Microseguro
Accidentes Personales Colectivo

Condiciones generales

CONDUSEF-006873-01.

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
- Contratación por Medios Electrónicos .....
- 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 Seís - 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.
- **Culpa grave:** Cuando un acontecimiento es el resultado de una acción realizada por el Asegurado de forma atrevida, con exceso de confianza o con la intención de lograr el resultado obtenido.
- **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. 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. La Suma Asegurada contratada es por vigencia y por Asegurado.
4. 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.

Condición especial para menores de 12 años:

En caso de que el Asegurado sea menor a 12 años, la compañía indemnizará el equivalente a 10 veces el valor mensual de la unidad de medida y actual (UMA) a los Padres o Tutores definitivos del menor. Los Tutores definitivos deben haber sido nombrados judicialmente y los mismos deberán haber aceptado el cargo y discernimiento. Dicha indemnización será hasta un máximo de la Suma Asegurada contratada. El monto de indemnización por este concepto será el que aparezca en la póliza.

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. (solo si lo tuviera)
7. Identificación oficial con fotografía y firma de los beneficiarios (credencial para votar, pasaporte vigente, cédula profesional, etc.). (solo si lo tuviera)
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.

Notas: Una vez ocurrido el siniestro, la única prueba necesaria para acreditar la muerte del asegurado es el acta de defunción. No obstante, Metlife podrá requerir la documentación adicional antes mencionada, únicamente cuando sea necesaria para acreditar el siniestro.

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.

Condición especial para menores de 12 años:

En caso de que el Asegurado sea menor a 12 años, la compañía indemnizará el equivalente a 10 veces el valor mensual de la unidad de medida y actual (UMA) a los Padres o Tutores definitivos del menor. Los

Tutores definitivos deben haber sido nombrados judicialmente y los mismos deberán haber aceptado el cargo y discernimiento. Dicha indemnización será hasta un máximo de la Suma Asegurada contratada. El monto de indemnización por este concepto será el que aparezca en la póliza.

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. (solo si lo tuviera)
7. Identificación oficial con fotografía y firma de los beneficiarios (credencial para votar, pasaporte vigente, cédula profesional, etc.). (solo si lo tuviera)
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.

Notas: Una vez ocurrido el siniestro, la única prueba necesaria para acreditar la muerte del asegurado es el acta de defunción. No obstante, Metlife podrá requerir la documentación adicional antes mencionada, únicamente cuando sea necesaria para acreditar el siniestro.

Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente.

a) Cobertura

1. La Compañía pagará la Indemnización Diaria por Hospitalización, al Asegurado o en caso de que este se encuentre imposibilitado para llevar a cabo el levantamiento del siniestro, dicho procedimiento podrá ser realizado por su cónyuge, hijo o padres tras la comprobación de la hospitalización y en caso de ser necesario documentación que avale su relación con el 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.

➔ **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.

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 o en caso de que este se encuentre imposibilitado para llevar a cabo el levantamiento del siniestro, dicho procedimiento podrá ser realizado por su cónyuge, hijo o padres tras la comprobación de la hospitalización y en caso de ser necesario documentación que avale su relación con el 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 o en caso de que este se encuentre imposibilitado para llevar a cabo el levantamiento del siniestro, dicho procedimiento podrá ser realizado por su cónyuge, hijo o padres tras la comprobación de la hospitalización y en caso de ser necesario documentación que avale su relación con el 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 o en caso de que este se encuentre imposibilitado para llevar a cabo el levantamiento del siniestro, dicho procedimiento podrá ser realizado por su cónyuge, hijo o padres tras la comprobación de la hospitalización y en caso de ser necesario documentación que avale su relación con el 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.

➔ **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.

3. Cáncer Cérvico Uterino

a) Cobertura

1. La Compañía pagará la Indemnización Diaria por Hospitalización, al Asegurado o en caso de que este se encuentre imposibilitado para llevar a cabo el levantamiento del siniestro, dicho procedimiento podrá ser realizado por su cónyuge, hijo o padres tras la comprobación de la hospitalización y en caso de ser necesario documentación que avale su relación con el 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.

➔ **<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.

4. Cáncer de Mama

a) Cobertura

1. La Compañía pagará la Indemnización Diaria por Hospitalización, al Asegurado o en caso de que este se encuentre imposibilitado para llevar a cabo el levantamiento del siniestro, dicho procedimiento podrá ser realizado por su cónyuge, hijo o padres tras la comprobación de la hospitalización y en caso de ser necesario documentación que avale su relación con el 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 o en caso de que este se encuentre imposibilitado para llevar a cabo el levantamiento del siniestro, dicho procedimiento podrá ser realizado por su cónyuge, hijo o padres tras la comprobación de la hospitalización y en caso de ser necesario documentación que avale su relación con el 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.

➔ **Documentos necesarios para la comprobación de la Invalidez Total y Permanente por Accidente:**

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. Sin deducible ni coaseguro.
3. 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. Distrofia Muscular

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

Conjunto de enfermedades hereditarias que debilitan y atrofian los músculos.

c) Demostración

5. Diagnóstico inequívoco, realizado por un neurólogo.
6. Incapacidad del asegurado para realizar, por un periodo continuo de al menos 6 meses, al menos tres (3) de las siguientes actividades cotidianas:
   - ❖ Bañarse: Capacidad de lavarse en el baño o a través de otros medios.
   - ❖ Vestirse: Capacidad de ponerse y quitarse ropa, prótesis u ortesis.
   - ❖ Trasladarse: Capacidad de moverse entre cama, silla o silla de ruedas.
   - ❖ Movilidad: Capacidad de moverse dentro de casa en superficies planas.
   - ❖ Sanitario: Uso del baño o manejo de funciones fisiológicas con higiene.
   - ❖ Alimentación: Capacidad de comer una vez que la comida está preparada.
7. Estudios requeridos (al menos uno):
   - ❖ Determinación enzimática (CPK).
   - ❖ Pruebas de función pulmonar.
   - ❖ Pruebas de conducción nerviosa.
   - ❖ Electromiografía.
   - ❖ Electrocardiograma.
   - ❖ Resonancia magnética.
   - ❖ Biopsia molecular.
   - ❖ Determinación genética.

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

11. 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.

12. 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.

13. 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.

➔ **Documentos necesarios para la comprobación de Diagnostico de Diabetes Infantil:**

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.

➔ **Documentos necesarios para la comprobación de Diagnostico de Leucemia:**

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.

➔ **<u>Documentos necesarios para la comprobación de Diagnostico del mal de Parkinson:</u>**

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 durante la vigencia de la póliza, siempre que dicho fallecimiento ocurra dentro de los 180 días siguientes a la fecha del accidente.
2. Sin deducible ni coaseguro.
3. Esta cobertura estará especificada en la carátula de la póliza.

Condición especial para menores de 12 años:

En caso de que el Asegurado sea menor a 12 años, la compañía indemnizará el equivalente a 10 veces el valor mensual de la unidad de medida y actual (UMA) a los Padres o Tutores definitivos del menor. Los Tutores definitivos deben haber sido nombrados judicialmente y los mismos deberán haber aceptado el cargo y discernimiento. Dicha indemnización será hasta un máximo de la Suma Asegurada contratada. El monto de indemnización por este concepto será el que aparezca en la póliza.

b) Definición

Fallecimiento que ocurre como consecuencia directa de un accidente sufrido por el asegurado durante la vigencia de la póliza, siempre que el fallecimiento ocurra dentro de los 180 días siguientes al accidente. 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 se encontrará en poder del beneficiario).
    - ❖ Si la póliza es autoadministrable, el Contratante debe presentar el último consentimiento firmado.
4. Solicitud de pago firmada por los beneficiarios.
6. Identificación oficial con fotografía del asegurado y de los beneficiarios (credencial para votar, pasaporte vigente, cédula profesional, etc.). (solo si lo tuviera)
5. Acta de nacimiento certificada del asegurado.
6. Documentación adicional (en caso de exención fiscal, acreditar parentesco con actas de nacimiento, matrimonio, etc.).
7. Fe de cadáver y documentación del Ministerio Público (si aplica).

➔ **Notas:** Una vez ocurrido el siniestro, la única prueba necesaria para acreditar la muerte del asegurado es el acta de defunción. No obstante, Metlife podrá requerir la documentación adicional antes mencionada, únicamente cuando sea necesaria para acreditar el siniestro.

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.

Condición especial para menores de 12 años:

En caso de que el Asegurado sea menor a 12 años, la compañía indemnizará el equivalente a 10 veces el valor mensual de la unidad de medida y actual (UMA) a los Padres o Tutores definitivos del menor. Los Tutores definitivos deben haber sido nombrados judicialmente y los mismos deberán haber aceptado el cargo y discernimiento. Dicha indemnización será hasta un máximo de la Suma Asegurada contratada. El monto de indemnización por este concepto será el que aparezca en la póliza.

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

Notas: Una vez ocurrido el siniestro, la única prueba necesaria para acreditar la muerte del asegurado es el acta de defunción. No obstante, Metlife podrá requerir la documentación adicional antes mencionada, únicamente cuando sea necesaria para acreditar el siniestro.

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.

Condición especial para menores de 12 años:

En caso de que el Asegurado sea menor a 12 años, la compañía indemnizará el equivalente a 10 veces el valor mensual de la unidad de medida y actual (UMA) a los Padres o Tutores definitivos del menor. Los Tutores definitivos deben haber sido nombrados judicialmente y los mismos deberán haber aceptado el cargo y discernimiento. Dicha indemnización será hasta un máximo de la Suma Asegurada contratada. El monto de indemnización por este concepto será el que aparezca en la póliza.

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.). (solo si lo tuviera)
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).

Notas: Una vez ocurrido el siniestro, la única prueba necesaria para acreditar la muerte del asegurado es el acta de defunción. No obstante, Metlife podrá requerir la documentación adicional antes mencionada, únicamente cuando sea necesaria para acreditar el siniestro.

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 como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza, siempre que dicha pérdida ocurra 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 dicha pérdida ocurra dentro de los 180 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.
8. Identificación oficial con fotografía del asegurado. (solo si lo tuviera)
4. Comprobante de domicilio reciente (luz, agua, teléfono, etc.).
5. 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.

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 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. En ningún caso la falta de respuesta dentro de dicho plazo se interpretará como aceptación tácita. La incorporación del dependiente económico a la póliza únicamente se considerará perfeccionada cuando el asegurado reciba notificación expresa y por escrito de la aceptación por parte de Metlife.

- **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, en un plazo de cinco días hábiles, 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
Diagnostico de Hemiplejia, Paraplejia, Cuadriplejia, tetraplejia por accidente	Titular / Cónyuge	45 días	84 años	84 años
	Hijos	45 días	25 años	26 años
Diagnostico del mal de Alzheimer	Titular / Cónyuge	45 días	84 años	84 años
	Hijos	45 días	25 años	26 años
Diagnostico 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 Aéreo	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
Cobertura de Corto Plazo	Titular / Cónyuge	45 días	84 años	84 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.

NOTA. La suma asegurada en caso de fallecimiento de personas menores de doce años no podrá exceder el equivalente a 10 veces el valor mensual de unidad de medida y actualización (UMA), a fin de garantizar un monto razonable para cubrir los gastos básicos derivados del evento.

- **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.

- **Entrega de documentación contractual.**

1. En el caso de Microseguros Colectivos, al momento de la contratación, Metlife entregará al asegurado un certificado de seguro

- **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

- **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:
   - ❖ **En caso de que la renovación no incluya la opción de conservar siempre en los mismos términos y condiciones el contrato de seguro se informará expresamente al asegurado que podrían existir cambios al momento de la renovación, incluyendo la posibilidad de incrementos de primas. Las condiciones de aseguramiento deberán ser congruentes con las originalmente contratadas.**
   - ❖ MetLife informará al contratante sobre los valores de la prima 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. Derecho de antigüedad:
   - ❖ La renovación otorgará al asegurado por lo menos el derecho de antigüedad para los efectos siguientes:
     a. La renovación se realizará sin requisitos de asegurabilidad.
     b. Los periodos de espera no podrán ser modificados en perjuicio del asegurado.
     c. Las edades límite no podrán ser modificadas en perjuicio del asegurado.

- **Límite de Suma Asegurada para Microseguros**

1. Microseguros Colectivos:
   - ❖ La suma asegurada no podrá exceder de 15,000 UDI, independientemente del período de pagos.
   - ❖ Dicho límite será aplicable de forma proporcional para todas las coberturas previstas en el presente condicionado, por lo que, en caso de contratarse una o más de ellas, la suma asegurada total no podrá superar dicho monto.

- **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 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;

   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;

II. 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;

III. 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;

IV. 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;

V. 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;

VI. 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;

VII. 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

VIII. 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 30 de mayo de 2025, con número PPAQ-S0058-0035-2025/ CONDUSEF-006873-01.

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 30 de mayo de 2025, con número PPAQ-S0058-0035-2025/ CONDUSEF-006873-01.