente la Sesión abierta con la Institución o Sociedad Mutualista de que se trate y se ingresará a otra cuya seguridad no depende ni es responsabilidad de dicha Institución o Sociedad Mutualista.

4.10.12. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán establecer procesos y mecanismos automáticos para bloquear el uso de Contraseñas y otros Factores de Autenticación para la realización de Operaciones Electrónicas, cuando menos para los casos siguientes:

I. Cuando se intente ingresar al servicio de Operaciones Electrónicas utilizando información de Autenticación incorrecta. En ningún caso los intentos de acceso fallidos podrán exceder de cinco ocasiones consecutivas, situación en la cual se deberá generar un bloqueo automático, y

II. Cuando el Usuario se abstenga de realizar operaciones a través del servicio de Operaciones Electrónicas de que se trate, por un período que determine cada Institución o Sociedad Mutualista en sus políticas de operación y de acuerdo con el Medio Electrónico correspondiente, así como en función de los riesgos inherentes al mismo. En ningún caso, dicho período podrá ser mayor a un año. Lo anterior, no será aplicable a la realización de Operaciones Electrónicas a través de Terminales Punto de Venta.
Las Instituciones y Sociedades Mutualistas podrán desbloquear el uso de Factores de Autenticación que previamente hayan sido bloqueados en los casos contemplados en las fracciones I y II anteriores, para lo cual podrán utilizar un Factor de Autenticación Categoría 1 a que se refiere la Disposición 4.10.5, en términos de lo previsto por la fracción II de la Disposición 4.10.7, o bien, realizar a sus Usuarios preguntas secretas, cuyas respuestas deben conservarse

almacenadas en forma Cifrada. Para efectos de lo previsto en el presente párrafo, se entenderá por pregunta secreta al cuestionamiento que define el Usuario o la Institución o Sociedad Mutualista durante el proceso de contratación del servicio de Operaciones Electrónicas, respecto del cual se genera información como respuesta. Cada pregunta secreta que se defina únicamente podrá ser utilizada en una ocasión.

Con independencia de lo anterior, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán permitir al Usuario el restablecimiento de Contraseñas y Números de Identificación Personal (NIP) utilizando el procedimiento de contratación al servicio descrito en la Disposición 4.10.2.

4.10.13. Para el manejo de Contraseñas y otros Factores de Autenticación, las Instituciones y Sociedades Mutualistas se sujetarán a lo siguiente:

I. Deberán mantener procedimientos que proporcionen seguridad en la información contenida en los dispositivos de Autenticación en su custodia, la distribución, así como en la asignación y reposición a sus Usuarios de dichas Contraseñas y Factores de Autenticación;

II. Tendrán prohibido contar con mecanismos, algoritmos o procedimientos que les permitan conocer, recuperar o descifrar los valores de cualquier información relativa a la Autenticación de sus Usuarios, y

III. Tendrán prohibido solicitar a sus Usuarios, a través de sus funcionarios, empleados, representantes, Agentes o apoderados, la información parcial o completa, de los Factores de Autenticación de la Categoría 2 o de la Categoría 3 a que se refiere la Disposición 4.10.5. Se exceptúa de lo previsto en esta fracción, a las Operaciones Telefónicas Voz a Voz, siempre y cuando el Usuario haya iniciado la llamada, se requiera información parcial del Factor de Autenticación de la Categoría 2 o de la Categoría 3 a que se refiere la Disposición 4.10.5, y éste sea utilizado exclusivamente para la realización de Operaciones Electrónicas.

4.10.14. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas que pongan al alcance de sus Usuarios equipos electrónicos o de telecomunicaciones, en sus instalaciones o en áreas de acceso al público, para la realización de Operaciones Electrónicas, deberán:

I. Adoptar medidas que procuren detectar e impedir la instalación en tales equipos, de dispositivos o programas que puedan interferir con el manejo de la información de los Usuarios, o que puedan permitir que dicha información sea leída, copiada, modificada o extraída por terceros. Adicionalmente, deberán informar a sus Usuarios, mediante campañas de difusión, sobre la apariencia y el funcionamiento de los equipos electrónicos o de telecomunicaciones que pongan al alcance de estos, a fin de prevenir actos que deriven o pudieran derivar en operaciones irregulares o ilegales que afecten a los Usuarios o a las propias Instituciones y Sociedades Mutualistas, y

II. Contar con procedimientos tanto preventivos como correctivos, que permitan correlacionar la información proveniente de las reclamaciones de los clientes con lo siguiente:

a. El modo de operación del personal interno o externo de la Institución o Sociedad Mutualista, que opera o administra los equipos electrónicos o de telecomunicaciones;

b. Si los equipos han sido sujetos a alteraciones para robo de información de tarjetas, Números de Identificación Personal (NIP) o Contraseñas, y

c. El resultado de las labores de identificación, seguimiento y análisis de comportamientos fuera de los parámetros establecidos por la Institución o Sociedad Mutualista.

Para tal fin, la Institución o Sociedad Mutualista deberá presentar al comité de auditoría, cada vez que sesione, así como al Área de Administración de Riesgos, un informe de los resultados de la ejecución de dichos procedimientos.

4.10.15. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas que ofrezcan al público operaciones y servicios a través de centros de atención telefónica, deberán:

I. Mantener controles de seguridad física y lógica en la infraestructura tecnológica de los centros de atención telefónica, incluyendo los dispositivos de grabación de llamadas y los medios de almacenamiento y respaldo de éstas, que protejan en todo momento la confidencialidad e integridad de la información proporcionada por sus Usuarios;

II. Delimitar las funciones de los operadores telefónicos a fin de que sean independientes respecto de otras funciones operativas, y

III. Impedir que los operadores telefónicos cuenten con mecanismos que les permitan registrar la información proporcionada por los Usuarios en medios diferentes a los dispuestos por la propia Institución o Sociedad Mutualista para efectos de Autenticación. Para ello, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán cerciorarse que las personas que tengan acceso a los centros de atención telefónica, no utilicen equipos electrónicos u otros dispositivos, servicios de correo electrónico externo, programas de mensajería instantánea, programas de cómputo, o que a través de estos tengan acceso a páginas de Internet no autorizadas, o cualquier otro mecanismo que les permita copiar, enviar o extraer por cualquier medio o tecnología

información relacionada con los Usuarios, o con las operaciones y servicios que se realicen a través de los centros de atención telefónica.

4.10.16. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas que utilicen Medios Electrónicos para la celebración de operaciones y prestación de servicios, deberán implementar medidas o mecanismos de seguridad en la transmisión, almacenamiento y procesamiento de la información a través de dichos Medios Electrónicos, a fin de evitar que sea conocida por terceros. Para tales efectos, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán cumplir con lo siguiente:

I. Cifrar los mensajes o utilizar medios de comunicación Cifrada, en la transmisión de la Información Sensible del Usuario procesada a través de Medios Electrónicos, desde el Dispositivo de Acceso hasta la recepción para su ejecución por parte de las Instituciones y Sociedades Mutualistas, a fin de proteger la información relativa a la identificación y Autenticación de Usuarios tales como Contraseñas, Números de Identificación Personal (NIP), cualquier otro Factor de Autenticación, así como la información de las respuestas a las preguntas secretas a que se refiere el penúltimo párrafo de la Disposición 4.10.12.

Para efectos de lo anterior, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán utilizar tecnologías que manejen Cifrado y que requieran el uso de llaves criptográficas para asegurar que terceros no puedan conocer los datos transmitidos.

Las Instituciones y Sociedades Mutualistas serán responsables de la administración de las llaves criptográficas, así como de cualquier otro componente utilizado para el Cifrado, considerando procedimientos que aseguren su integridad y confidencialidad, protegiendo la información de Autenticación de sus Usuarios.

Tratándose de Operaciones Telefónicas Voz a Voz y Operaciones Electrónicas de Audio Respuesta, podrán implementar controles compensatorios al Cifrado en la transmisión de información a fin de protegerla;

II. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán Cifrar o truncar la información de operaciones de sus Usuarios y Cifrar las Contraseñas, Números de Identificación Personal (NIP), respuestas secretas, o cualquier otro Factor de Autenticación, en caso de que se almacene en cualquier componente de los Medios Electrónicos;

III. En ningún caso, las Instituciones y Sociedades Mutualistas podrán transmitir las Contraseñas y Números de Identificación Personal (NIP), a través de correo electrónico, servicios de mensajería instantánea, Mensajes de Texto SMS o cualquier otra tecnología, que no cuente con mecanismos de Cifrado.

La información de los Factores de Autenticación Categoría 2 a que se refiere la Disposición 4.10.5, utilizados para acceder a la información de los estados de cuenta, podrá ser comunicada al Usuario mediante dispositivos de audio respuesta automática, así como por correo, siempre y cuando ésta sea enviada utilizando mecanismos de seguridad, previa solicitud del Usuario y se hayan llevado a cabo los procesos de Autenticación correspondientes, y

IV. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán asegurarse de que las llaves criptográficas y el proceso de Cifrado y descifrado se encuentren instalados en dispositivos de alta seguridad, tales como los denominados HSM (Hardware Security Module), los cuales deberán contar con prácticas de administración que eviten el acceso no autorizado y la divulgación de la información que contienen.

4.10.17. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán contar con controles para el acceso a las bases de datos y archivos correspondientes a las operaciones y servicios efectuados a través de Medios Electrónicos, aun cuando dichas bases de datos y archivos residan en medios de almacenamiento de respaldo. Para efectos de lo anterior, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán ajustarse a lo siguiente:

I. El acceso a las bases de datos y archivos estará permitido exclusivamente a las personas expresamente autorizadas por la Institución o Sociedad Mutualista en función de las actividades que realizan. Al otorgarse dichos accesos, deberá dejarse constancia de tal circunstancia y señalar los propósitos y el período al que se limitan los accesos;

II. Tratándose de accesos que se realicen en forma remota, deberán utilizarse mecanismos de Cifrado en las comunicaciones;

III. Deberán contar con procedimientos seguros de destrucción de los medios de almacenamiento de las bases de datos y archivos que contengan Información Sensible de sus Usuarios, que prevengan su restauración a través de cualquier mecanismo o dispositivo, y

IV. Deberán desarrollar políticas relacionadas con el uso y almacenamiento de información que se transmita y reciba por los Medios Electrónicos, estando obligadas a verificar el cumplimiento de sus políticas por parte de sus proveedores y afiliados.

La obtención de información almacenada en las bases de datos y archivos a que se refiere la presente Disposición, sin contar con la autorización correspondiente, o el uso indebido de dicha información, será sancionada en términos de lo previsto en la LISF, inclusive tratándose de terceros contratados al amparo de lo establecido en los artículos 268 y 269 de dicho ordenamiento legal.

4.10.18. En caso de que Información Sensible del Usuario sea modificada, extraída, extraviada, eliminada o las Instituciones y Sociedades Mutualistas supongan o sospechen de algún incidente que involucre accesos no autorizados a dicha información, deberán llevar a cabo una investigación inmediata para determinar si la información ha sido o puede ser mal utilizada y en este caso deberán notificar esta situación, dentro de los siguientes 3 días hábiles, a sus Usuarios afectados, a fin de prevenirlos de los riesgos derivados del mal uso de la información que haya sido extraída, extraviada, modificada, eliminada o comprometida, debiendo informarles las medidas que deberán tomar.

4.10.19. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán mantener mecanismos de control para la detección y prevención de eventos que se aparten de los parámetros de uso habitual de sus Usuarios a través de Medios Electrónicos. Para tales efectos, las Instituciones y Sociedades Mutualistas podrán:

I. Solicitar a sus Usuarios la información que estimen necesaria para definir el uso habitual que estos hagan de los servicios relacionados con las Operaciones Electrónicas, y

II. Aplicar, bajo su responsabilidad, medidas de prevención, tales como la suspensión de la utilización del servicio de Operaciones Electrónicas o, en su caso, de la operación que se pretenda realizar, en el evento de que cuenten con elementos que hagan presumir que el Identificador de Usuario o los Factores de Autenticación no están siendo utilizados por el propio Usuario, debiendo informar a este tal situación de forma inmediata. Lo anterior, en los términos y condiciones que las Instituciones y Sociedades Mutualistas hayan pactado con sus Usuarios en el contrato respectivo.

4.10.20. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán mantener en bases de datos las incidencias, fallas o vulnerabilidades detectadas en las Operaciones Electrónicas, así como todas las operaciones efectuadas a través de dicho servicio que no sean reconocidas por sus Usuarios y que al menos incluya la información siguiente:

I. La relacionada con la detección de eventos de fallas, errores operativos, intentos o eventos efectuados de ataques informáticos, robo o pérdida de información y uso indebido de información de los Usuarios, que incluya al menos lo siguiente: fecha del suceso, duración, Operación Electrónica afectada y clientes afectados, y

II. Aquella relacionada con operaciones no reconocidas por los Usuarios y el trámite que, en su caso, haya promovido el Usuario, tales como folio de reclamación, fecha de reclamación, fecha de la operación, cuenta origen, tipo de producto, Operación Electrónica de que se trate, causa o motivo, importe, estado de la reclamación, resolución y fecha de resolución.

La información anterior deberá mantenerse en la Institución o Sociedad Mutualista durante un período no menor a cinco años contado a partir de su registro, sin perjuicio de otras disposiciones que resulten aplicables.

4.10.21. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán generar registros, bitácoras, huellas de auditoría de las operaciones y servicios realizados a través de Medios Electrónicos y, en el caso de Operaciones Telefónicas Voz a Voz, adicionalmente grabaciones de los procesos de contratación, activación, desactivación, modificación de condiciones y suspensión del uso del servicio de Operación Electrónica, debiendo observar lo siguiente:

I. Las bitácoras deberán registrar cuando menos la información siguiente:

a. Los accesos a los Medios Electrónicos y las operaciones o servicios realizados por sus Usuarios, así como el acceso a dicha información por las personas expresamente autorizadas por la Institución o Sociedad Mutualista, incluyendo las consultas efectuadas;
b. La fecha y hora, y demás información que permita identificar el mayor número de elementos involucrados en el acceso y operación en los Medios Electrónicos;
c. Los datos de identificación del Dispositivo de Acceso utilizado por el Usuario para realizar la operación de que se trate, y
d. En el caso de Operaciones Electrónicas por Internet, deberán registrarse las direcciones de los protocolos de Internet o similares, y para las Operaciones Electrónicas en los que se utilicen Teléfonos Móviles o fijos, deberá registrarse el número de la línea del teléfono en el caso de que esté disponible;

Las bitácoras, incluyendo las grabaciones de llamadas relativas a las Operaciones Telefónicas Voz a Voz, deberán ser almacenadas de forma segura por un período mínimo de ciento ochenta días naturales y contemplar mecanismos para evitar su alteración, así como mantener procedimientos de control interno para su acceso y disponibilidad.

Las bitácoras a que se refiere la presente fracción, deberán ser revisadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas en forma periódica y en caso de detectarse algún evento inusual, deberá reportarse al comité de auditoría y al encargado del Área de Administración de Riesgos, conforme se establece en el último párrafo de la Disposición 4.10.25, y

II. Deberán contar con mecanismos para que la información de los registros de las bitácoras en los diferentes equipos críticos de cómputo y telecomunicaciones utilizados en las Operaciones Electrónicas sea consistente.

La información a que se refiere la presente Disposición deberá ser proporcionada a los Usuarios que así lo requieran expresamente a la Institución o Sociedad Mutualista mediante sus canales de atención al cliente, en un plazo que no exceda de diez días hábiles, siempre que se trate de operaciones realizadas durante los ciento ochenta días naturales previos al requerimiento de la información de que se trate. En caso de grabaciones de voz no se entregará copia de la grabación, solo se permitirá su audición, debiendo proporcionar una transcripción de la misma si es requerida por el Usuario.

4.10.22. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán proveer procedimientos y mecanismos para que sus Usuarios les reporten el robo o extravío de los Dispositivos de Acceso o, en su caso, de su información de identificación y Autenticación, que permitan a las propias Instituciones y Sociedades Mutualistas impedir el uso indebido de los mismos. Asimismo, deberán establecer políticas que definan las responsabilidades tanto del Usuario como de la Institución o Sociedad Mutualista, respecto de las operaciones que hayan sido efectuadas previas al reporte.

Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán contar con procedimientos y mecanismos para que el reporte de robo o extravío pueda ser enviado por el Usuario tanto a través de Medios Electrónicos como por cualquier medio que defina la propia Institución o Sociedad Mutualista. Cada reporte de robo o extravío deberá generar un folio que se haga del conocimiento del Usuario y que le permita dar seguimiento a dicho reporte. Adicionalmente, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán establecer procedimientos y mecanismos para la atención y seguimiento de las operaciones realizadas a través de Operaciones Electrónicas que no sean reconocidas por sus Usuarios.

4.10.23. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas estarán obligadas a realizar revisiones de seguridad, enfocadas a verificar la suficiencia en los

controles aplicables a la infraestructura de cómputo y telecomunicaciones utilizada para la realización de operaciones y prestación de servicios a través de Medios Electrónicos.

Las revisiones a que se refiere el párrafo anterior deberán realizarse al menos en forma anual, o bien, cuando se presenten cambios significativos en dicha infraestructura, debiendo comprender al menos lo siguiente:

I. Mecanismos de Autenticación de los Usuarios;
II. Configuración y controles de acceso a la infraestructura de cómputo y telecomunicaciones;
III. Actualizaciones requeridas para los sistemas operativos y software en general;
IV. Análisis de vulnerabilidades sobre la infraestructura y sistemas;
V. Identificación de posibles modificaciones no autorizadas al software original;
VI. Infraestructura tecnológica, sistemas y procesos asociados a los Medios Electrónicos, a fin de verificar que no se cuente con herramientas o procedimientos que permitan conocer los valores de Autenticación de los Usuarios, así como cualquier información que de manera directa o indirecta pudiera dar acceso a una Sesión en nombre del Usuario, y
VII. El análisis metódico de los aplicativos críticos relacionados con las Operaciones Electrónicas, con la finalidad de detectar errores, funcionalidad no autorizada o cualquier código que ponga o pueda poner en riesgo la información de los Usuarios y de la propia Institución o Sociedad Mutualista.

Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán revisar adicionalmente, en los términos de la presente Disposición, los equipos que, en su caso, hayan dispuesto para que sus Usuarios realicen operaciones a través de Medios Electrónicos.

Asimismo, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán mantener en su infraestructura de cómputo y telecomunicaciones para la realización de Operaciones Electrónicas, dispositivos y medios automatizados para detectar y prevenir eventos que puedan afectar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información de sus Usuarios, así como aquellos que eviten conexiones y flujos de datos entrantes o salientes, no autorizados. Asimismo, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán mantener controles que eviten la divulgación no autorizada de la información de configuración de dicha infraestructura.

4.10.24. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas estarán obligadas a contar con áreas de soporte técnico y operacional, integradas por personal capacitado, las cuales se encargarán de atender y dar seguimiento a las incidencias que tengan sus Usuarios en la realización de Operaciones Electrónicas, así como a eventos de seguridad relacionados con el uso de Medios Electrónicos.

4.10.25. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán procurar la operación continua de la infraestructura de cómputo y de telecomunicaciones, así como dar pronta solución, para restaurar el servicio relativo a las Operaciones Electrónicas, en caso de presentarse algún incidente.

Las incidencias deberán informarse al comité de auditoría en la sesión inmediata siguiente a la verificación del evento de que se trate, así como al encargado del Área de Administración de Riesgos, a efecto de que se adopten las medidas conducentes para prevenir o evitar que se presenten nuevamente.

4.10.26. El director general deberá garantizar que la Institución o Sociedad Mutualista cuente con medidas preventivas, de detección, disuasivas y procedimientos de respuesta a incidentes de seguridad, controles y

medidas de seguridad informática para mitigar amenazas y vulnerabilidades relacionadas con los servicios proporcionados a través de la realización de Operaciones Electrónicas, que puedan afectar a sus Usuarios o a la operación de la Institución o Sociedad Mutualista. Las referidas medidas y procedimientos, deberán ser evaluados por el Área de Auditoría Interna de las Instituciones y Sociedades Mutualistas para determinar su efectividad y, en su caso, realizar las actualizaciones correspondientes. En caso de que se detecten la existencia de vulnerabilidades y riesgos asociados a los servicios mencionados, deberán tomarse medidas de forma oportuna previniendo que los Usuarios, o la Institución o Sociedad Mutualista, puedan verse afectados.

4.10.27. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán implementar las acciones correctivas que la Comisión les requiera, como resultado de la identificación de riesgos asociados con la realización de Operaciones Electrónicas.

4.10.28. La evidencia de la realización de Operaciones Electrónicas por parte de las Instituciones y Sociedades Mutualistas, deberá estar documentada y disponible en caso de que la Comisión la solicite para fines de inspección y vigilancia.

4.10.29. En la realización de las operaciones a que se refiere este Capítulo, las Instituciones y Sociedades Mutualistas deberán dar cumplimiento a las presentes Disposiciones, a las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la LISF, y demás disposiciones legales, reglamentarias y administrativas aplicables.

En cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 15 de abril del 2025 con el número CNSF-S0034-0446-2024/ CONDUSEF-006679-02.

I. DISPOSICIONES PREVIAS

Para efectos de las presentes Condiciones Generales, y siempre que se utilicen con inicial mayúscula, los términos que se indican a continuación tendrán el significado que expresamente se les atribuye:

Accidente: Todo acontecimiento ajeno a cualquier voluntad humana que provoque daños físicos a un Beneficiario y que sea causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita, súbita y evidente, ocurrido durante la vigencia del Programa.

Asismed: Proveedor de Asistencias Médicas de VIDALUZ, quien de la mano con **I**NFINITY ASIST, brinda atención a Titulares y Beneficiarios de las Programas de VIDALUZ.

Beneficiario: Toda persona física y, cuando así se encuentre contratado, su Familia, que resida permanentemente en los Estados Unidos Mexicanos y que se encuentre cubierta por el Programa de ASISTENCIA VIDALUZ.

Enfermedad: Cualquier alteración en la salud del Beneficiario que suceda, se origine o se manifieste por primera vez durante la vigencia del Programa.

Equipo Médico: El personal médico y asistencial apropiado que gestiona los Servicios de Asistencia por cuenta de VIDALUZ ASISMED para un Beneficiario.

Evaluación dental: La entrevista entre el Usuario y el Odontólogo destinada a obtener un diagnóstico y, en su caso, determinar un tratamiento, el cual se asentará en la historia clínica para la recuperación o mantenimiento de la salud bucal.

Familia: El cónyuge e hijos menores de 24 años, dependientes económicos del Titular y que vivan en el mismo domicilio.

Fecha de Inicio: La fecha en que inicia la vigencia del Programa de ASISTENCIA VIDALUZ y, por tanto, la obligación de ASISMED de gestionar los Servicios de Asistencia.

INFINITY ASIST: Proveedor de Asistencias No Médicas de VIDALUZ, quien de la mano con ASISMED, brinda atención a Titulares y Beneficiarios de las Programas de VIDALUZ.

Limpieza dental: El retiro mecánico de cálculos dentarios y placa dentobacteriana de las superficies visibles de los dientes.

Programa de ASISTENCIA VIDALUZ: El conjunto de beneficios descritos en las presentes Condiciones Generales.

Representante: Cualquier persona que, acompañe o no al Beneficiario, gestione la solicitud de los Servicios de Asistencia.

Residencia Permanente: El domicilio habitual del Beneficiario en los Estados Unidos Mexicanos, acreditado por medios razonables.

Servicios de Asistencia: Los servicios asistenciales que VIDALUZ ASISMED se obliga a proporcionar a sus Beneficiarios, en los términos y bajo los supuestos descritos en las presentes Condiciones Generales.

Titular del Programa: La persona física o moral que contrate el servicio.

VIDALUZ / ASISTENCIA VIDALUZ: Exitus Credit, S.A.P.I. de C.V., SOFOM, E.N.R.,

Zona de Alto Riesgo: La ubicación o área en la que, por sus condiciones geográficas, naturales, laborales, sanitarias o de seguridad, exista una posibilidad mayor de que se presente un accidente, daño, afectación a la salud o situación que pueda poner en riesgo la integridad de las personas. Se consideran, de manera enunciativa mas no limitativa, aquellas zonas que presenten riesgos derivados de fenómenos naturales, actividades industriales o laborales de especial peligrosidad, condiciones sanitarias que impliquen un mayor riesgo de contagio, así como lugares con altos niveles de inseguridad, violencia o situaciones que puedan comprometer la seguridad de las personas. La determinación se realizará atendiendo a las condiciones existentes en el lugar al momento de solicitar o prestar el servicio.

II. SERVICIOS DE ASISTENCIA

Los Servicios de Asistencia descritos en estas Condiciones Generales se proporcionarán dentro de los Estados Unidos Mexicanos, siempre que exista la infraestructura necesaria en la localidad correspondiente. El presente documento establece el marco general de operación, alcance, condiciones de prestación, horarios, costos, límites y restricciones de cada servicio.

El alcance específico de cada beneficio, incluyendo beneficiarios cubiertos, número de eventos y montos o topes, podrá variar de un plan a otro y será el que se encuentre expresamente señalado en el Plan de Protección correspondiente. En caso de existir alguna diferencia entre las reglas generales de estas Condiciones y las condiciones específicas del plan contratado, prevalecerá lo establecido expresamente en dicho plan.

La inclusión de un Servicio de Asistencia en el presente catálogo no significa que se encuentre incluido en todos los Programas. Cada Beneficiario tendrá acceso exclusivamente a los servicios expresamente contemplados en el Programa contratado, conforme a sus respectivos alcances, límites, restricciones y demás condiciones aplicables.

SERVICIOS DE ASISTENCIA DE CARÁCTER MÉDICO

2.1.- ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA. A petición del Beneficiario y/o su Representante, proporcionará orientación o consejo médico telefónico las 24 horas del día, los 365 días del año, respecto de padecimientos o molestias que no requieran atención médica de emergencia, así como dudas referentes a la utilización de medicamentos o a síntomas y molestias que le estén aquejando. Es importante precisar que se trata de una orientación y no de un diagnóstico médico, por lo que no será responsable respecto de ninguna atención, o de la falta de ella, cometida por dichos médicos.

2.2.- ENVÍO DE MÉDICO A DOMICILIO. A solicitud del Beneficiario y/o su Representante, gestionará el envío de un médico general hasta su domicilio o al lugar donde éste se encuentre en el momento de solicitarlo. Como regla general, en caso de aplicar a su Plan, el Beneficiario tendrá derecho a dos eventos sin costo año; a partir del tercer evento el costo deberá ser cubierto al finalizar la consulta directamente por el Beneficiario al médico, dicho costo será bajo un precio preferencial por consulta. En caso de que, su Plan contratado no contemple el servicio de envío de médico a domicilio, el Beneficiario podrá solicitarlo bajo un costo preferencial, mismo que, el Beneficiario deberá de cubrir al concluir la consulta directamente al médico. Coordinación de consulta médica con un médico general; el médico designado por ASISMED acudirá al domicilio del Titular a efecto de realizar la consulta médica. Este servicio estará disponible las 24 horas del día, los 365 días del año. Para poder hacer uso de este servicio el Titular deberá de solicitar previamente la asistencia médica telefónica. El médico general realiza la auscultación general con fines de diagnóstico físico, esto sin realizar algún tipo de procedimiento que implique equipamiento quirúrgico como curación, inyección, sonda, cateterismo o suturar. Este servicio deberá ser coordinado desde un inicio por ASISMED No aplican reembolsos. El cliente referido podrá cancelar la cita con el médico general con un mínimo de 48 horas de anticipación a la cita coordinada. En el caso de que el cliente referido no cancele la cita dentro de dicho periodo o no acuda a la cita coordinada por ASISMED, se considerará como un servicio prestado y se aplicará el número de eventos a que tenga derecho. Cada plan ofrecido por puede fijar un número de eventos distinto al general y costo de consulta a cubrir cuando se rebase del número de eventos gratuitos, en cuyo caso prevalece lo señalado expresamente en el propio plan. El servicio se presta las 24 horas del día, los 365 días del año, únicamente en poblaciones con más de 150,000 habitantes dentro de los Estados Unidos Mexicanos, y que no se considere como una Zona de Alto Riesgo.

2.3.- TRASLADO MÉDICO TERRESTRE DE EMERGENCIA (AMBULANCIA). Cuando el Beneficiario, a causa de Enfermedad o Accidente, sufra lesiones o traumatismos que, a juicio del Equipo Médico de en contacto con el médico tratante, ameriten hospitalización, se coordinará el traslado al centro hospitalario más cercano bajo supervisión médica, por los medios más adecuados: ambulancia terrestre, de terapia intensiva, intermedia o traslado sencillo, según la gravedad de las heridas o lesiones presentadas. Este beneficio excluye en todo caso el uso de transporte aéreo. Con carácter general, el servicio está limitado a un evento sin costo por año hasta por 30 kilómetros, los tiempos de espera se le cobrará al Beneficiario, siendo a partir del segundo evento en adelante pagado por el Beneficiario a precio preferencial; no obstante, cada plan de este catálogo puede establecer un límite de kilómetros, monto tope y número de eventos propios, mismos que prevalecen sobre esta regla general. Disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, en poblaciones de más de 150,000 habitantes. Cuando exista una diferencia entre el límite general aquí señalado y el que expresamente contempla el plan contratado, prevalecerá siempre lo indicado en el plan.

2.4. REFERENCIAS DE CARÁCTER MÉDICO

2.4.1 REFERENCIA MÉDICA (CONSULTA CON ESPECIALISTA). A solicitud del Beneficiario, concertará una cita con un médico general o especialista, o en un centro hospitalario, cuyo costo será cubierto directamente por el Beneficiario a precio

preferencial. Como referencia, la consulta con médicos especialistas tiene un costo a partir de $600.00 M.N. (seiscientos pesos 00/100 M.N.), monto que puede variar según la zona donde se preste el servicio; las tarifas vigentes pueden consultarse en los canales de atención de. únicamente gestiona la cita de acuerdo a la disponibilidad de agenda del prestador, y no será responsable respecto de la atención, o falta de ella, brindada por los médicos o instituciones médicas. Servicio disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, en poblaciones de más de 150,000 habitantes.

2.4.2. REFERENCIA HOSPITALARIA Y RED DE DESCUENTOS MÉDICOS. A solicitud del Beneficiario, informará y/o concertará cita en un centro hospitalario, cuyo costo será cubierto directamente por el Beneficiario a precio preferencial, o bien con un descuento mínimo del 5% sobre el precio a público general, según el hospital, laboratorio o farmacia elegido dentro de la red de proveedores en convenio. no será responsable respecto de la atención, o falta de ella, brindada por los médicos o instituciones médicas. Servicio disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, dentro de los Estados Unidos Mexicanos

2.4.3 ASISTENCIA MÉDICA MENOR. MÉDICO GENERAL Y ESPECIALISTA (NUTRIÓLOGO, PSICÓLOGO, CARDIÓLOGO, GINECÓLOGO Y GASTROENTERÓLOGO – El Beneficiario tendrá acceso a consultas médicas con médico general y con médicos especialistas, incluyendo, las especialidades de Nutriología, Psicología, Cardiología, Ginecología y Gastroenterología, bajo un costo preferencial de $500.00 (Quinentos pesos 00/100 M.N.) por consulta. Este beneficio contempla un máximo de 15 (quince) eventos por familia, durante la vigencia del Programa, sujetos a disponibilidad y previa programación de la cita correspondiente. El costo preferencial será cubierto directamente por el Beneficiario al momento de recibir el servicio

2.4.4 REFERENCIA CON MÉDICO ESPECIALISTA GERIATRA. A solicitud del Beneficiario, gestionará y concertará una cita con un médico especialista en geriatría, El Beneficiario tiene derecho, como regla general, a dos consultas sin costo al año, las consultas posteriores serán pagados en su totalidad al profesional. Las tarifas aplicables podrán consultarse en los canales de atención de VIDALUZ SEGUROS DE MÉXICO. Cuando exista una diferencia entre el límite general aquí señalado y el que expresamente contempla el plan contratado, prevalecerá siempre lo indicado en el plan.

Se limitará exclusivamente a la gestión y concertación de la cita, por lo que no será responsable por la atención médica proporcionada, la calidad, oportunidad, diagnóstico, tratamiento, seguimiento o cualquier otro acto realizado por el especialista, ni por la falta de prestación de los servicios por parte del médico o institución médica. El servicio estará disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, en poblaciones con más de 150,000 habitantes, sujeto a disponibilidad de especialistas en la localidad correspondiente.

En caso de no contar con Geriatra cercano ubicación del beneficiario o titular, según sea el caso de acuerdo con el plan contratado, se le brindará la atención por medio de telemedicina con un médico con dicha especialidad. El servicio estará disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, en poblaciones con más de 150,000 habitantes, sujeto a disponibilidad de especialistas

2.4.5. Referencia y beneficios dentales (limpieza dental). Cuando el Beneficiario requiera atención dental, el Equipo Médico de lo asesorará sobre las medidas a tomar y, a su solicitud, le concertará una cita con un dentista; los tratamientos odontológicos se cubren directamente al dentista a precio preferencial, con descuentos adicionales si se elige una clínica en convenio. De manera complementaria y con fines preventivos, otorga por familia una limpieza bucal sin costo durante la vigencia del programa; este beneficio adicional debe solicitarse al call center con 48 horas de anticipación y requiere la presentación de carta pase, y se limita a los médicos y clínicas en convenio. no será responsable respecto de la atención o tratamiento brindado por el dentista. Exclusiones: Complicación de tratamientos no amparados por el programa. Tratamientos experimentales o de investigación. Tratamiento o procedimientos prestados por Instituciones, clínicas, consultorios y/o odontólogos no adscritos a la red, excepto los casos de urgencia y/o emergencia, cuando la urgencia y/o emergencia se presente en una localidad donde no exista un odontólogo de la red. Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por negligencia del paciente a las indicaciones del odontólogo tratante o por abandono del tratamiento por más de 30 días. Medicamentos. Anestesia general o sedaciones. Gastos Hospitalarios. Tratamientos y erogaciones fuera del Territorio Nacional. Obturaciones de desgaste incisales y/o cervicales. Resinas en dientes posteriores con obturaciones existentes con fines estéticos

2.4.6 Referencia de laboratorios clínicos y Check Up preventivo. De forma general cuando el Plan contratado aplique, cuando el Beneficiario necesite estudios de laboratorio, tales como Biometría Hemática, Química Sanguínea, VDRL, VIH, Antígeno Prostático u otros análogos, estos mencionados de manera de referencia, el Equipo Médico de le informará sobre los laboratorios más cercanos a su Residencia Permanente, con descuentos a partir del 5% sobre el precio a público

general. Con fines preventivos, otorga además un Check Up sin costo por Beneficiario al año, que puede incluir Examen General de Orina, Biometría Hemática y Química Sanguínea; este beneficio debe solicitarse al call center con 48 horas de anticipación para coordinar el servicio y requiere la presentación de carta pase. Mexicanos. Cada plan ofrecido por puede fijar estudios sin costos distintos al general y costo a cubrir cuando se rebase del número de eventos gratuitos, en cuyo caso prevalece lo señalado expresamente en el propio plan

2.4.7 Estudio Médico a Elegir. De forma general cuando el Plan contratado aplique, a solicitud del Beneficiario, gestionará la programación de un estudio médico a elección del Beneficiario, de conformidad con el catálogo de estudios disponibles y la cobertura aplicable al Programa contratado. El estudio seleccionado será realizado por el proveedor o institución médica correspondiente y su costo será cubierto directamente por ASISMED. La disponibilidad, tipo de estudio, ubicación, requisitos podrán variar dependiendo de la localidad y del proveedor que preste el servicio. se limitará a la gestión, orientación y, en su caso, programación del estudio, por lo que no será responsable por la interpretación de los resultados, diagnósticos, recomendaciones médicas, calidad de la atención, ni por cualquier acto u omisión atribuible al médico, laboratorio, gabinete o institución que realice el estudio. El servicio estará disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, en poblaciones con más de 150,000 habitantes, sujeto a disponibilidad de proveedores y a las condiciones del Programa contratado. Cada plan ofrecido por puede fijar estudios a elegir sin costos distintos al general y costo a cubrir cuando se rebase del número de eventos gratuitos, en cuyo caso prevalece lo señalado expresamente en el propio plan

2.4.8 Exámenes de salud: EGO, QS 27, BH, PSA, Mastografía, USG mamario, Colposcopía, Papanicolau, perfil Hormonal. En caso de que el Plan contratado por el Beneficiario contemple expresamente este beneficio, tendrá acceso a los siguientes estudios y exámenes de salud, sujetos a disponibilidad de los proveedores de la red:

- Examen General de Orina (EGO).
- Química Sanguínea de 27 elementos (QS 27).
- Biometría Hemática (BH).
- Antígeno Prostático Específico Total en Suero (PSA).
- Mastografía.
- Densitometría, excluyendo de cadera o columna.
- Electrocardiograma en reposo
- Ultrasonido Mamario (USG mamario).
- Colposcopía.
- Papanicolaou.
- Perfil Hormonal.

La prestación de estos servicios estará sujeta a las condiciones, alcances, límites y disponibilidad establecidos para el Plan contratado. En consecuencia, únicamente serán aplicables aquellos estudios expresamente contemplados en el Plan correspondiente. Los estudios deberán ser previamente programados y, en su caso, el costo correspondiente será cubierto conforme a las condiciones económicas establecidas por el Plan contratado. El servicio estará disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, en poblaciones con más de 150,000 habitantes, sujeto a disponibilidad de proveedores y a las condiciones del Programa contratado.

2.4.9. Análisis de laboratorio. En caso de que el Plan contratado por el Beneficiario contemple expresamente este beneficio, tendrá acceso a los análisis de laboratorio y estudios preventivos que correspondan, de acuerdo con las condiciones, alcances y límites establecidos en el Plan contratado y sujetos a disponibilidad de la red de proveedores.

Para mujeres:

- Química Sanguínea de 27 elementos.
- Colposcopía.
- Biometría Hemática.
- Perfil Hormonal.
- Mastografía, para Beneficiarias mayores de 40 años.
- Ultrasonido Mamario, para Beneficiarias menores de 40 años.
- Papanicolaou.

Para hombres:

- Antígeno Prostático Específico.
- Química Sanguínea de 27 elementos.
- Examen General de Orina.

La aplicación de los estudios estará sujeta a los criterios de edad, sexo, condiciones y demás especificaciones previstas en el Plan contratado. Los servicios deberán ser previamente programados y, en su caso, el costo correspondiente será cubierto conforme a las condiciones económicas aplicables al Plan. Este beneficio comprende exclusivamente los estudios expresamente señalados, por lo que no incluye consultas médicas, interpretación de resultados, tratamientos, medicamentos ni estudios adicionales que pudieran ser recomendados como consecuencia de los resultados obtenidos. El servicio estará disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, en poblaciones con más de 150,000 habitantes, sujeto a disponibilidad de proveedores y a las condiciones del Programa contratado

2.4.10 Referencia a gabinetes médicos de imagen. Cuando el Beneficiario requiera estudios de gabinete, tales como rayos X simples y/o con medio de contraste, ultrasonidos, tomografías, electrocardiografía, electroencefalografía o endoscopias, entre otros, el Equipo Médico de le informará sobre los gabinetes de imagen más cercanos a su Residencia Permanente, con descuentos a partir del 5% sobre el precio a público general. El servicio estará disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, en poblaciones con más de 150,000 habitantes, sujeto a disponibilidad de proveedores y a las condiciones del Programa contratado

2.4.11 Referencia y descuentos oftalmológicos (examen de la vista y armazones). A solicitud del Beneficiario, informará sobre las ópticas más cercanas al lugar donde se encuentre. Si el Beneficiario elige una óptica en convenio, obtendrá un descuento a partir del 10% sobre el precio a público general, aplicable tanto al examen de la vista como a armazones y micas. El servicio estará disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, en poblaciones con más de 150,000 habitantes, sujeto a disponibilidad de proveedores y a las condiciones del Programa contratado.

ASISMED coordinará el Servicio de Plan visual por medio de su red de proveedores mediante el cual se ofrecerá al beneficiario o titular un examen de la vista, sin costo, así como asesoramiento, esto con base al Plan contratado. *El beneficio deberá ser coordinado desde un inicio con ASISMED. No aplica reembolso.

Se ofrecen descuentos en pago en efectivo, tarjeta de crédito o débito, sobre el precio de lista en vigor en Anteojos Graduados, Armazones, Micas graduadas en diferentes materiales, Lentes Solares, Lentes de Contacto, extensivo a familiares directos.

Los descuentos no aplican en:

- Lentes de contacto cosméticos (color), soluciones, accesorios, productos que estén bajo promoción o paquetes.
- En marcas Premium tales como: Essilor, Transitions, Varilux, Blue UV, Eyeze, Xperio y Crizal de manera enunciativa más no limitativa.

Exclusiones, no cubre los siguientes conceptos:

- Lentes de contacto ya sean cosméticos, duros o especial.
- Soluciones, líquidos y estuches especiales.
- Medicamentos.
- Cualquier servicio proporcionado fuera del territorio nacional.
- Cualquier tratamiento adicional en micas blancas CR-39 visión sencilla (terminadas)
- Cualquier tratamiento adicional en las Micas Bifocales Flap Top (Terminadas)
- Cualquier producto o servicio que no se encuentre descrito en la tabla de servicios
- Los descuentos no aplican en promociones vigentes de la Óptica
- Accesorios
- En general Cualquier servicio realizado por una óptica que no se encuentre dentro de la red

2.4.12 Examen de la vista sin costo. A solicitud del Beneficiario, gestionará y coordinará la realización de un examen de la vista sin costo, a través de los establecimientos, profesionales o proveedores que formen parte de la red de servicios disponible para este beneficio. El servicio comprenderá exclusivamente la realización del examen de la vista, de conformidad con el alcance establecido por el proveedor correspondiente. Cualquier producto, estudio adicional, consulta especializada, tratamiento, procedimiento, lentes, armazones, accesorios o servicio que, en su caso, sea recomendado como resultado del examen, no se encontrará incluido en este beneficio y deberá ser cubierto directamente por el Beneficiario, salvo que se encuentre expresamente contemplado dentro del Programa contratado. se limitará a gestionar y coordinar la prestación del servicio, por lo que no será responsable por el diagnóstico, resultados, recomendaciones, tratamiento o cualquier acto realizado por el profesional o establecimiento que lleve a cabo el examen. El servicio estará disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, en poblaciones con más de 150,000 habitantes, sujeto a disponibilidad de proveedores en donde la localidad tenga infraestructura, y a las condiciones del Programa contratado, para la gestión y

coordinación de la asistencia, en las localidades donde exista disponibilidad de proveedores, de conformidad con las condiciones del Programa contratado

2.4.13 Examen de audición sin costo. A solicitud del Beneficiario, gestionará y coordinará la realización de un examen de audición sin costo, a través de los establecimientos, profesionales o proveedores que formen parte de la red de servicios disponible para este beneficio. El servicio comprenderá exclusivamente la realización del examen de audición, de conformidad con el alcance y las condiciones establecidos por el proveedor correspondiente. Cualquier consulta médica especializada, estudio adicional, tratamiento, procedimiento, aparato auditivo, dispositivo, accesorio o servicio que, en su caso, sea recomendado como resultado del examen, no se encontrará incluido en este beneficio y deberá ser cubierto directamente por el Beneficiario, salvo que se encuentre expresamente contemplado dentro del Programa contratado. ASISMED coordinará el Servicio por medio de su red de proveedores mediante el cual otorgará el examen sin costo para el asegurado.

Exclusiones: Sujeto a disponibilidad, así como los términos y condiciones de las sucursales y/ o clínicas en convenio. se limitará a gestionar y coordinar la prestación del servicio, por lo que no será responsable por el diagnóstico, resultados, recomendaciones, tratamiento o cualquier acto realizado por el profesional o establecimiento que lleve a cabo el examen. El servicio estará disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, en poblaciones con más de 150,000 habitantes, sujeto a disponibilidad de proveedores y a las condiciones del Programa contratado, para la gestión y coordinación de la asistencia, en las localidades donde exista disponibilidad de proveedores, de conformidad con las condiciones del Programa contratado.

2.5. Servicios de enfermería general, cuidadores y auxiliares a domicilio. En situaciones no urgentes que requieran la presencia de personal de enfermería para brindar cuidados generales, gestionará el envío de un(a) enfermero(a) a la Residencia Permanente del Beneficiario o al lugar donde éste se encuentre. El Beneficiario tendrá derecho según su Plan contratado, a determinados servicios sin costo al año, las visitas posteriores a las gratuitas serán pagados en su totalidad directamente por el Beneficiario a precios preferenciales al Profesional, por turnos de 8 horas de atención domiciliaria, y debe coordinarse con al menos 48 horas de anticipación por tratarse de un servicio no urgente. El familiar responsable deberá firmar el reglamento de servicio, al monto de presentarse el personal de enfermería.

ASISMED y VIDALUZ no serán responsables respecto de ninguna atención, o falta de ella, cometida por dicho personal de enfermería, cuidadores o auxiliares. Cuando exista una diferencia entre el límite general aquí señalado y el que expresamente contempla el plan contratado, prevalecerá siempre lo indicado en el plan.

En caso de que el asegurado haya sufrido un accidente o se encuentre en condición de y requiera asistencia de enfermería a domicilio por incapacidad comprobada mediante un resumen clínico médico, ASISMED coordinará el envío de una enfermera para la atención básica, se cubrirá por evento máximo hasta 8 horas de asistencia diaria hasta 2 eventos. Atención telefónica las 24 horas del día, los 365 días del año.

La / el enfermera(o) seguirá los estudios y desarrollará actividades comprendidas en el programa de formación de su especialidad que ha elegido según consta en su título de especialista; prestará sus servicios en el domicilio que se asigne siempre acompañado de un familiar del enfermo. *El servicio deberá ser coordinado desde un inicio con ASISMED para hacer válido el beneficio. No aplica reembolso.

2.6. Telemedicina con médico general. A petición del Beneficiario y/o su Representante, proporcionará orientación o consejo médico por vía telefónica o videollamada las 24 horas del día, los 365 días del año, a través de médicos generales del Equipo Médico de ASISMED.

En caso de enfermedad o emergencia médica, el acreditado podrá tener contacto inmediato, mediante videoconferencia con médicos generales, de manera personalizada virtualmente, quienes ayudarán a tomar las medidas necesarias para estabilizar al acreditado y ayudarlo con su malestar. El servicio deberá ser coordinado desde un inicio por ASISMED para hacer válido el beneficio.

El servicio no cubre ningún gasto médico generado. En ningún caso, el médico podrá dar un diagnóstico o recetar medicamentos. reembolso.

El personal que atiende esta asistencia son únicamente médicos titulados con cédula profesional, con experiencia en atención médica de primer contacto, normas éticas en medicina y con experiencia en identificación de situaciones que requieren otro nivel de atención. Este servicio estará disponible las 24 horas del día, los 365 días del año. La llamada o videoconferencia tendrá una duración máxima de treinta minutos.

La videoconferencia puede realizarse desde cualquier dispositivo móvil (celular, Tablet) o PC que cuente con una cámara frontal y conexión de datos (preferentemente Wi-Fi) por medio de liga Teams.

El acreditado deberá de comunicarse a la línea de atención y en caso de requerir video consulta médica, se le hará llegar a su correo o a su celular una liga con los datos para acceder al video consulta.

** Horario de atención: De lunes a viernes de 9:00 a.m. a 9:00 p.m.**

2.7. Asistencia Médica Telefónica para Padecimientos específicos o frecuentes de la Tercera Edad. A solicitud del Beneficiario, proporcionará orientación médica telefónica relacionada con padecimientos, síntomas, condiciones de salud y situaciones médicas frecuentes o específicas de la población adulta mayor. La asistencia será proporcionada por personal médico, quien brindará orientación general con base en la información proporcionada por el Beneficiario, pudiendo recomendar, cuando resulte pertinente, la valoración presencial por un médico especialista, la realización de estudios médicos o la atención en un centro hospitalario. Este servicio tiene carácter exclusivamente orientativo y de asistencia médica a distancia, por lo que no sustituye una consulta médica presencial, diagnóstico clínico, tratamiento médico ni atención de urgencias. no será responsable por diagnósticos, tratamientos, medicamentos, procedimientos o cualquier acto médico que derive de la información proporcionada durante la orientación telefónica. El servicio estará disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, sujeto a las condiciones y alcances del Programa contratado.

2.8. Telemedicina con médico especialista. En caso de que el Plan contratado por el Beneficiario contemple expresamente este beneficio, podrá acceder al servicio de telemedicina con médico especialista, mediante una consulta médica a distancia, previa programación. El servicio podrá ser proporcionado por especialistas en las siguientes áreas:

- Ginecología.
- Endocrinología.
- Cardiología.
- Medicina Interna.
- Pediatría.

La consulta se realizará a través de los medios de comunicación disponibles y de conformidad con las condiciones de operación del servicio. La atención médica estará sujeta a la disponibilidad de los especialistas y a los alcances establecidos en el Plan contratado. Este servicio no sustituye la atención médica presencial cuando, a criterio del médico, ésta resulte necesaria.

2.9. Asistencia nutricional telefónica o por videollamada (TELENUTRICIÓN). Orientación nutricional ilimitada a través del centro de atención telefónica, en horario de lunes a viernes de 9:00 hrs a 20:00 hrs y sábados de 8:00 hrs a 14 hrs, con previa cita acordada con el call center y duración máxima de 30 minutos por sesión.

Los nutriólogos en cabina resuelven dudas, ofrecen consejos prácticos y elaboran planes nutricionales ajustados a las metas de cada Beneficiario, con base en la evidencia científica más reciente. El servicio incluye además referencia con nutriólogos presenciales a costo preferencial.

ASISMED y VIDALUZ no serán responsables respecto de ninguna atención, o falta de ella, cometida por dichos nutriólogos, ni por omisiones del Beneficiario al no seguir las instrucciones de manera precisa.

A solicitud del cliente, Asismed coordinará conforme a la disponibilidad del profesional en nutrición una sesión telefónica dentro del siguiente horario de Dicha asesoría nutricional se prestará en el manejo preventivo de trastornos relacionados con la alimentación, así como orientación para mejorar hábitos nutricionales tales como. Duración de sesión telefónica (20 minutos). Se brindará:

a. Recomendaciones de alimentos bajos en carbohidratos y azúcar.
b. Ingesta de agua recomendada según IMC y peso.
c. Recomendaciones para mejorar estilo de vida en cuestión de alimentación.
d. Ingesta de calorías recomendadas según peso, estatura, edad o padecimientos preexistentes.

El especialista asignado no emitirá ningún diagnóstico, tratamiento ni consultas subsecuente para la atención de un padecimiento nuevo o preexistente. El servicio deberá ser coordinado desde un inicio por ASISMED para hacer válido el beneficio. El servicio no cubre ningún gasto médico generado. No aplica reembolso.

El personal que atiende esta asistencia son únicamente nutriólogos titulados con cédula profesional, con experiencia en atención médica de primer contacto, normas éticas en medicina y con experiencia en identificación de situaciones que requieren otro nivel de atención.

2.10 Asistencia fitness telefónica. En caso de que el Plan contratado por el Beneficiario contemple expresamente este beneficio, podrá acceder al servicio de orientación telefónica sobre acondicionamiento físico, nutrición básica y hábitos saludables.

A través de este servicio, el Beneficiario podrá recibir recomendaciones generales orientadas a fomentar un estilo de vida activo y saludable, así como orientación básica para la incorporación de actividad física, alimentación equilibrada y hábitos saludables en su vida cotidiana.

La asistencia tendrá carácter informativo y orientativo, por lo que no constituye una consulta médica, valoración nutricional especializada, diagnóstico, tratamiento médico ni prescripción de ejercicio. El servicio estará sujeto a las condiciones de operación, horarios y disponibilidad establecidos para el Plan contratado.

2.11 Asistencia psicológica telefónica o por videollamada (telepsicología). Orientación psicológica ilimitada a través del centro de atención telefónica, disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, con previa cita acordada con el call center y duración máxima de 45 minutos por sesión.

Este servicio puede utilizarse, de manera enunciativa mas no limitativa, para temas de depresión, guía de padres, ansiedad, estrés, sobrecarga de trabajo, problemas con compañeros de trabajo, autoestima, pareja, adicciones, violencia doméstica, duelo y acompañamiento tanatológico, asesoría gerencial y manejo de equipos, estrategias de estudio, adultez mayor, identidad personal, tanatología, identidad de género y orientación sexual, atención a eventos críticos e intervención inmediata, riesgos del uso de redes sociales, y dinámica y comunicación familiar.

ASISMED y VIDALUZ no serán responsables respecto de ninguna atención, o falta de ella, cometida por dichos psicólogos, ni por omisiones del Beneficiario al no seguir las instrucciones de manera precisa.

2.12 ASISTENCIA TANATOLÓGICA Y EMOCIONAL TELEFÓNICA A solicitud del beneficiario, ASISMED le asistirá al Asegurado los 365 días del año en caso de requerir atenciones psicológicas para orientarlo telefónicamente sobre cómo disminuir los síntomas con prácticas que no impliquen medicación o dudas con relación a las siguientes urgencias:

1. Ataques ansiosos y/o de pánico.
2. Manejo de las adicciones (tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia).
3. Pérdida de control o agresividad desmedida por estrés, ansiedad o depresión.
4. Amenazas de suicidio.
5. Ataques nerviosos por la pérdida de un familiar o ser querido (tanatología). En atenciones menores el especialista asignado por ASISMED brindará una orientación de hasta 20 (veinte) minutos.

En temas relacionados con:

1. Bullyng de todo tipo.
2. Manejo de emociones.
3. Tanatología.
4. Episodios depresivos.
5. Autoestima.
6. Métodos de respiración.
7. Manejo y control de adicciones.

Este servicio no cubre ningún gasto médico generado. Con el fin de respetar las buenas prácticas de la medicina, el psicólogo en ningún caso y por ningún motivo recetará medicamentos por este medio. El servicio deberá ser coordinado desde un inicio por ASISMED para hacer válido el beneficio. El personal que atiende esta asistencia son únicamente Psicólogos titulados con cédula profesional, con experiencia en atención médica de primer contacto, normas éticas en medicina y con experiencia en identificación de situaciones que requieren otro nivel de atención.

2.13. COTIZACIÓN, ENVÍO DE MEDICAMENTOS Y SEGUIMIENTO A PACIENTES CRÓNICOS. El Beneficiario puede solicitar al call center la cotización de los medicamentos requeridos en las farmacias más cercanas y, de solicitarlo, coordinar su envío a precio preferencial; el costo del medicamento es cubierto directamente por el Beneficiario y los tiempos de entrega pueden variar según la disponibilidad de proveedor en la zona. Adicionalmente, el Beneficiario puede inscribirse,

mediante llamada al call center médico, al programa de seguimiento a pacientes crónicos, el cual monitorea el apego a los tratamientos farmacoterapéuticos y programa el envío periódico de medicamentos a precio preferencial.

2.14 COSTO PREFERENCIAL EN PRÓTESIS, IMPLANTES, APARATOS ORTOPÉDICOS Y AUDITIVOS. En caso de que el Plan contratado por el Beneficiario contemple expresamente este beneficio, podrá acceder a costos preferenciales en la adquisición, colocación o prestación de servicios relacionados con prótesis, implantes, aparatos ortopédicos y aparatos auditivos, de acuerdo con las opciones y proveedores disponibles en la red. Las condiciones, descuentos o tarifas preferenciales aplicables dependerán del producto o servicio requerido y del proveedor que lo proporcione. Cualquier costo que corresponda al Beneficiario deberá ser cubierto directamente por éste.

2.15 COSTO PREFERENCIAL EN FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN. En caso de que el Plan contratado por el Beneficiario contemple expresamente este beneficio, podrá acceder a servicios de fisioterapia y rehabilitación a costo preferencial, a través de los proveedores disponibles en la red. El servicio podrá incluir sesiones de fisioterapia, rehabilitación física y servicios relacionados, de acuerdo con las necesidades del Beneficiario y con los alcances establecidos en el Plan contratado. La prestación del servicio estará sujeta a disponibilidad, programación previa y a las condiciones y tarifas preferenciales vigentes al momento de solicitarlo.

2.16 COSTOS PREFERENCIALES EN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTOS DENTALES. En caso de que el Plan contratado por el Beneficiario contemple expresamente este beneficio, podrá acceder a costos preferenciales en servicios de diagnóstico y tratamientos dentales, a través de los proveedores disponibles en la red. Los servicios podrán comprender, entre otros, valoración y diagnóstico odontológico, así como tratamientos dentales de acuerdo con las necesidades del Beneficiario y los servicios disponibles con el proveedor. Los costos, descuentos y condiciones aplicables serán determinados de acuerdo con el tratamiento requerido y las tarifas preferenciales vigentes. Cualquier cantidad no cubierta por el beneficio deberá ser pagada directamente por el Beneficiario.

SERVICIOS DE ASISTENCIA FUNERARIA PERSONA

2.17. ASISTENCIA FUNERARIA DEL TITULAR Y SU FAMILIA (DISPOSICIÓN APLICABLE). El servicio de asistencia funeraria para el Beneficiario y, en su caso, su Familia, se otorgará de acuerdo con la cobertura contratada en cada plan. El servicio podrá incluir, de acuerdo con las condiciones de cada plan, la recolección y traslado del cuerpo, arreglo estético, embalsamamiento, ataúd, sala de velación, gestión de trámites, cremación, urna, asistencia tanatológica y asesoría testamentaria. El alcance, número de eventos, límites y componentes del servicio serán los expresamente señalados en el plan contratado.

Cualquier servicio adicional o que no se encuentre contemplado en la cobertura contratada deberá ser cubierto por el Beneficiario o sus familiares. Para solicitar el servicio, el Beneficiario o sus familiares deberán comunicarse al Centro de Asistencia de, quien se encargará de coordinar la prestación del servicio con la agencia funeraria correspondiente.

En caso de deceso, se ampara al usuario titular, por causas naturales o derivado de un accidente, en las agencias de inhumaciones o agencias integrantes de la red de asistencia funeraria de ASISMED la cual comprende los siguientes servicios:

- Atención personalizada las 24 horas los 365 del año, a través del Call Center.
- Atención y asesoría personalizada ante el Ministerio Público para la recuperación del finado en el territorio nacional.
- Traslados: Primer traslado del finado del lugar del fallecimiento hacia cualquiera de las agencias de inhumaciones, o a la agencia funeraria corresponsal en el Interior de la República Mexicana.
- Segundo traslado del lugar de velación al panteón que designe el familiar responsable bien al crematorio (según disponibilidad). Los traslados entre punto y punto abarcarán un máximo de 30 km. En caso de exceder la distancia de 30 km, (treinta kilómetros) la familia del titular cubrirá el costo por los kilómetros excedentes, más el pago y trámite de cualquier costo o SERVICIO por internación o derechos que deban cubrirse al momento de prestar los SERVICIOS.
- Arreglo estético del cuerpo (maquillar y vestir).
- Embalsamamiento (aplica a petición del Seguro) Ataúd de madera básico.
- Ataúd metálico básico (en derecho de uso para cremación).
- Sala para el funeral o capilla de velación básica/estándar con capacidad para 25 (veinte) personas en circulación o en caso de requerirlo, equipo de velación a domicilio. (Siempre y cuando la autoridad lo permita)
- Facilidades para celebrar Servicios religiosos.

- Cremación y entrega de urna básica (en caso de contar con los SERVICIOS en el área correspondiente del interior de la República Mexicana). (Siempre y cuando la autoridad lo permita) Se cubren familiares de acuerdo con lo pactado para cada programa
- Arreglo floral a nombre de Vidaluz.

Exclusiones:

I. Trámites y traslados por casos de muerte médico Legal (Ministerio Público y Servicio Médico Forense).
II. Cualquier gasto o costo originado por trámites ante el ministerio público y Servicio médico forense.
III. Exhumación de restos áridos
IV. Arreglos florales adicionales
V. Honorarios y maniobras del panteón
VI. Traslados foráneos (trámites, fletes terrestres o aéreos).
VII. Costos y trámites de internación.
VIII. Repatriación.
IX. Traslados Internacionales
X. Servicio de Cafetería
XI. Nicho, fosa, cripta, gaveta.
XII. Pullman para acompañantes.
XIII. Por no haber solicitado el SERVICIO al Call Center. (No existe reembolso).
XIV. Si la familia del usuario al momento de solicitar el servicio ya hubiese contratado por su cuenta con otro proveedor, pero se intentará realizar el rescate, si se comprueba realizó llamada y no contestaron.
XV. Si se comprueba que existen falsas declaraciones en la edad de los contratantes.
XVI. Causas de fuerza mayor o casos fortuitos que imposibiliten material y humanamente
XVII. El acceso al lugar del Esquelas en los periódicos.
XVIII. El peso máximo soportado por un ataúd básico para esta cobertura es de 100 kg, en caso de que el usuario exceda dicho peso, se buscará un ataúd diferente con costo para la familia. La prestación del servicio estará sujeta a las condiciones, limitaciones y exclusiones establecidas en los presentes Términos y Condiciones. A este servicio le son aplicables, de manera supletoria, las Normas Generales y Exclusiones descritas en las Secciones Cuarta y Quinta de este documento, en particular el plazo de 90 días naturales para presentar cualquier reclamación y las causas de exclusión por fuerza mayor, dolo o mala fe del Beneficiario.

SERVICIOS DE ASISTENCIA NO MÉDICOS

2.18 ASISTENCIA MÉDICA VETERINARIA TELEFÓNICA. A petición del Beneficiario y/o su Representante, proporcionará orientación o consejo médico veterinario las 24 horas del día, los 365 días del año.

2.19 DESCUENTOS EN VETERINARIAS. En caso de que el Plan contratado por el Beneficiario contemple expresamente este beneficio, podrá acceder a descuentos y tarifas preferenciales en servicios veterinarios para sus animales de compañía, a través de los establecimientos y proveedores participantes de la red. Los descuentos podrán aplicar, de acuerdo con la disponibilidad y condiciones de cada proveedor, en servicios de consulta veterinaria, estudios, tratamientos, medicamentos, estética y otros servicios relacionados con el cuidado y bienestar de los animales de compañía. Los descuentos, servicios incluidos y condiciones aplicables serán determinados por cada proveedor participante. Cualquier cantidad que corresponda pagar por los servicios contratados deberá ser cubierta directamente por el Beneficiario. Este beneficio se encuentra sujeto a disponibilidad, previa programación y a las condiciones vigentes establecidas por los proveedores de la red

2.20 VACUNA ANTIRRÁBICA. El prestador de servicios brindará a solicitud del Titular el servicio de asistencia de vacuna antirrábica para la Mascota, en la red asignada por el coordinador autorizado del call center. Quedan cubiertos el número de eventos y límites establecidos en la Carátula de la Póliza.

Restricciones:

1. El servicio debe ser coordinado con un mínimo de 48 horas sujeto a disponibilidad de horario y de la red de Proveedores disponible al momento de la solicitud del servicio.
2. Esta asistencia sólo será prestada para Mascotas que cuenten con un carnet de vacunas al día, en caso de no contar con este, no podrá aplicar el servicio.

3. Los servicios están sujetos a previa evaluación y autorización del médico veterinario del call center que presta el servicio.
4. No se prestará el servicio de vacunación para Mascotas que se encuentren con alguna sintomatología de enfermedad.
5. Este servicio se prestará en red veterinaria, los costes correspondientes del desplazamiento si llegase a requerir, correrán a cargo del Asegurado.
6. El prestador de servicios sólo asumirá responsabilidad por el servicio prestado, más no se responsabilizará por los resultados finales, entendiéndose en todo caso, que es una obligación de medio y no de resultado.
7. Este servicio solo aplica para vacunas de refuerzo anual. (Vacuna contra la rabia) **Esta asistencia cuenta con 1 evento al año, y con alcance para perro/gato**

2.21 DESPARASITACIÓN El prestador de servicios brindará a solicitud del Titular el servicio de asistencia para desparasitación para la mascota a través de la red asignada por el prestador de servicios. Quedan cubiertos el número de eventos y límites establecidos en la Carátula de la Póliza.

Restricciones:

1. El servicio debe ser coordinado con un mínimo de 48 horas sujeto a disponibilidad de horario y de la red de Proveedores disponible al momento de la solicitud del servicio.
2. Esta asistencia sólo será prestada para Mascotas que cuenten con un carnet de vacunas al día.
3. Los servicios están sujetos a previa evaluación y autorización del médico veterinario del call center que presta el servicio.
4. No se prestará el servicio de vacunación para Mascotas que se encuentren con alguna sintomatología de enfermedad.
5. Este servicio se prestará en red veterinaria, los costes correspondientes del desplazamiento si llegase a requerir, correrán a cargo del Asegurado.
6. El prestador de servicios sólo asumirá responsabilidad por el servicio prestado, más no se responsabilizará por los resultados finales, entendiéndose en todo caso, que es una obligación de medio y no de resultado.
7. Este servicio solo aplica para desparasitación **Esta asistencia cuenta con 1 evento al año, y con alcance para perro/gato**

2.22 DESCUENTOS COMERCIALES MASCOTA Acceso a nuestra red de descuentos en tiendas de mascotas para accesorios, alimentos, ropa para mascotas, estéticas, entre otras, desde 5% hasta un 30% de descuento. Servicio disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, sin límite de eventos. **Esta asistencia cuenta con eventos ilimitados, y con alcance para perro/gato**

2.23 ASISTENCIA TELEFÓNICA VETERINARIA En caso de emergencia se podrá en contacto inmediato al Titular con un médico veterinario, quién le orientará con las acciones pertinentes para estabilizar a su mascota mientras esta es llevada a un consultorio veterinario para ser atendida de manera pertinente, así mismo, INFINTY realizará la coordinación de una consulta con su red de proveedores para atender la emergencia a costo preferencial. Atención telefónica las 24 horas del día, los 365 días del año. Sin límite de eventos. **Esta asistencia cuenta con eventos ilimitados, y con alcance para perro/gato**

2.24 ASISTENCIA FUNERARIA DE MASCOTAS. El servicio funerario incluye atención y asesoría personalizada las 24 horas del día, los 365 días del año, a través del call center; recolección y traslado del cuerpo de la mascota desde el domicilio del Beneficiario hacia la agencia funeraria; ceremonia de despedida; cremación individual de la mascota; urna básica para la entrega de las cenizas; y certificado de cremación.

En caso de fallecimiento derivado de un accidente o muerte natural, dictaminado por un veterinario titulado con firma autógrafa en original, se llevará a cabo la cremación de la mascota. Aplicable solo con la red de proveedores de **INFINITY ASIST.**

El evento deberá de ser coordinado desde un inicio con **INFINITY ASIST**. No aplica reembolso. Los accidentes cubiertos son: atropellamiento, lesiones por ataques de otras mascotas o animales, traumatismos o lesiones sufridos por accidentes, caídas, y lesiones por acción violenta súbita y externa.

Al momento de solicitar el servicio de sacrificio de mascota, el Titular deberá contar con la carta emitida por el veterinario donde indique el causal del accidente y cédula profesional. El tiempo de atención del servicio estará sujeto a la disponibilidad de los crematorios de mascotas. **Esta asistencia con 1 evento al año, y con alcance para perro/gato*.

2.25 PET CONCIERGE. A petición del Beneficiario y/o su Representante, brindará orientación sobre servicios relacionados con el cuidado y bienestar de las mascotas, incluyendo referencias a clínicas veterinarias, estéticas, paseadores de perros, entrenamiento y servicios de alojamiento, entre otros. Los costos generados deberán ser cubiertos en su totalidad al momento de la asistencia por el Beneficiario directamente al prestador de servicios seleccionado

2.26 CONSULTAS MÉDICAS: Acceso al servicio y coordinación de citas en consultorio con médicos veterinarios que se encuentren incluidos dentro nuestra red de proveedores, en las principales ciudades de la República Mexicana, el costo será cubierto directamente por el beneficiario al proveedor.

1. El evento deberá de ser coordinado desde un inicio por, de acuerdo a la disponibilidad de la agenda del veterinario.
2. Apoyo en la Coordinación de consultas, estudios médicos, citas en estéticas, vacunas, esterilización, entre otros. Servicio disponible las 24 horas del día, los 365 días del año, sin límite de eventos. **Esta asistencia cuenta con eventos ilimitados, a costos preferenciales, y con alcance para perro/gato**.

2.27 ASESORÍA, ORIENTACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO LEGAL POR DAÑOS DE MASCOTAS. En caso de que la mascota del Beneficiario ocasione daños a terceros, proporcionará orientación legal para la defensa jurídica del incidente correspondiente. En caso de ser necesario; asignará a un abogado para dar seguimiento al proceso jurídico que corresponda. Los honorarios del abogado correrán a cuenta del beneficiario en caso de que tengan que llevar un juicio u otro ante alguna autoridad.

2.28 SERVICIOS DE HOGAR (PLOMERÍA, CERRAJERÍA, VIDRIERÍA Y ELECTRICIDAD). El Beneficiario tiene derecho, como regla general, a un servicio sin costo al año, hasta $700.00 M.N.; si el primer servicio supera dicho monto, el Beneficiario cubrirá la diferencia directamente con el profesional, y los servicios posteriores serán pagados en su totalidad al profesional.

Comprende: plomería, para reparar con carácter de urgente tuberías fijas rotas o con fugas que ocasionen daños, así como destape de lavabos, fregaderos y tarjas; cerrajería, para abrir la cerradura exterior del inmueble y gestionar en cerrajería el duplicado de la llave en caso de robo, pérdida o descompostura (se excluyen cerraduras eléctricas o controladas por sistemas electrónicos) el duplicado será en el establecimiento del proveedor el costo deberá cubrirlo el beneficiario; vidriería, mediante el envío de un especialista para cotización de vidriería y cancelería; y electricidad, para restablecer el suministro eléctrico cuando la falla se origine dentro del inmueble amparado. Cada plan de este catálogo puede fijar un tope distinto al general. El servicio debe solicitarse al call center para su coordinación

2.29 ASISTENCIA VIAL (GRÚA, PASO DE CORRIENTE, GASOLINA, CAMBIO DE LLANTA Y CERRAJERÍA VEHICULAR). El Beneficiario tiene derecho, como regla general, a un servicio sin costo al año a elegir, hasta $1,500.00 M.N.; si el primer servicio supera dicho monto, cubrirá la diferencia directamente con el profesional, el vehículo deberá estar a nombre del beneficiario. Servicio exclusivo para vehículo o motocicleta por avería mecánica.

Comprende: paso de corriente cuando el vehículo quede sin circulación por descarga del acumulador; suministro de gasolina hasta 5 litros, cubierto por el usuario; cambio de llanta por pinchadura (no se reparan ni prestan llantas, y en vehículos con birlos de seguridad se requiere contar con el dado maestro); cerrajería vehicular en caso de llaves olvidadas dentro del auto o pérdida de las mismas, esta última a precio preferencial, siempre y cuando se encuentre el propietario del vehículo y acredite dicha propiedad, la gestión se llevará en la cerrajería; y servicio de grúa por avería mecánica, no por accidente, hasta el taller más cercano, con un límite de 30 km, restringido a un evento al año; los eventos y kilómetros adicionales se ofrecen a precio preferencial, cubierto directamente al proveedor. El servicio de grúa no cubre casetas, maniobras, abanderamientos ni tiempo de espera, y el proveedor cuenta con una tolerancia de 15 minutos en el punto de encuentro.

Quedan expresamente excluidos los vehículos con capacidad de carga mayor a 2 toneladas, los destinados al transporte público de carga o de personas, microbuses, colectivos, autobuses y vehículos arrendados, así como los daños derivados de choques intencionados, actos criminales, labores de mantenimiento o reparaciones mayores, y el remolque de vehículos con carga, con heridos o atascados en baches o barrancos. El servicio debe solicitarse al call center para su coordinación

- **GRÚA** se obliga a brindar al Titular, en caso de avería mecánica que no permita la circulación autónoma de la unidad Titular o de pinchadura de llanta, la gestión de los servicios de remolque hasta el taller más cercano al lugar donde se requiera el servicio de remolque, y se cubrirán los gastos correspondientes del traslado de acuerdo al plan contratado. **Por falla mecánica, máximo 30km **
  Para eventos en exceso de los mencionados anteriormente, solo se proporcionará la referencia de remolque y, a solicitud del Titular, se enviarán con cargo al mismo los servicios de remolque que requiera. Los cargos que se ocasionen serán pagados por el Titular directamente a quién preste el servicio, según las tarifas vigentes de éste,

en el momento en que el prestatario del servicio así se lo solicite. Atención telefónica las 24 horas del día, los 365 días del año.

- **CERRAJERO** En caso de que el Titular haya olvidado las llaves del vehículo dentro del mismo, **INFINITY ASIST** coordinará el servicio de un cerrajero para la apertura del vehículo. Las llaves deberán encontrarse en un lugar visible. Exclusiones: No se abren bastones ni guanteras. En caso de pérdida de las llaves, se ofrecerá al Titular una cotización sobre el servicio a un precio preferencial, quedando el costo a cargo del Titular. En cualquier caso, para poder brindar el servicio, el Titular deberá acreditar la propiedad del auto, (factura Tarjeta de circulación etc.)

- **CAMBIO DE LLANTA** En caso de que el vehículo sufriera una pinchadura de llanta o alguna de las llantas se encontrará tan baja que impidiera continuar con el desplazamiento de este, organizará el servicio para que se efectúe el cambio del neumático averiado por el propio de refacción o bien, únicamente para vehículos de alta gama que cuenten con sistema de inflado, infle la llanta que se encuentra baja. (No se reparan ni prestan llantas). En caso de que el auto tenga birlos de seguridad, deberá contar con el dado maestro de lo contrario el servicio no podrá ser proporcionado. Aplica para automotores que sean elegibles para el cambio de llanta en la vía pública.

  Exclusiones:

  1. El Servicio no podrá brindarse si el Titular no cuenta con birlo de seguridad o este se encuentra en mal estado o barrido.
  2. Si la pinchadura del neumático es a consecuencia de un bache, golpe, no se hace responsable por los daños a consecuencia de este.
  3. Cuando el modelo y características del vehículo no permitan el cambio de neumático realizado el servicio.

- **ENVÍO DE GASOLINA** En caso de que el vehículo, por algún descuido se quedará sin combustible **INFINITY ASIST** organizará el envío de combustible hasta por 5 (cinco) litros. El costo del combustible deberá ser pagado por el Titular.

De esta asistencia se tendrá acceso a 1 evento a elegir entre grúa, cerrajero, cambio de llanta o envió de gasolina. Asistencia legal telefónica (Disposición aplicable).

2.30 EL SERVICIO DE ORIENTACIÓN LEGAL TELEFÓNICA PARA EL TITULAR, SU PAREJA E HIJOS, proporcionara orientación legal para la defensa jurídica del incidente.

2.31 DESCUENTOS EN COMERCIOS Y PROMOCIONES EN CINES. El Beneficiario podrá acceder a descuentos, promociones y beneficios preferenciales en establecimientos comerciales participantes, así como a promociones especiales en cines afiliados al programa. La disponibilidad, vigencia, porcentaje de descuento, condiciones de uso y establecimientos participantes podrán variar de acuerdo con las promociones vigentes y las condiciones establecidas por cada comercio o establecimiento.

III. OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO

1. Solicitud de asistencia

Cuando requiera un Servicio de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción, el Beneficiario o su Representante deberá comunicarse a la línea de atención 55 9252 3056 y, desde la Ciudad de México, al número que se indique en los canales oficiales de atención, a la central de asistencia de V**IDALUZ SEGUROS DE MÉXICO**, facilitando los siguientes datos:

- El lugar donde se encuentra y un número telefónico mediante el cual VIDALUZ y ASISMED pueda contactarlo, así como cualquier otro dato que solicite el gestor de asistencia para localizarlo.
- El nombre y número del Programa de ASISTENCIA VIDALUZ.
- Una descripción del problema, sintomatología o dolencia que presente, así como el tipo de ayuda que requiera.

VIDALUZ SEGUROS DE MÉXICO derivará a la ASISMED a la línea 5597229696, cuando se trate de asistencias médicas, psicológicas, nutrición, ambulancias, servicio funerario, descuentos médicos en ASISMED, o a INFINITY ASIST a la línea 5588427635 cuando se traten de asistencia vial, asistencia hogar, legal, asistencia mascota, descuentos comerciales, y de cine.

El Equipo Médico de ASISMED tendrá libre acceso al Beneficiario y a su historia clínica, en la medida necesaria para conocer su situación y determinar la procedencia y forma de gestión del servicio. Si dicho acceso le es negado, ASISMED no estará obligada a gestionar los Servicios de Asistencia.

En los casos en que alguna de las ASISTENCIAS contempladas en el Programa contratado incluya un evento gratuito, el Titular o cualquiera de sus Beneficiarios según aplique con base en su programa contratado, deberá realizar la programación correspondiente y, en caso de no poder asistir, efectuar la cancelación dentro del plazo establecido al momento de realizar la reserva.

Una vez programado el evento, y en caso de que el Titular o Beneficiario no se presente, no haga uso del servicio o no realice la cancelación dentro del plazo establecido, el evento se considerará utilizado y agotado en su totalidad, independientemente de que el servicio no haya sido efectivamente recibido.

En estos supuestos, no procederá la reposición, reprogramación, sustitución ni compensación del evento gratuito, por lo que el Titular o Beneficiario perderá el derecho a hacer uso de dicho beneficio.

La presente disposición será aplicable aun cuando la inasistencia derive de una omisión, falta de aviso o cancelación extemporánea por parte del Titular o Beneficiario. La cancelación deberá realizarse por los medios y dentro de los horarios o plazos que VIDALUZ establezca para cada asistencia.

El beneficio se entenderá consumido exclusivamente respecto del evento que haya sido reservado y no cancelado oportunamente, sin que ello implique la pérdida de los demás beneficios o asistencias a los que el Titular o sus Beneficiarios tengan derecho, salvo que las condiciones particulares de la asistencia correspondiente establezcan expresamente lo contrario.

2. Traslado médico terrestre

En los casos de traslado médico, el Beneficiario o su Representante deberá facilitar el nombre, dirección y número de teléfono del lugar donde se encuentre, así como el nombre, dirección y teléfono del médico que lo atienda y, de ser necesario, los datos del médico de cabecera. El Equipo Médico de **ASISMED** decidirá el momento más apropiado y los medios más adecuados para el traslado.

IV. NORMAS GENERALES

Mitigación

El Beneficiario deberá procurar mitigar y limitar los efectos de las Situaciones de Asistencia.

Personas que prestan los Servicios de Asistencia

Los Servicios de Asistencia son prestados, en su mayor parte, por contratistas independientes seleccionados por ASISMED que cuentan con la titulación y competencia correspondientes. ASISMED será responsable de la gestión y coordinación de los Servicios de Asistencia, pero no de las deficiencias, actos u omisiones en que incurran dichas personas, sociedades o establecimientos.

Prescripción de reclamaciones

Cualquier reclamación relacionada con un Servicio de Asistencia deberá presentarse dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha en que se produzca el hecho que la origine. Transcurrido dicho plazo, prescribirá cualquier acción legal.

Subrogación

ASISMED quedará subrogada, hasta el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al Beneficiario, en los derechos y acciones que correspondan a éste contra cualquier responsable de un Accidente o Enfermedad que haya dado lugar a la gestión de los Servicios de Asistencia.

V. EXCLUSIONES

I. Mitigación. El Beneficiario está obligado a tratar de mitigar y limitar los efectos de las Situaciones de Asistencia.

II. Personas que prestan los Servicios de Asistencia. Son, en su mayor parte, contratistas independientes elegidos por **ASISMED c**on la adecuada titulación y competencia. **ASISMED** será responsable por la gestión de los Servicios de Asistencia, pero no por las deficiencias en que incurran dichas personas, sociedades o establecimientos.

III. Prescripción de las reclamaciones. Cualquier reclamación relativa a un Servicio de Asistencia deberá presentarse dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha en que se produzca; transcurrido dicho plazo prescribe cualquier acción legal.

IV. Subrogación. **ASISMED** quedará subrogada, hasta el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas al Beneficiario, en los derechos y acciones que correspondan a éste contra cualquier responsable de un Accidente o Enfermedad que haya dado lugar a la gestión de los Servicios de Asistencia.

QUINTO.- EXCLUSIONES

- Las Situaciones de Asistencia ocurridas fuera de la vigencia del servicio.
- El reembolso de cualquier tipo de gasto médico, odontológico, hospitalario y farmacéutico.
- Los Servicios de Asistencia que el Beneficiario haya gestionado, contratado y pagado por su cuenta.
- Situaciones de Asistencia consecuencia directa o indirecta de: huelgas, guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades, rebelión, guerra civil, insurrección, terrorismo, pronunciamientos, manifestaciones, movimientos populares, radioactividad o cualquier otra causa de fuerza mayor.
- Autolesiones o participación del Beneficiario en actos criminales.
- Participación del Beneficiario en riñas o combates, salvo en caso de defensa propia.
- Hechos causados por mala fe del Beneficiario.
- Irradiaciones procedentes de transmutación o desintegración nuclear, radioactividad o accidentes causados por combustibles nucleares.
- Enfermedades o Accidentes imputables a fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario (inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, entre otros).
- Muerte o lesiones originadas por actos del Beneficiario con dolo o mala fe.
- Enfermedades o accidentes ocurridos fuera de los Estados Unidos Mexicanos.
- Lesiones o padecimientos menores que no ameriten traslado en ambulancia (gripas, catarros, fracturas de dedos, dolores agudos de cabeza, etc., de manera ilustrativa mas no limitativa).

ASISMED se reserva el derecho a restringir los servicios ofrecidos cuando el Equipo Médico determine que las condiciones, lugar y/o horario en que se requieren comprometan la seguridad del Beneficiario o de los proveedores. En dichas circunstancias, **ASISMED** hará su mejor esfuerzo por coordinar una cita médica en el hospital, clínica o consultorio más cercano y adecuado.

Los servicios contratados por el Beneficiario, así como los derechos adquiridos en su calidad de consumidor, están protegidos por la Ley Federal de Protección al Consumidor.

Las condiciones generales pueden variar sin previo aviso. Para más información, consultar la página de VIDALUZ. El uso y/o la solicitud de los Servicios de Asistencia del Programa de VIDALUZ implica la conformidad con el programa suscrito.

Autorización de cargos, renovación y cancelación de la protección

Al aceptar los presentes Términos y Condiciones, manifiesto expresamente mi consentimiento para que Vidaluz realice los cargos correspondientes al pago de mi protección, de acuerdo con la frecuencia de pago que seleccioné voluntariamente al momento de contratarla. Asimismo, autorizo expresamente la realización de cargos recurrentes durante la vigencia de la póliza y la renovación automática de la protección, conforme a las condiciones contratadas, hasta que solicite su cancelación por los medios establecidos por Vidaluz.

En caso de que en la fecha correspondiente al cobro no existan fondos suficientes o el medio de pago no permita realizar el cargo, el pago se considerará pendiente y el estatus de la protección podrá reflejarse como "en atraso". En consecuencia, la protección podrá quedar suspendida hasta que se realice el pago correspondiente y se regularice el estatus de la póliza. Si el pago no se regulariza dentro del plazo establecido en las condiciones de la póliza, la protección podrá ser cancelada.

Para solicitar la cancelación de la protección y, en su caso, detener los cargos recurrentes, el titular deberá comunicarse al número de Atención a Clientes de Vidaluz: 55 9252 3056, siguiendo el procedimiento de cancelación establecido por Vidaluz.

El titular reconoce que la selección de la frecuencia de pago, la autorización de los cargos recurrentes y la renovación automática forman parte de las condiciones aceptadas al momento de contratar la protección.