

CONTENIDO

1. APARTADO UNO – DEFINICIONES	1
1.1. METLIFE	1
1.2. ACCIDENTE	1
1.3. ANTIGÜEDAD GENERADA EN METLIFE	1
1.4. ANTIGÜEDAD RECONOCIDA	1
1.5. APARATOS ORTOPÉDICOS	1
1.6. ASEGURADO	1
1.7. ASEGURADO DEPENDIENTE	1
1.8. ASEGURADO TITULAR	1
1.9. BENEFICIARIO	2
1.10. COASEGURO	2
1.11. COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTA	2
1.12. CONTRATANTE	2
1.13. CONTRATO	2
1.14. DEDUCIBLE	2
1.15. DEPENDIENTE ECONÓMICO	2
1.16. ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE PERIODOS DE ESPERA	2
1.17. EMERGENCIA MÉDICA	2
1.18. ENDOSO	3
1.19. ENFERMEDAD	3
1.20. ENFERMERA	3
1.21. EVENTO	3
1.22. EXTRAPRIMA	3
1.23. FECHA DE PRIMER GASTO	3
1.24. GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO	3
1.25. GRUPO DE HOSPITALES	4
1.26. GASTO MÉDICO	4
1.27. GASTO MÉDICO MAYOR	4
1.28. GRUPO MÉDICO ASOCIADO	4
1.29. HONORARIOS MÉDICOS	4
1.30. HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO	4
1.31. HOSPITALIZACIÓN	4
1.32. INICIO DE COBERTURA	5

1.33. LUGAR DE RESIDENCIA	5
1.34. MÉDICO	5
1.35. MÉDICO ESPECIALISTA	5
1.36. MÉDICO TRATANTE	5
1.37. ÓRTESIS	5
1.38. PADECIMIENTO	5
1.39. PADECIMIENTO O ENFERMEDAD CONGÉNITA	5
1.40. PADECIMIENTO PREEXISTENTE	5
1.41. PAGO DIRECTO	6
1.42. PERIODO AL DESCUBIERTO	6
1.43. PERIODO DE ESPERA	6
1.44. PERIODO DE GRACIA	6
1.45. PLAN	7
1.46. PÓLIZA	7
1.47. PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS	7
1.48. PRIMA	7
1.49. PRIMA NETA	7
1.50. PRIMER GASTO	7
1.51. PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS	7
1.52. PRÓTESIS	7
1.53. RECLAMACIÓN	7
1.54. RED MÉDICA O DE PRESTADORES DE SERVICIOS AFILIADOS	8
1.55. REEMBOLSO	8
1.56. REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA	8
1.57. RENOVACIÓN	8
1.58. SIDA	8
1.59. SALARIO MÍNIMO MENSUAL GENERAL (SMGM)	8
1.60. SUMA ASEGURADA	8
1.61. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA	9
1.62. TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS	9
1.63. TARJETA DE IDENTIFICACIÓN	9
1.64. TRATAMIENTO MÉDICO EXPERIMENTAL	9
1.65. TERRITORIALIDAD	9
1.66. VIGENCIA	9
2. APARTADO DOS – OBJETO DEL SEGURO	9

3. APARTADO TRES – CONTRATO	10
4. APARTADO CUATRO – GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS	10
4.1. GASTOS HOSPITALARIOS	10
4.2. HONORARIOS MÉDICOS	10
4.3. MEDICAMENTOS	11
4.4. AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO	11
4.5. OTROS SERVICIOS MÉDICOS	11
4.5.1. AMBULANCIA	11
4.5.2. HONORARIOS DE ENFERMERÍA	12
4.5.3. HONORARIOS DE MÉDICOS HOMEÓPATAS O QUIROPRÁCTICOS	12
4.5.4. PRÓTESIS Y ENDOPRÓTESIS	13
4.5.5. APARATOS ORTOPÉDICOS	13
4.5.6. RENTA DE EQUIPO DE HOSPITAL	13
4.5.7. TRATAMIENTOS DE INHALOTERAPIA, TERAPIA RADIOACTIVA O QUIMIOTERAPIA	13
4.5.8. REHABILITACIÓN FÍSICA	13
4.5.9. NEUROREHABILITACIÓN	13
4.5.10. MENOPAUSIA	13
4.5.11. TRATAMIENTOS DENTALES BAJO METDENTAL	13
4.5.12. ASISTENCIA EN VIAJES	14
4.5.12.1. BENEFICIARIO	14
4.5.12.2. RESIDENCIA PERMANENTE	14
4.5.12.3. VIAJE	14
4.5.12.4. SERVICIOS DE ASISTENCIA	14
4.5.12.5. SITUACIÓN DE ASISTENCIA	15
4.6. EVENTOS SUJETOS A CONDICIONES ESPECÍFICAS	15
4.6.1. RECIÉN NACIDOS SANOS	15
4.6.2. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS / GENÉTICOS	16
4.6.3. RECIÉN NACIDOS PREMATUROS	16
4.6.4. MATERNIDAD: PARTO Y CESÁREA	17
4.6.5. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	17
4.6.6. DEPORTES PELIGROSOS	18
4.6.7. TRATAMIENTOS DENTALES	18
4.6.8. SÍNDROME DE PRADER-WILLI	18
4.6.9. CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA	18

4.6.10. TRASPLANTES	18
4.6.11. ADHERENCIAS PÉLVICAS Y ENDOMETRIOSIS	18
4.6.12. SIDA	19
4.6.13. DAÑO PSIQUIÁTRICO Y PSICOLÓGICO	19
4.6.14. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES	20
4.6.15. EMERGENCIAS DE GASTOS MÉDICOS NO CUBIERTOS	22
5. APARTADO CINCO - GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS CON PERIODOS DE ESPERA	23
5.1. CON SESENTA MESES DE PERIODO DE ESPERA	23
5.2. CON CUARENTA Y OCHO MESES DE PERIODO DE ESPERA	23
5.3. CON VEINTICUATRO MESES DE PERIODO DE ESPERA	23
5.4. CON DOCE MESES DE PERIODO DE ESPERA	24
5.5. CON DIEZ MESES DE PERIODO DE ESPERA	24
6. APARTADO SEIS – LÍMITES DE LA COBERTURA	24
6.1. SUMA ASEGURADA	24
6.2. DEDUCIBLE	25
6.2.1. DEDUCIBLE POR ENFERMEDAD	25
6.2.2. DEDUCIBLE POR ACCIDENTE	25
6.2.3. DEDUCIBLE PARA LAS PÓLIZAS DEL PLAN PRÁCTICO	25
6.3. COASEGURO	25
6.3.1. ACCIDENTE	25
6.3.2. HONORARIOS MÉDICOS	25
6.3.3. HOSPITAL	26
6.3.4. LUGAR DE LA ATENCIÓN MÉDICA (MIGRACIÓN)	26
6.3.5. OTROS GASTOS	26
6.3.6. TOPE DE COASEGURO	27
6.4. PAGO DE HONORARIOS MÉDICOS EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	27
6.4.1. OPERACIONES EN UNA MISMA REGIÓN DEL CUERPO	27
6.4.2. OPERACIONES EN DISTINTAS REGIONES DEL CUERPO	27
6.4.3. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE DISTINTA ESPECIALIDAD	27
6.4.4. RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA	28
6.4.5. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE PADECIMIENTOS CUBIERTOS Y NO CUBIERTOS	28
6.4.5.1. HONORARIOS MÉDICOS	28
6.4.5.2. ANESTESIÓLOGO Y AYUDANTE	28
6.4.5.3. HOSPITAL	28
6.4.6. CIRUGÍA EN AMBOS LADOS DEL CUERPO	28

6.5. TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS	28
7. APARTADO SIETE – EXCLUSIONES	28
7.1. PADECIMIENTOS O TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS	29
7.2. LESIONES NO CUBIERTAS	31
7.3. HONORARIOS MÉDICOS NO CUBIERTOS	32
7.4. GASTOS HOSPITALARIOS NO CUBIERTOS	32
7.5. OTROS SERVICIOS MÉDICOS NO CUBIERTOS	32
7.6. OTRAS EXCLUSIONES	32
8. APARTADO OCHO – PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES	33
8.1. INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA EL ASEGURADO	33
8.1.1. TARJETA DE IDENTIFICACIÓN METLIFE	33
8.1.2. PAGO DE PRIMA	33
8.1.3. ORIENTACIÓN Y ASISTENCIA MÉDICA MÉDICALIFE	34
8.2. PAGO DE RECLAMACIONES	34
8.2.1. EXAMEN MÉDICO DE PREEXISTENCIAS	35
8.2.2. ARBITRAJE MÉDICO	35
8.3. OPCIONES DE ATENCIÓN DE SINIESTROS Y/O TRÁMITES DE RECLAMACIÓN	36
8.3.1. CIRUGÍA PROGRAMADA	36
8.3.1.1. PROCEDIMIENTO	36
8.3.2. PAGO DIRECTO	37
8.3.3. PAGO DIRECTO NO PROGRAMADO POR EMERGENCIA Y/O ACCIDENTE	37
8.4. CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA	38
8.4.1. EMERGENCIAS	38
8.5. TRÁMITES POR REEMBOLSO	38
8.5.1. DOCUMENTACIÓN NECESARIA	39
8.6. PAGO DIRECTO EN EL EXTRANJERO	40
(La contratación de coberturas que cubran gastos en el extranjero debe especificarse en la carátula de la póliza)	
8.6.1. PAGO DIRECTO NO PROGRAMADO EN EL EXTRANJERO	40
8.6.1.1. PROCEDIMIENTO	40
8.6.2. PAGO DIRECTO PROGRAMADO EN EL EXTRANJERO	40
8.6.2.1. DOCUMENTACIÓN NECESARIA	41
8.6.2.2. EN CASO DE PROCEDENCIA DEL SINIESTRO	41
9. APARTADO NUEVE – COBERTURAS ADICIONALES OPCIONALES CON COSTO	41
9.1. COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO	41
9.1.1. EXCLUSIONES	42

9.2. COBERTURA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN EL EXTRANJERO	42
9.3. COBERTURA EN EL EXTRANJERO (Válida únicamente para el Plan Internacional)	43
9.4. COBERTURA DE ÚLTIMOS GASTOS	44
9.5. COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL	45
9.5.1. DEFINICIÓN	45
9.5.2. EXCLUSIONES	45
9.5.3. TERMINACIÓN	46
9.6. COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	46
9.6.1. EXCLUSIONES	47
9.7. COBERTURA DE VISIÓN	48
9.7.1. EXCLUSIONES	48
9.8. COBERTURA METDENTAL PLUS	48
9.8.1. EXCLUSIONES	49
9.9. COBERTURA FRANJA FRONTERIZA	49
9.10. REDUCCIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE	50
9.11. INCREMENTO AL TABULADOR DE HONORARIOS QUIRÚRGICOS	50
10. APARTADO 10 – CLÁUSULAS GENERALES	51
10.1. CLAÚSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO	51
10.1.1. ALTAS DE ASEGURADOS	51
10.1.2. BAJA DE ASEGURADOS	51
10.1.3. EDAD	52
10.1.4. FORMA DE PAGO	52
10.1.5. OCUPACIÓN	53
10.1.6. PERÍODO DE BENEFICIO	53
10.1.7. PERÍODO DE GRACIA	54
10.1.8. PRIMA	54
10.1.9. REHABILITACIÓN	54
10.1.10. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD	55
10.1.11. RÉGIMEN FISCAL	55
10.1.12. RENOVACIÓN	55
10.2. CLAÚSULAS OPERATIVAS	56
10.2.1. AGRAVACIÓN DEL RIESGO	56
10.2.2. CANCELACIÓN	56
10.2.3. RESCISIÓN DEL CONTRATO	56
10.2.4. MODIFICACIONES AL CONTRATO	57

10.2.5. LUGAR DE PAGO	57
10.2.6. RESIDENCIA	57
10.2.7. CAMBIO DE PLAN	58
10.2.8. TERMINACIÓN DEL CONTRATO	58
10.2.9. VIGENCIA DEL CONTRATO	58
10.2.10. COBERTURA DEL CONTRATO	58
10.3. CLÁUSULAS CONTRACTUALES	58
10.3.1. ARBITRAJE MÉDICO PARA PADECIMIENTO PREEXISTENTE	58
10.3.2. COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTA	59
10.3.3. COMPETENCIA	59
10.3.4. COMUNICACIONES	59
10.3.5. INTERÉS MORATORIO	59
10.3.6. MONEDA	59
10.3.7. NOTIFICACIONES	60
10.3.8. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	60
10.3.9. PRESCRIPCIÓN	60
10.3.10. RESPONSABILIDAD	61
10.3.11. SUBROGACIÓN	61
10.3.12. BENEFICIOS FISCALES	61
ANEXO 1. ARTÍCULOS CITADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES	61
ANEXO 1.1. LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO	61
ANEXO 1.2. LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS	64
ANEXO 1.3. LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS	66
ANEXO 1.4. LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA	68
ANEXO 2. REGIONES DE TARIFA	69

1. APARTADO UNO – DEFINICIONES

1.1. METLIFE

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

1.2. ACCIDENTE

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

1.3. ANTIGÜEDAD GENERADA EN METLIFE

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

1.4. ANTIGÜEDAD RECONOCIDA

Es el periodo de tiempo que el Asegurado ha estado cubierto en forma continua e ininterrumpida en un plan individual de seguro de Gastos Médicos Mayores en alguna compañía de seguros debidamente establecida.

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

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

1.5. APARATOS ORTOPÉDICOS

Son aquellos aparatos, artefactos, auxiliares mecánicos o equipos que son utilizados como reemplazo de un órgano o parte de un miembro y que facilitan el desplazamiento o movimiento de las personas que sufren de un padecimiento cubierto o se encuentran en el periodo de recuperación de la salud tales como muletas, bastones, andaderas, camas ortopédicas, trapecio, barras, barandales, grúa ortopédica, silla de ruedas, entre otros.

1.6. ASEGURADO

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

1.7. ASEGURADO DEPENDIENTE

Cónyuge, concubina o concubinario e hijos del Asegurado titular, que se encuentren cubiertos en la misma póliza de Gastos Médicos Mayores MédicaLife Familiar.

1.8. ASEGURADO TITULAR

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

1.9. BENEFICIARIO

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

1.10. COASEGURO

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

1.11. COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTA

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

1.12. CONTRATANTE

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

1.13. CONTRATO

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

1.14. DEDUCIBLE

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

1.15. DEPENDIENTE ECONÓMICO

Cónyuge o concubinario del Asegurado Titular, así como los hijos del mismo que se encuentren cubiertos en la misma póliza de Gastos Médicos Mayores MédicaLife Familiar.

1.16. ELIMINACIÓN O REDUCCIÓN DE PERIODOS DE ESPERA

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

1.17. EMERGENCIA MÉDICA

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

1.18. ENDOSO

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

1.19. ENFERMEDAD

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

1.20. ENFERMERA

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

1.21. EVENTO

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

El evento se refiere a cada enfermedad o accidente cubierta por esta póliza, independientemente del número de reclamaciones o veces que se utilice algún servicio y/o se efectúe algún pago derivado de la misma enfermedad o accidente.

1.22. EXTRAPRIMA

Es la cantidad adicional que el Contratante se obliga a pagar a MetLife, por cubrir un riesgo agravado en razón de sus actividades, hábitos o estado de salud al momento de contratar la póliza.

1.23. FECHA DE PRIMER GASTO

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

1.24. GASTO USUAL Y ACOSTUMBRADO

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

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

1.25. GRUPO DE HOSPITALES

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

1.26. GASTO MÉDICO

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

1.27. GASTO MÉDICO MAYOR

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

1.28. GRUPO MÉDICO ASOCIADO

Conjunto de médicos que cumplen con el aval de las autoridades de Educación Superior, Salubridad, Educación Pública y Consejos de Especialidad para el debido ejercicio de su profesión y que solo celebran convenio con MetLife con fines de otorgar el pago de sus honorarios correspondientes por la atención de los asegurados

1.29. HONORARIOS MÉDICOS

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

1.30. HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO



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

- 1.30.1. Dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar padecimientos, incluida cirugía. Los tratamientos han de ser efectuados dentro de los confines del establecimiento o en infraestructuras controladas por el establecimiento.
- 1.30.2. Tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos originados a consecuencia de un padecimiento, por médicos legalmente autorizados durante las 24 horas del día y durante todos los días del año.

No se considerará como hospital, clínica o sanatorio:
- 1.30.3. Clínicas para el tratamiento de enfermedades mentales o cuyo principal objetivo sea el tratamiento de enfermedades psiquiátricas. Así mismo se excluyen tratamientos en los departamentos psiquiátricos de los hospitales.
- 1.30.4. Casas para ancianos, casas de descanso, centro para el tratamiento de drogadictos y/o alcohólicos y/o neuróticos.
- 1.30.5. Clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.

1.31. HOSPITALIZACIÓN

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

1.32. INICIO DE COBERTURA

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

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

1.33. LUGAR DE RESIDENCIA

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

1.34. MÉDICO

Persona legalmente autorizada mediante Cédula Profesional vigente para ejercer la medicina.

1.35. MÉDICO ESPECIALISTA

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

1.36. MÉDICO TRATANTE

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

1.37. ÓRTESIS

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

1.38. PADECIMIENTO

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

1.39. PADECIMIENTO O ENFERMEDAD CONGÉNITA

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

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

1.40. PADECIMIENTO PREEXISTENTE

Es aquel padecimiento y/o enfermedad, del cual:

- 1.40.1. Que haya sido declarado antes de la celebración del contrato, y/o;
- 1.40.2. Que en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de esta póliza, y/o;
- 1.40.3. Diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de esta póliza, mediante pruebas de laboratorio, gabinete o cualquier otro medio reconocido de diagnóstico, y/o;

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

ARBITRAJE MÉDICO

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

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

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

1.41. PAGO DIRECTO

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

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

1.42. PERIODO AL DESCUBIERTO

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

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

1.43. PERIODO DE ESPERA

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

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

1.44. PERIODO DE GRACIA

Lapso de 30 días naturales contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o primer recibo para el pago de la prima, que tiene el Contratante para liquidar el total o la primera parcialidad pactada en la póliza. Cuando el pago de la póliza se realiza de manera fraccionada, los recibos subsecuentes al primero no contarán con dicho periodo.

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

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

1.45. PLAN

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

1.46. PÓLIZA

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

1.47. PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS

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

1.48. PRIMA

Es la contraprestación económica prevista en la póliza a cargo del Contratante, a favor de MetLife, la cual podrá ser anual o en parcialidades, según establezca la presente póliza.

1.49. PRIMA NETA

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

1.50. PRIMER GASTO

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

1.51. PROGRAMACIÓN DE CIRUGÍAS

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

1.52. PRÓTESIS

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

1.53. RECLAMACIÓN

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

1.54. RED MÉDICA O DE PRESTADORES DE SERVICIOS AFILIADOS

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

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

1.55. REEMBOLSO

Es la restitución de gastos procedentes, erogados previamente por el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente. MetLife define si es o no procedente de acuerdo con las coberturas de la presente póliza y con el Tabulador de Honorarios Médicos correspondiente.

1.56. REINSTALACIÓN AUTOMÁTICA

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

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

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

1.57. RENOVACIÓN

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

1.58. SIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

1.59. SALARIO MÍNIMO MENSUAL GENERAL (SMGM)

Salario Mínimo General Mensual vigente en el Distrito Federal.

1.60. SUMA ASEGURADA

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

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

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

1.61. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Servicio que presta MetLife al Asegurado y a sus Asegurados dependientes para corroborar el diagnóstico inicial de cualquier enfermedad o accidente cubierto, por medio de Médicos especialistas que no participan de ninguna manera en la atención médica del Asegurado y que éste mismo designe libremente de entre los que forman la red de prestadores de servicios afiliados. El objetivo de la segunda opinión médica es no afectar la integridad física del Asegurado o la de sus Dependientes cuando se requiera de una cirugía programada, salvo que sea indispensable.

Esta Segunda Opinión Médica no implica limitante para que el Asegurado opte por intervenir quirúrgicamente con base en la opinión médica que le haya proporcionado su Médico tratante.

El costo de la segunda Opinión Médica queda a cargo de MetLife.

1.62. TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS

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

1.63. TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

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

1.64. TRATAMIENTO MÉDICO EXPERIMENTAL

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

1.65. TERRITORIALIDAD

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

En caso de contratar un plan Internacional o las siguientes coberturas adicionales: Emergencia en el Extranjero, Franja Fronteriza o Enfermedades Catastróficas en el Extranjero, los gastos médicos erogados fuera del territorio nacional podrán ser cubiertos de acuerdo a lo establecido en estas Condiciones Generales para dicho plan o coberturas adicionales.

1.66. VIGENCIA

Periodo de validez de la Póliza.

2. APARTADO DOS – OBJETO DEL SEGURO

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

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

3. APARTADO TRES – CONTRATO

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

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

4. APARTADO CUATRO – GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

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

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

En caso de contratación de un plan MédicaLife Internacional o con alguna de las siguientes coberturas adicionales: Emergencia en el Extranjero, Franja Fronteriza o Enfermedades Catastróficas en el Extranjero, los gastos médicos erogados fuera del territorio nacional podrán ser cubiertos de acuerdo a lo establecido en estas Condiciones Generales para dichas coberturas.

Los Gastos Médicos Cubiertos por la póliza son los siguientes:

4.1. GASTOS HOSPITALARIOS

- 4.1.1. El costo de un cuarto privado estándar, alimentos del paciente y paquete de admisión.
- 4.1.2. Sala de operaciones, de recuperación o de curaciones, así como unidad de terapia intensiva, intermedia o cuidados coronarios.
- 4.1.3. Insumos hospitalarios y auxiliares de diagnóstico así como tratamientos médicos indispensables para el manejo del padecimiento cubierto, siempre y cuando sean preescritos por el médico tratante.
- 4.1.4. Sueros y soluciones intravenosas prescritas por el médico tratante e indispensables para el tratamiento de un padecimiento cubierto. Se ampara el costo de los análisis y pruebas de compatibilidad de la sangre y/o sus derivados del donador de acuerdo al número de paquetes utilizados por el Asegurado.
- 4.1.5. Costo de la cama extra para el acompañante.

4.2. HONORARIOS MÉDICOS

- 4.2.1. Honorarios por consultas médicas y/o tratamientos médicos de acuerdo a lo siguiente:
 - 4.2.1.1. Los honorarios de los médicos que pertenezcan al Grupo Médico Asociado, serán cubiertos con base en los montos convenidos. En este caso el Asegurado no pagará diferencia alguna por este concepto. Esta es una Garantía MetLife.
 - 4.2.1.2. Los honorarios de los médicos que no pertenezcan al Grupo Médico Asociado, serán cubiertos con un máximo del monto establecido en el tabulador de honorarios médicos del plan contratado.

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

- 4.2.2.1. Los honorarios de los médicos que pertenezcan al Grupo Médico Asociado, serán cubiertos con base en los montos convenidos. En este caso el Asegurado no pagará diferencia alguna por este concepto. Esta es una Garantía MetLife.
- 4.2.2.2. Los honorarios de los médicos que no pertenezcan al Grupo Médico Asociado, serán cubiertos con un máximo del monto establecido en el tabulador de honorarios médicos del plan contratado.
- 4.2.2.3. En procedimientos quirúrgicos, el monto amparado para el anestesta se limitará hasta un 30% de lo estipulado para el cirujano principal.
- 4.2.2.4. En procedimientos quirúrgicos, el monto amparado para el primer ayudante se limitará hasta un 20% del monto total cubierto al cirujano principal.
- 4.2.2.5. En procedimientos quirúrgicos, el monto amparado para el primer ayudante se limitará hasta un 20% y para el segundo ayudante y/o instrumentista, se limitará hasta un 10% a cada uno del monto total cubierto al cirujano principal.

Los conceptos del segundo ayudante y/o instrumentista se cubrirían siempre y cuando el procedimiento que se practique lo justifique conforme al criterio de MetLife para dicho procedimiento y no vengan incluidos en la factura hospitalaria.
- 4.2.2.6. El costo de las consultas médicas post-operatorias en los siguientes 15 días naturales a la intervención, queda incluido dentro de los honorarios médicos por intervención quirúrgica.

4.3. MEDICAMENTOS

Medicamentos consumidos por el Asegurado en el hospital y los adquiridos fuera de él, siempre que tengan relación con el tratamiento del padecimiento cubierto, que estén registrados como medicamentos en la Secretaría de Salud y que sean preescritos por el o los médicos tratantes y se anexe la receta correspondiente y la factura que, cumpliendo con los requisitos fiscales, expida la farmacia.

4.4. AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

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

4.5. OTROS SERVICIOS MÉDICOS

4.5.1. Ambulancia

- 4.5.1.1. Terrestre. Siempre y cuando sea prescrita por el médico tratante derivado de una emergencia médica o que sea médicamente necesaria. Cuando MetLife lo considere conveniente, podrá solicitar una segunda opinión médica y pedirá al Asegurado se presente o reciba a un médico para su evaluación.
- 4.5.1.2. Aérea. Si a consecuencia de una emergencia médica el médico tratante prescribe que el Asegurado requiere de atención hospitalaria y en la localidad no se cuenta con los recursos médicos hospitalarios para su atención, MetLife cubrirá los gastos erogados por concepto de transportación aérea dentro de la República Mexicana.

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

- 4.5.1.3. En caso de que el requerimiento del servicio sea estando a 150 km del lugar de residencia y/o en el extranjero solicitar el servicio a través de la cobertura de Asistencia en Viajes indicado en el apartado 4.5.11

Cláusulas especiales para Ambulancia Aérea:

- 4.5.1.4. El pago de estos servicios correrá a cargo del Asegurado, quien someterá su solicitud de reembolso a MetLife proporcionando un informe médico sobre las condiciones del Asegurado. MetLife dictaminará la reclamación y en caso de procedencia reembolsará los gastos cubiertos.

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

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

- 4.5.1.6. Adicional a las Exclusiones Generales, descritas en el apartado 7, este beneficio no se brindará cuando:**

- 4.5.1.6.1. El paciente no esté autorizado por su Médico para el traslado hasta el destino elegido.
- 4.5.1.6.2. El paciente no tenga confirmada su reservación de hospital y de ambulancia terrestre en el lugar del destino.
- 4.5.1.6.3. Los horarios y/o condiciones meteorológicas no permitan la operación segura del aeropuerto.
- 4.5.1.6.4. No exista en la localidad terreno adecuado para aterrizar la aeronave en condiciones seguras.

Para el beneficio de ambulancia, ya sea terrestre o aérea, se aplicará un coaseguro del 20% del monto de los gastos erogados por los servicios derivados del mismo. En este caso, no aplicará la regla de tope de coaseguro mencionada en el apartado 6.3.5. De estas condiciones generales.

4.5.2. HONORARIOS DE ENFERMERÍA

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

4.5.3. HONORARIOS DE MÉDICOS HOMEÓPATAS O QUIROPRÁCTICOS

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

4.5.4. PRÓTESIS Y ENDOPRÓTESIS

Si se requieren a consecuencia de un padecimiento cubierto.

4.5.5. APARATOS ORTOPÉDICOS

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

4.5.6. RENTA DE EQUIPO DE HOSPITAL

La renta de equipo de hospital, suministros y atención especializada que sea necesario para el cuidado médico domiciliario, siempre y cuando sea prescrito por el Médico Tratante, estando sujeto al tabulador de MetLife.

4.5.7. TRATAMIENTOS DE INHALOTERAPIA, TERAPIA RADIOACTIVA O QUIMIOTERAPIA

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

4.5.8. REHABILITACIÓN FÍSICA

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

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

4.5.9. NEUROREHABILITACIÓN

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

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

4.5.10. MENOPAUSIA

Los tratamientos médicos a consecuencia de menopausia.

4.5.11. TRATAMIENTOS DENTALES BAJO METDENTAL

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

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

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

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

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

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

Los gastos especificados como Exclusiones en el folleto de los servicios prestados por la Compañía Articuladora de Servicios Dentales, que le servirá al Asegurado de guía para hacer uso de este beneficio.

4.5.12. ASISTENCIA EN VIAJES

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

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

4.5.12.1. BENEFICIARIO

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

4.5.12.2. RESIDENCIA PERMANENTE

Es el domicilio habitual en los Estados Unidos Mexicanos del Beneficiario tal como aparece en la carátula de la póliza.

4.5.12.3. VIAJE

Se considera que una persona se encuentra de viaje, cuando está a más de 150 kilómetros del centro de su población de Residencia Permanente, por un período máximo de 60 días consecutivos.

4.5.12.4. SERVICIOS DE ASISTENCIA

Son los servicios asistenciales que gestiona el proveedor en los términos de estas Condiciones Generales, para los casos de una Situación de Asistencia indicados a continuación:

- Consulta, evaluación y referencia médica cuando requiera cuidado directo o mientras sea necesario

- Traslado médico a un centro médico apropiado
- Repatriación médica para transportar al participante a su hogar o a un centro de rehabilitación
- Asistencia para transferir o reemplazar medicina recetada que haya sido perdida u olvidada
- Admisión hospitalaria garantizada para asegurarle que reciba el cuidado necesario en el momento que lo necesite (fuera de México o Estados Unidos)
- Monitoreo de atención crítica y cuidado del paciente
- Transmisión de mensajes de emergencia para comunicarle a sus familiares información necesaria
- Transporte para un familiar o amigo para reunirse con el paciente (participante Asegurado)
- Cuidado para niños menores por si quedan desatendidos en caso de una emergencia del participante Asegurado
- Referencia a intérpretes y consejeros legales para asistir cuando sea necesario

4.5.12.5. SITUACIÓN DE ASISTENCIA

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

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

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

4.6. EVENTOS SUJETOS A CONDICIONES ESPECÍFICAS

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

4.6.1. RECIÉN NACIDOS SANOS

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

4.6.2. PADECIMIENTOS CONGÉNITOS / GENÉTICOS

- 4.6.2.1. Los padecimientos congénitos y genéticos de los Asegurados nacidos durante la vigencia de la póliza, estarán cubiertos siempre y cuando el Asegurado titular tenga, al momento del parto o cesárea, por lo menos diez meses de cobertura continua en un plan de seguro de Gastos Médicos Mayores Individual en MetLife y lo notifique en un periodo de 30 días posteriores al nacimiento. Los gastos se cubrirán a partir del nacimiento del nuevo Asegurado y las condiciones de la reclamación se establecerán con base en la póliza vigente al momento del nacimiento, incluye reflujo del recién nacido.

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

- 4.6.2.2. Los padecimientos congénitos de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza y para los nacidos sin haber cumplido el periodo de espera especificado en el numeral 4.6.2.1. al momento del parto o cesárea, estarán cubiertos siempre y cuando cumplan con las siguientes características:
- 4.6.2.2.1. No se hayan presentado síntomas y/o signos, ni realizado diagnóstico médico a la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado en un plan de Gastos Médicos Mayores Individual en MetLife.
 - 4.6.2.2.2. No hayan erogado gastos por dichos padecimientos a la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado en un plan de Gastos Médicos Mayores Individual en MetLife.
 - 4.6.2.2.3. El padecimiento haya sido desapercibido por el Asegurado a la fecha de inicio de la cobertura del Asegurado en un plan de Gastos Médicos Mayores Individual en MetLife.
 - 4.6.2.2.4. No haya sido conocido por la evolución natural de la enfermedad.

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

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

4.6.3. RECIÉN NACIDOS PREMATUROS

Gastos por las alteraciones clínicas de los recién nacidos prematuros, y asegurados en la presente póliza, siempre y cuando el Asegurado titular tenga por lo menos diez meses de cobertura continua en un plan de Gastos Médicos Mayores Individual en MetLife.

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

4.6.4. MATERNIDAD: PARTO Y CESÁREA

Quedarán cubiertos los gastos médicos que erogue la Asegurada con motivo de la atención médica que reciba a consecuencia de parto normal o cesárea tanto en territorio nacional como en el extranjero, incluyendo óbito fetal, sin aplicar tabulador de honorarios quirúrgicos, ni deducible, ni coaseguro, siempre y cuando la madre asegurada tenga por lo menos diez meses de cobertura continua en un plan de Gastos Médicos Mayores Individual en MetLife y el deducible contratado en la póliza sea igual o menor a \$50,000 (cincuenta mil pesos). La Suma Asegurada será la siguiente de acuerdo al plan contratado e indicado en la carátula de la póliza:

Plan contratado	Suma Asegurada Máxima
Internacional en territorio extranjero	30 SMGM
Internacional en territorio nacional	20 SMGM
Ejecutivo	20 SMGM
Más	15 SMGM
Básico	10 SMGM
Práctico	10 SMGM

4.6.5. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Quedarán cubiertos únicamente los siguientes gastos:

- 4.6.5.1. La intervención quirúrgica o tratamiento médico realizado con motivo de embarazo extrauterino. Para ser procedente debe presentarse ultrasonografía y/o estudio histopatológico;
- 4.6.5.2. La toxicosis gravídica (preeclampsia y eclampsia, enfermedades hipertensivas). Para ser procedente debe presentarse ultrasonografía y/o estudio histopatológico y/o estudios de laboratorio;
- 4.6.5.3. La mola hidatiforme (embarazo molar), será procedente sólo si se presenta estudio histopatológico y ultrasonografía;
- 4.6.5.4. El puerperio patológico, fiebre puerperal, sepsis puerperal, infecciones;
- 4.6.5.5. Placenta previa (indispensable presentar ultrasonografía);
- 4.6.5.6. Placenta acreta;
- 4.6.5.7. Diabetes gestacional;

4.6.5.8. Purpura trombocitopénica;

4.6.5.9. Huevo muerto retenido;

4.6.5.10. Cerclaje

Este beneficio aplicará siempre y cuando la Asegurada cumpla con al menos diez meses de cobertura continua en un plan de Gastos Médicos Mayores Individual en MetLife.

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

4.6.6. DEPORTES PELIGROSOS

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

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

4.6.7. TRATAMIENTOS DENTALES

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

Esta cobertura tiene un período máximo de beneficio de 1 año a partir de la fecha de primer gasto.

4.6.8. SÍNDROME DE PRADER-WILLI

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

4.6.9. CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA

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

4.6.10. TRASPLANTES

En cirugía de trasplantes, los gastos amparados del donante final serán exclusivamente los relacionados con las pruebas de compatibilidad, los inherentes al acto quirúrgico para la extracción del órgano y los gastos de recuperación intrahospitalaria inmediatos a dicho acto quirúrgico, en caso de que dicha recuperación sea necesaria para el donante.

4.6.11. ADHERENCIAS PÉLVICAS Y ENDOMETRIOSIS

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

4.6.12. SIDA

Los tratamientos que requiera el Asegurado afectado por el SIDA o seropositivo, se cubrirán una vez transcurridos cuatro años de estar Asegurado en forma continua e ininterrumpida en un plan de Gastos Médicos Mayores Individual en MetLife, **adicional a las Exclusiones Generales, descritas en el apartado 7, queda excluido todo tipo de gasto cuando el diagnóstico de SIDA se hace dentro de este período de cuatro años o con anterioridad a él.**

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

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

4.6.13. DAÑO PSIQUIÁTRICO Y PSICOLÓGICO

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

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

- 4.6.13.1. Haber sufrido algún accidente cubierto por las condiciones de la póliza.
- 4.6.13.2. Habérsele diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades terminales, siempre y cuando haya sido amparado por la póliza:
 - 4.6.13.2.1. Cáncer
 - 4.6.13.2.2. Accidente vascular cerebral
 - 4.6.13.2.3. Infarto del miocardio
 - 4.6.13.2.4. Insuficiencia renal
 - 4.6.13.2.5. Intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias
 - 4.6.13.2.6. SIDA
- 4.6.13.3. Mediante la comprobación que se haya sufrido cualquiera de los siguientes eventos:
 - 4.6.13.3.1. Robo con violencia,
 - 4.6.13.3.2. Secuestro, o
 - 4.6.13.3.3. Violación

El punto 4.6.13.3. procederá siempre y cuando se presente copia certificada del acta levantada ante el ministerio público y el diagnóstico del médico tratante comprobando que sufrió alguno de los eventos antes mencionados.

4.6.13.4. Los gastos amparados por este beneficio son:

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

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

Este beneficio sólo se brindará en la República Mexicana.

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

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

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

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

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

4.6.14. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

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

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

Una vez transcurrido el periodo de espera de dos años ininterrumpidos de cobertura en Metlife, el asegurado podrá solicitar la cobertura de los padecimientos preexistentes declarados, y en su caso se eliminará el endoso de exclusión correspondiente, adjuntando a su solicitud, un dictamen médico de estado de salud, respecto del padecimiento o enfermedad excluida, emitido por un médico especialista en el padecimiento declarado.

Condiciones Generales

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

Nota: la solicitud de eliminación del endoso de exclusión no garantiza que el padecimiento sea procedente de eliminación, por lo que deberá cumplir con todas las condiciones de la póliza, incluyendo las características de la definición de padecimientos preexistentes de no presentar signos, síntomas o gasto alguno durante los 2 primeros años del periodo de espera.

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

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

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

Antigüedad	Suma Asegurada
5-9 años	\$ 275,000 M.N.
10 años en adelante	\$ 550,000 M.N.

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

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

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

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

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

4.6.15 EMERGENCIAS DE GASTOS MÉDICOS NO CUBIERTOS

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

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

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

4.6.15.3. Tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir el acné.

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

4.6.15.5. Tratamientos con fines preventivos.

4.6.15.6. Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.

4.6.15.7. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales.

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

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

La Suma Asegurada para este beneficio será de \$550,000 M.N.

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

5. APARTADO CINCO - GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS CON PERIODOS DE ESPERA

En los siguientes padecimientos, el asegurado deberá cumplir el periodo de cobertura continua en la póliza, con excepción de los ocasionados a consecuencia de un accidente. Una vez transcurrido el periodo de espera la suma asegurada que aplique al padecimiento será la indicada en la póliza en vigor en ese momento.

5.1. CON SESENTA MESES DE PERIODO DE ESPERA

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

5.2. CON CUARENTA Y OCHO MESES DE PERIODO DE ESPERA

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

5.3. CON VEINTICUATRO MESES DE PERIODO DE ESPERA

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

- 5.3.1. Los tratamientos de hernias, eventraciones y diástasis; serán sometidos a dictamen médico para validar su procedencia.
- 5.3.2. Los padecimientos de las glándulas mamarias, de útero y ovarios, en este caso, será necesario presentar ultrasonido, mastografía (en su caso) y cualquier otro estudio que MetLife requiera para su valoración.

Para padecimientos de cáncer in situ y metástasis, no se deberá cubrir con el periodo de espera.

Los procedimientos quirúrgicos de las glándulas mamarias sólo se cubrirán previa valoración al acto quirúrgico por parte del médico designado por MetLife.
- 5.3.3. Padecimientos relacionados con amígdalas, adenoides, padecimientos anorrectales, prostáticos, ginecológicos, várices, insuficiencia del piso perineal, padecimientos de la vesícula y vías biliares, cataratas, litiasis renal y en vías urinarias.
- 5.3.4. Las operaciones y/o tratamientos de nariz y/o senos paranasales estarán cubiertas siempre y cuando no se trate de cirugía estética. La reclamación será procedente sólo si se presenta la tomografía y/o radiografía(s) realizada(s), con anterioridad a la intervención quirúrgica, así como fotografías anteriores y posteriores al procedimiento.
- 5.3.5. Las circuncisiones, siempre y cuando no sean de carácter profiláctico.
- 5.3.6. Los padecimientos de columna vertebral, protrusión discal y hernia discal por enfermedad.

5.4. CON DOCE MESES DE PERIODO DE ESPERA

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

- 5.4.1. Para tratamiento médico o quirúrgico de cualquier estructura anatómica de la rodilla.
- 5.4.2. Enfermedades ácido-pépticas incluida enfermedad por reflujo gastroesofágico, excepto recién nacido.
- 5.4.3. Los padecimientos de columna vertebral, protrusión discal y hernia discal por accidente.

5.5. CON DIEZ MESES DE PERIODO DE ESPERA

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

- 5.5.1. Gastos médicos mayores cubiertos erogados por padecimientos congénitos, prematuridad y complicaciones que se presenten a partir de la fecha de nacimiento de los hijos de la asegurada, siempre y cuando el asegurado titular cumpla con al menos diez meses de cobertura continua e ininterrumpida en un plan de gastos médicos mayores individual en MetLife y sus hijos hayan nacido durante la vigencia de la póliza y sean incluidos en la misma dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha del nacimiento.
- 5.5.2. Gastos cubiertos por maternidad (parto o cesárea) de la asegurada.
- 5.5.3. Gastos cubiertos por complicaciones del embarazo, parto y puerperio de la asegurada, siempre y cuando la complicación se encuentre listada en el punto 4.6.5. De estas condiciones generales.

6. APARTADO SEIS – LÍMITES DE LA COBERTURA

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

6.1. SUMA ASEGURADA

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

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

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

6.2. DEDUCIBLE

El deducible aplicará en todos los casos por cada enfermedad o accidente cubierto por las condiciones vigentes en la póliza, al momento de realizarse el primer gasto y por una sola ocasión cuando se trate de la misma enfermedad o accidente. Una vez rebasada esta cantidad, comienza la obligación de MetLife.

6.2.1. DEDUCIBLE POR ENFERMEDAD

En toda reclamación por enfermedad será necesario que el total de los gastos procedentes sea superior al deducible contratado, exceptuando los complementos de padecimientos ya reclamados.

6.2.2. DEDUCIBLE POR ACCIDENTE

En toda reclamación por accidente se podrá eliminar el deducible contratado cubriéndose desde el primer gasto erogado procedente, siempre y cuando el monto total de la reclamación sobrepase la cantidad que, bajo el concepto de deducible se encuentre impreso en la carátula de la póliza, y el primer tratamiento o servicio sea recibido por el Asegurado dentro de los primeros 30 días naturales siguientes a la fecha de ocurrido, siendo el deducible contratado como máximo \$50,000 en Planes Nacionales y hasta US \$10,000 en Planes Internacionales y la atención se realice en un hospital del plan contratado o inferior.

En caso de que el Asegurado haya contratado la cobertura Reducción de deducible por accidente, MetLife responderá por los gastos procedentes en exceso de \$500.00 y hasta \$15,000 si el primer tratamiento médico o quirúrgico es recibido dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de la ocurrencia del siniestro. En caso de que el deducible contratado y establecido en la carátula de la póliza sea menor a \$15,000, se eliminará el deducible.

6.2.3. DEDUCIBLE PARA LAS PÓLIZAS DEL PLAN PRÁCTICO

El deducible a aplicar en las pólizas pertenecientes al plan práctico podrá reducirse en un 50% si la atención médica se realiza en los hospitales clasificados dentro del mismo plan y se utilicen los servicios de pago directo o cirugía programada. En caso contrario, aplicará el deducible contratado y establecido en la carátula de la póliza.

6.3. COASEGURO

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

6.3.1. ACCIDENTE

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

6.3.2. HONORARIOS MÉDICOS

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

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

6.3.3. HOSPITAL

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

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

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

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

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

6.3.4. LUGAR DE LA ATENCIÓN MÉDICA (MIGRACIÓN)

Si el Asegurado recibe la atención médica en una región de tarifa mayor a la ciudad o estado donde pertenece la póliza se aplicará un coaseguro adicional al contratado de 10% sobre los gastos erogados, con excepción de los ocasionados a consecuencia de una Emergencia Médica. Ver ANEXO 2 REGIONES DE TARIFA.

6.3.5. OTROS GASTOS

Aplicará el coaseguro estipulado en la carátula de la póliza y/o el resultante a los gastos erogados mencionados en el apartado 6.3.3 de Gastos Cubiertos correspondientes a Medicamentos, Auxiliares de Diagnóstico y Otros Servicios Médicos.

6.3.6. TOPE DE COASEGURO

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

Coaseguro Contratado	Tope de Coaseguro de acuerdo a nivel hospitalario región de atención				
	Nivel Hospitalario y Región c contratados	Nivel Hospitalario o Región Superior a la ontratada	Nivel Hospitalario y Región Superior a la ontratada	Dos Niveles Hospitalario y Región Superior a la ontratada	Plan Internacional
0%	NA*	\$23,000	\$46,000	\$69,000	NA*
5%	\$11,500	\$34,500	\$57,500	\$80,500	NA*
10%	\$23,000	\$46,000	\$69,000	\$92,000	\$92,000
15%	\$34,500	\$57,500	\$80,500	\$103,500	\$138,000
20%	\$46,000	\$69,000	\$92,000	\$115,000	\$184,000
25%	\$57,500	\$80,500	\$103,500	\$126,500	\$230,000
30%	\$69,000	\$92,000	\$115,000	\$138,000	\$276,000

*No aplica

Nota: El tope de coaseguro para el plan Internacional solo aplica en caso de atención en el extranjero, de no ser así aplica el tope de coaseguro del Plan Contratado.

6.4. PAGO DE HONORARIOS MÉDICOS EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

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

6.4.1. OPERACIONES EN UNA MISMA REGIÓN DEL CUERPO

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

6.4.2. OPERACIONES EN DISTINTAS REGIONES DEL CUERPO

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

6.4.3. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE DISTINTA ESPECIALIDAD

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

Si un cirujano de diferente especialidad realiza otra intervención quirúrgica diferente a la principal en una región anatómica distinta, los honorarios del segundo cirujano se cubrirán al 100% de lo estipulado en la Tabla de Honorarios Médicos. Cualquier otra intervención no quedará cubierta.

6.4.4. RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA

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

6.4.5. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE PADECIMIENTOS CUBIERTOS Y NO CUBIERTOS

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

6.4.5.1. HONORARIOS MÉDICOS

De acuerdo a lo estipulado en la Tabla de Honorarios Médicos para el padecimiento cubierto.

6.4.5.2. ANESTESIÓLOGO Y AYUDANTE

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

6.4.5.3. HOSPITAL

Se pagará el 50% de la factura total.

6.4.6. CIRUGÍA EN AMBOS LADOS DEL CUERPO

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

6.5. TABLA DE HONORARIOS MÉDICOS

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

En caso de que el Médico Tratante pertenezca a la red médica, el Asegurado no deberá hacer ningún desembolso extra por concepto de diferencia contra la tabla de honorarios médicos para los gastos y padecimientos cubiertos de acuerdo a estas Condiciones Generales

7. APARTADO SIETE – EXCLUSIONES

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

7.1. PADECIMIENTOS O TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS

- 7.1.1. Padecimientos preexistentes, salvo: Lo estipulado en el apartado 4.6.14. del apartado 4 – Gastos Médicos Cubiertos; o que se haya cumplido con lo especificado en el apartado 8.2.1. en lo conducente al “Examen médico de preexistencias”.
- 7.1.2. Complicaciones derivadas de padecimientos, tratamientos o intervenciones quirúrgicas no cubiertos por esta póliza, salvo lo estipulado en el apartado 4.6.15.
- 7.1.3. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales, salvo lo estipulado en los apartados 4.6.7., 4.5.10. y 4.6.15.
- 7.1.4. Afecciones propias del embarazo y del parto, abortos y toda complicación del embarazo o del parto que no se encuentren específicamente cubiertas por esta póliza, así como complicaciones del embarazo cuando sea a consecuencia de un tratamiento de infertilidad y/o esterilidad. En estos casos no se pagará ningún gasto relacionado al recién nacido concebido ni tampoco a los que presente la madre. Adicionalmente no se cubre la maternidad asistida en caso de que la madre no se encuentre nada de alta en la presente póliza.
- 7.1.5. Tratamientos médicos o quirúrgicos por esterilidad, infertilidad, control de la natalidad, impotencia sexual y sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes, salvo lo estipulado en el apartado 4.6.15.
- 7.1.6. La enfermedad mental o trastorno mental, así como los tratamientos psiquiátricos, psicológicos o psíquicos, trastornos de enajenación mental, demencia, alzheimer, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria nerviosa, así como sus complicaciones, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas así como los tratamientos para corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje o alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías, aun las que resulten de enfermedades o accidentes cubiertos, salvo lo estipulado en el apartado 4.6.13.
- 7.1.7. Todo tipo de padecimientos, intervenciones, complicaciones o tratamientos, incluyendo los tratamientos de rehabilitación, que resulten a consecuencia de alcoholismo, drogadicción o cualquier tipo de toxicomanías o fármaco-dependencias.

- 7.1.8. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, así como tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir la calvicie, anorexia y bulimia, aumento de peso, y el acné, salvo lo estipulado en el apartado 4.6.15.
- 7.1.9. Tratamientos dietéticos o quirúrgicos, para reducción de peso o para obesidad, a excepción de los necesarios para el tratamiento del Síndrome de Prader-Willi.
- 7.1.10. Tratamiento médico o quirúrgico por prematurez, malformaciones y padecimientos congénitos, de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza o no reportados durante los 30 días naturales posteriores a su nacimiento, o cuya madre asegurada cuente con menos de diez meses de cobertura continua en un plan de seguro de Gastos Médicos Mayores Individual en MetLife al momento del nacimiento, excepto lo específicamente mencionado en la cobertura de padecimientos congénitos para nacidos fuera de la vigencia de la póliza. Ni los derivados de alcoholismo, drogadicción y tratamientos de infertilidad y/o esterilidad.
- 7.1.11. Tratamientos que requiera el Asegurado afectado por el SIDA, antes de cumplir cuatro años de estar cubierto en forma continua e ininterrumpida en un plan de seguro de Gastos Médicos Mayores Individual en MetLife, así como los gastos requeridos para su detección.
Además de lo mencionado en el párrafo anterior, una vez transcurridos los cuatro años del período de espera, no se cubrirá a cualquier cirugía, tratamiento o examen no reconocido por la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH publicado por la Secretaría de Salud.
- 7.1.12. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos de naturaleza experimental y/o de investigación
- 7.1.13. Tratamientos con fines preventivos, salvo lo estipulado en el apartado 4.6.15.
- 7.1.14. Tratamientos médicos o quirúrgicos basados o relacionados con el uso de las conocidas Células Madre.

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

- Leucemias agudas mieloides y linfoides
- Leucemias crónicas mieloides

- Mielodisplasias
- Linfomas
- Tumores sólidos de riñón, mama, ovario y neuroblastoma

7.2. LESIONES NO CUBIERTAS

- 7.2.1. Lesiones originadas por participar en actividades militares, o en actos de guerra, rebelión o insurrección; o de manera voluntaria en alborotos populares considerándose dentro de estos últimos las marchas, mítines, manifestaciones y procedimientos de huelgas o paro en solidaridad.
- 7.2.2. Lesiones originadas por actos delictivos en los que el Asegurado actúe como sujeto activo del delito, o lesiones derivadas de riña en las que el Asegurado actúe como provocador de acuerdo a lo estipulado en las conclusiones del acta del Ministerio Público.
- 7.2.3. Lesiones originadas por cualquier intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- 7.2.4. Lesiones que el Asegurado sufra cuando participe como tripulante o pasajero en cualquier vehículo en competencias, carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad tales como automovilismo, motociclismo, motonáutica, vuelo sin motor y similares.
- 7.2.5. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte y en forma adicional por la práctica amateur u ocasional de box, lucha libre o artes marciales.
- 7.2.6. Lesiones a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar en el caso de que sean resultado de una catástrofe que afecte a una comunidad.
- 7.2.7. Lesiones por accidentes que sufra el Asegurado ocasionados por culpa grave del mismo a consecuencia de la ingesta o bajo los influjos de drogas, narcóticos o alucinógenos y/o bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización del accidente; salvo aquellas donde al hacer la prueba de alcohol expirado, tenga una cantidad menor 40 ml/lt.
- 7.2.8. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de encontrarse bajo los efectos de estimulantes, medicamentos o drogas no prescritas médicamente.

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

7.3. HONORARIOS MÉDICOS NO CUBIERTOS

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

7.4. GASTOS HOSPITALARIOS NO CUBIERTOS

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

7.5. OTROS SERVICIOS MÉDICOS NO CUBIERTOS

- 7.5.1. Aparatos y prótesis auditivas, implantes cocleares.
- 7.5.2. Anteojos y lentes de contacto, salvo que se contrate la cobertura de visión.
- 7.5.3. Reposición de aparatos ortopédicos o prótesis existentes a la fecha de la contratación de la póliza.

7.6. OTRAS EXCLUSIONES

- 7.6.1. Curas de reposo.
- 7.6.2. Exámenes médicos generales para la comprobación o revisión periódica del estado de salud conocidos comúnmente con el nombre de check-up.
- 7.6.3. Gastos efectuados fuera de la República Mexicana, salvo los erogados bajo las coberturas que otorgan protección en el extranjero del apartado 9. Coberturas Adicionales Opcionales con Costo de estas Condiciones Generales.

- 7.6.4. Gastos de donantes para el transplante de órganos, salvo lo estipulado en el punto 4.6.10.
- 7.6.5. Las adherencias pélvicas y endometriosis, salvo lo estipulado en el apartado 4.6.11.
- 7.6.6. No se cubre la responsabilidad civil, penal o de cualquier otro carácter jurídico que pudiera reclamarse derivada del servicio recibido y proporcionado por los prestadores de servicio, toda vez que estos serán responsables directos de la atención de acuerdo a las disposiciones legales aplicables.
- 7.6.7. Cualquier padecimiento cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado y/o iniciado en cualquier periodo al descubierto, así como cualquier gasto que se haya erogado en dicho periodo.
- 7.6.8. Complementos vitamínicos, independientemente del padecimiento que se trate.
- 7.6.9. Zapatos ortopédicos y plantillas aunque sean médicamente necesarios.
- 7.6.10. Gastos derivados por tratamientos de miopía, presbicia, hipermetropía y astigmatismo.
- 7.6.11. Honorarios médicos cuando el médico sea el Asegurado o tenga con el mismo parentesco en línea directa o colateral o por afinidad.
- 7.6.12. Cirugía para el cambio de sexo y sus complicaciones.
- 7.6.13. Cirugías asistidas por Robot a excepción de las cirugías cerebrales.

8. APARTADO OCHO – PAGO DE SINIESTROS E INDEMNIZACIONES

8.1. INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA EL ASEGURADO

8.1.1. TARJETA DE IDENTIFICACIÓN METLIFE

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

8.1.2. PAGO DE PRIMA

Para que las reclamaciones procedentes presentadas por el Asegurado sean cubiertas, es necesario que la prima correspondiente al seguro haya sido pagada. De lo contrario, la reclamación no será cubierta; si la póliza se encuentra dentro del periodo de gracia y la prima no se ha pagado, la reclamación tendrá que ser tramitada vía reembolso.

8.1.3. ORIENTACIÓN Y ASISTENCIA MÉDICA MÉDICALIFE

Centro de Atención Telefónica, las 24 horas del día los 365 días del año.

Distrito Federal y Área Metropolitana: 5328-7222

Interior de la República: 01800-019-3300

En este Centro de Atención Telefónica, el Asegurado recibirá la siguiente información:

- 8.1.3.1. Primeros auxilios
- 8.1.3.2. Algunas enfermedades, signos y síntomas
- 8.1.3.3. Uso de medicamentos
- 8.1.3.4. Planificación familiar y educación sexual
- 8.1.3.5. Vacunación
- 8.1.3.6. Síndrome menstrual y embarazo
- 8.1.3.7. Prevención de auto medicamentos
- 8.1.3.8. Tabaquismo, alcoholismo y fármaco dependencia
- 8.1.3.9. Referencia de Médicos de diferentes especialidades
- 8.1.3.10. Referencia de Hospitales, Laboratorios, Gabinetes y Farmacias
- 8.1.3.11. Solicitar el servicio de ambulancia terrestre, en el lugar y momento de una emergencia con un costo que el Asegurado pagará al recibir el servicio
- 8.1.3.12. En caso de así solicitarlo, el Asegurado podrá obtener consulta médica en su domicilio con un costo preferencial, el cual deberá cubrir al momento de recibir la atención.

8.2. PAGO DE RECLAMACIONES

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

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

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

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

MetLife sólo pagará los honorarios de médicos y enfermeras titulados y legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión siempre y cuando hayan participado activa y directamente en la curación o recuperación del Asegurado y se pueda corroborar en el expediente clínico con la nota y firma respectiva, y que no sean familiares directos del Asegurado (tales como padres, hijos, cónyuge, hermanos, suegros, abuelos, cuñados o primos en primer grado), y cuando los gastos de internación sean efectuados en hospitales, clínicas o sanatorios legalmente autorizados. No se hará por parte de MetLife ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencias, asistencia social o cualquier otro semejante en donde no se exija remuneración, ni a establecimientos que no expidan recibos con todos los requisitos fiscales.

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

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

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

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

Se hace del conocimiento del Asegurado:

8.2.1. EXAMEN MÉDICO DE PREEXISTENCIAS

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

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

8.2.2. ARBITRAJE MÉDICO

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

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

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

8.3. OPCIONES DE ATENCIÓN DE SINIESTROS Y/O TRÁMITES DE RECLAMACIÓN

8.3.1. CIRUGÍA PROGRAMADA

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

8.3.1.1. PROCEDIMIENTO

- 8.3.1.1.1. Solicitar al Médico tratante que llene y firme completamente el Informe Médico con diagnóstico definitivo.
- 8.3.1.1.2. Solicitar al Médico tratante el presupuesto de sus honorarios, en caso de que el Médico no pertenezca a la red médica.
- 8.3.1.1.3. Llenar y firmar el "Aviso de Accidente o Enfermedad".

Los formatos se encuentran a disposición del Asegurado en los Centros de Servicio de MetLife, Oficinas del interior de la República, en la página de Internet www.metlife.com.mx y anexas a estas Condiciones Generales.

- 8.3.1.1.4. El Asegurado deberá elegir junto con el Médico, el hospital del convenio en que será atendido.
- 8.3.1.1.5. Presentar directamente en cualquiera de los Centros de Atención de MetLife, con un mínimo de cinco días hábiles de anticipación al evento quirúrgico, la documentación mencionada anexando los estudios de laboratorio o gabinete realizados correspondientes al diagnóstico, así como la interpretación de los mismos.

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

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

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

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

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

[cirugiaprogramada@metlife.com.mx](mailto:cirurgiaprogramada@metlife.com.mx)

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

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

8.3.2. PAGO DIRECTO

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

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

8.3.3. PAGO DIRECTO NO PROGRAMADO POR EMERGENCIA Y/O ACCIDENTE

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

8.3.3.1. Procedimiento

- 8.3.3.1.1. En cuanto el Asegurado llegue al hospital deberá acudir al Departamento de Admisión e identificarse como Asegurado de MetLife.
- 8.3.3.1.2. Si por política de la institución hospitalaria es necesario cubrir un importe por concepto de depósito, éste deberá ser cubierto por el Asegurado. En caso de que el siniestro sea procedente, el depósito será devuelto al Asegurado al momento en que sea dado de alta por el hospital.
- 8.3.3.1.3. Es necesario que el Asegurado tenga disponible en su habitación, además de la tarjeta de identificación de MetLife, una identificación oficial vigente con fotografía.

8.3.3.1.4. Verificar en el Departamento de Admisión del hospital, que el ingreso del Asegurado haya sido reportado a MetLife. Es posible ratificar el reporte a través de una llamada al Centro de Atención Telefónica de MetLife para dar aviso inmediato del ingreso al hospital.

Distrito Federal y Área Metropolitana: 5328-7222

Interior de la República: 01800-019-3300

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

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

8.3.3.1.7. El Médico dejará una copia de la autorización de Pago Directo en el Departamento de Admisión y, en el caso de Médicos pertenecientes a la red médica o si el Médico Tratante ajustó sus honorarios a los aranceles de MetLife, se entregará una copia de la autorización de Pago Directo también en la caja médica del hospital.

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

8.4. CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA

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

8.4.1. EMERGENCIAS

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

8.5. TRÁMITES POR REEMBOLSO

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

Para esto, es necesario que el Asegurado presente la siguiente documentación ya sea en los Centros de Atención, Sucursales y/o con los Médicos coordinadores cuya referencia puede obtener en el Centro de Atención Telefónica.

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

8.5.1. DOCUMENTACIÓN NECESARIA

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

8.5.1.1. Formato de "Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos Mayores".

8.5.1.2. Formato de "Aviso de Accidente o Enfermedad".

8.5.1.3. Formato de "Informe Médico".

Los formatos se encuentran a disposición del Asegurado en los Centros de Servicio de MetLife, Oficinas del interior de la República, en la página de Internet www.metlife.com.mx y anexas a estas Condiciones Generales.

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

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

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

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

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

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

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

Todas las facturas y comprobantes de los proveedores de servicios médicos (Hospitales, Médicos, Farmacias, Laboratorios, Gabinetes, etc.) deberán contener todos los requisitos fiscales vigentes y estar a nombre del Asegurado Titular.

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

En el caso del Distrito Federal y el Área Metropolitana, el Asegurado recibirá respuesta por escrito en el Centro de Atención a Clientes del área de Reclamaciones de Gastos Médicos Mayores en MetLife después de cinco días hábiles a partir de la fecha de entrega de la documentación completa. En el resto de la República, la respuesta se dará por escrito en la oficina de la Red Médica correspondiente.

8.6. PAGO DIRECTO EN EL EXTRANJERO (La contratación de coberturas que cubran gastos en el extranjero debe especificarse en la carátula de la póliza)

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

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

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

Desde E.U.A. y Canadá: 1.800 250.32.71

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

8.6.1. PAGO DIRECTO NO PROGRAMADO EN EL EXTRANJERO

8.6.1.1. PROCEDIMIENTO

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

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

8.6.1.2. En caso de procedencia del siniestro

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

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

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

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

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

8.6.2. PAGO DIRECTO PROGRAMADO EN EL EXTRANJERO

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

8.6.2.1. DOCUMENTACIÓN NECESARIA

- 8.6.2.1.1. Informe Médico llenado en su totalidad y firmado por el Médico Tratante, incluyendo teléfono de contacto, localidad donde se llevará a cabo la intervención, nombre del hospital y el nombre del médico tratante en el extranjero.
- 8.6.2.1.2. Aviso de accidente y/o enfermedad llenado en su totalidad y firmado por el Asegurado.
- 8.6.2.1.3. Historia Clínica amplia y detallada por parte del médico tratante.
- 8.6.2.1.4. Estudios y resultados de los mismos que avalen el diagnóstico.
- 8.6.2.1.5. Nombre del hospital o clínica en donde se llevará a cabo la cirugía.
- 8.6.2.1.6. Formato de confidencialidad que permita a MetLife, a través de la administradora, el acceso al historial clínico del Asegurado en el extranjero.

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

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

8.6.2.2. EN CASO DE PROCEDENCIA DEL SINIESTRO

- 8.6.2.2.1. MetLife dará aviso al Asegurado de la procedencia de la solicitud y especificará la Suma Asegurada y gastos a cubrir por parte de esta última, así como los gastos que el Asegurado deberá cubrir: deducible, coaseguro y gastos personales.
- 8.6.2.2.2. MetLife avisará a la administradora del internamiento del Asegurado.
- 8.6.2.2.3. La administradora se pondrá en contacto con el hospital y Médico para la programación y manejo del convenio.
- 8.6.2.2.4. Durante la hospitalización, la administradora, se pondrá en contacto con los proveedores internacionales para dar el seguimiento correspondiente.
- 8.6.2.2.5. El Asegurado, al momento del alta, cubrirá los cargos por deducible y coaseguro, así como cargos no amparados por la póliza.
- 8.6.2.2.6. MetLife, a través de la administradora, se encargará de cubrir los montos de hospitalización y honorarios médicos procedentes.

9. APARTADO NUEVE – COBERTURAS ADICIONALES OPCIONALES CON COSTO

9.1. COBERTURA DE EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO

(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

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

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

Para efectos de esta cobertura, se entiende por emergencia médica aquel tratamiento médico o quirúrgico al que se deba someter el Asegurado por sufrir en forma súbita y aguda una alteración órgano-funcional que ponga en peligro su vida, su integridad personal, una función o la viabilidad de alguno de los órganos, como resultado de algún accidente o enfermedad. Esto, de acuerdo al apartado 1.17. Emergencia Médica de estas mismas Condiciones Generales.

Suma Asegurada: El equivalente en moneda nacional a US \$100,000.00

Deducible: El equivalente en moneda nacional a US \$100.00

Coaseguro: No aplica

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

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

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

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de la presente póliza, serán reembolsados con base a lo estipulado en el punto 10.3.6. Moneda, del Apartado Cláusulas Contractuales.

9.1.1. EXCLUSIONES

Además de las señaladas en la cobertura básica, esta cobertura no aplicará en caso de:

9.1.1.1. Parto o Cesárea, cualquiera que sea su causa.

9.1.1.2. Servicios de enfermería fuera del hospital.

9.1.1.3. Tratamientos de rehabilitación.

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

9.2. COBERTURA DE ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS EN EL EXTRANJERO

(Su contratación debe especificarse en la carátula de la Póliza)

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

Condiciones Generales

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

9.2.1. Cáncer (excluido el de piel)

9.2.2. Enfermedades neurológicas y cerebro vasculares

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

Quedan excluidos los procedimientos quirúrgicos como angioplastia con colocación de stent y sus complicaciones como la trombosis.

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

No se cubren padecimientos preexistentes, salvo lo estipulado en el apartado 4.6.14.; o que se haya cumplido con lo especificado en el apartado 8.2.1. en lo conducente al "Examen médico de preexistencias".

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

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

Suma Asegurada: La contratada en la cobertura básica

Deducible: Contratado para la cobertura básica

Coaseguro: 10% si el contratado en la Cobertura Básica es menor o igual al 10%

El contratado en la Cobertura Básica, siempre y cuando sea mayor a 10%.

Opera el Tope de Coaseguro estipulado en el Apartado Límites de la Cobertura.

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de esta póliza, serán reembolsados con base a lo estipulado en el apartado 10.3.6. Moneda.

9.3. COBERTURA EN EL EXTRANJERO (Válida únicamente para el Plan Internacional)

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

Suma Asegurada: La contratada en la cobertura básica.

Deducible: Contratado para la Cobertura en el Extranjero estipulado en la carátula de la póliza.

Coaseguro: 10% si el contratado en la Cobertura Básica es menor o igual al 10%.

El contratado en la Cobertura Básica, siempre y cuando sea mayor a 10%

Para esta cláusula el monto máximo por concepto de coaseguro será el especificado en el apartado 6.3.6. Tope de Coaseguro.

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

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

La Suma Asegurada será única independientemente de donde se reciba la atención médica.

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

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

La Suma Asegurada para el beneficio de maternidad será la indicada en la carátula de la póliza, sin aplicar deducible, ni coaseguro, siempre y cuando el Asegurado titular tenga por lo menos diez meses de cobertura continua en un plan de seguro de Gastos Médicos Mayores Individual en MetLife.

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

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de la presente póliza, serán reembolsados con base a lo estipulado en el apartado 10.3.6. Moneda, de estas Condiciones Generales.

9.4. COBERTURA DE ÚLTIMOS GASTOS

(Su contratación debe especificarse en la carátula de la Póliza)

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

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

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

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

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

9.5. COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL

(Su contratación debe especificarse en la carátula de la Póliza)

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

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

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

9.5.1. DEFINICIÓN

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

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

9.5.2. EXCLUSIONES:

Esta cobertura por accidente no cubre:

9.5.2.1. La Muerte Accidental originada por participar en:

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

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

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

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

9.5.2.2. Los siguientes eventos:

- 9.5.2.2.1. La muerte del Asegurado debida a enfermedades de cualquier naturaleza.
- 9.5.2.2.2. Suicidio o cualquier intento del mismo, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.
- 9.5.2.2.3. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.
- 9.5.2.2.4. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
- 9.5.2.2.5. Accidentes que se originen por culpa grave del Asegurado, debido a que estaba bajo la influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico.
- 9.5.2.2.6. Accidentes que se originen por culpa grave del Asegurado, si de la documentación presentada se desprende que ocurrieron a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol, salvo aquellas donde al hacer la prueba de alcohol expirado, tenga una cantidad menor a 40 ml/lt.

9.5.3. TERMINACIÓN

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

- 9.5.3.1. Concluir la vigencia de la póliza de la cual esta cobertura forma parte.
- 9.5.3.2. Cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado.
- 9.5.3.3. Al efectuar MetLife el pago de la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura.

9.6. COBERTURA DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

(Su contratación debe especificarse en la carátula de la Póliza)

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

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

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

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

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

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

Las enfermedades y secuelas de accidentes que correspondan a eventos originados antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza con respecto a cada Asegurado, tendrán un período de espera de un año.

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

9.6.1. EXCLUSIONES

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

- 9.6.1.1. Lesiones sufridas por culpa grave del Asegurado con motivo de encontrarse bajo el influjo de bebidas alcohólicas salvo aquellas donde al hacer la prueba de alcohol expirado, tenga una cantidad menor a 40 ml/lt.
- 9.6.1.2. Lesiones que por culpa grave del Asegurado sufra al encontrarse bajo los efectos de drogas o estimulantes no prescritos médicamente.
- 9.6.1.3. Exámenes médicos de rutina, tratamiento de obesidad, adelgazamiento o cualquier fin estético, abortos provocados intencionalmente.
- 9.6.1.4. Hospitalizaciones por infecciones a causa del virus de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o enfermedades relacionadas.
- 9.6.1.5. Hospitalizaciones en establecimientos no reconocidos como hospitales, clínicas o sanatorios de acuerdo a lo definido en el apartado 1.30. de estas Condiciones Generales.
- 9.6.1.6. Lesiones por catástrofes naturales.
- 9.6.1.7. Las enfermedades y secuelas de accidentes que correspondan a eventos originados antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza con respecto a cada Asegurado que no cumplan con el periodo de espera de un año señalado anteriormente.

9.7. COBERTURA DE VISIÓN

(Su contratación debe especificarse en la carátula de la Póliza)

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

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

Los gastos amparados por esta cobertura serán exclusivamente los relacionados con la prescripción de anteojos derivados de una patología de la visión a consecuencia de un padecimiento y que en forma enunciativa y no limitativa se refieren a defectos de refracción como presbicia, hipermetropía, miopía y astigmatismo (por favor, consultar el folleto anexo a la póliza para más detalle).

En la presente cobertura aplicará los deducibles específicos que se indican en el folleto anexo a la póliza correspondiente. Los tratamientos de corrección visual cubiertos serán pagados directamente por la Compañía Articuladora de Servicios de Visión a la óptica tratante.

En esta cobertura no aplica el concepto de reembolso.

Condición de Servicio:

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

9.7.1. EXCLUSIONES

Quedan excluidos los gastos erogados a consecuencia de tratamientos de corrección visual que no se encuentren señalados como cubiertos en el folleto de los servicios prestados por la Compañía Articuladora de Servicios de Visión, que le servirá al Asegurado de guía para hacer uso de esta cobertura.

9.8. COBERTURA METDENTAL PLUS

(Su contratación debe especificarse en la carátula de la Póliza)

Mediante la contratación de esta cobertura se amplían los beneficios amparados por la cobertura MetDental señalada en el apartado 4.5.10.

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

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

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

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

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

9.8.1. EXCLUSIONES

La presente cobertura en ningún caso cubre los gastos especificados como Exclusiones en el folleto de los servicios prestados por la Compañía Articuladora de Servicios Dentales, que le servirá al Asegurado de guía para hacer uso de este beneficio.

9.9. COBERTURA FRANJA FRONTERIZA

(Su contratación debe especificarse en la carátula de la Póliza)

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

Suma Asegurada:	La contratada en la cobertura básica
Deducible:	El doble del contratado en la cobertura básica.
Coaseguro:	* 20 puntos porcentuales adicionales al contratado

* Opera el Tope de Coaseguro estipulado en el Apartado Límites de la Cobertura.

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

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

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

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

La Suma Asegurada será única independientemente de donde se reciba la atención médica.

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

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

La Suma Asegurada para el beneficio de maternidad será la indicada en la carátula de la póliza con un coaseguro del 0%, sin aplicar deducible, siempre y cuando el Asegurado Titular tenga por lo menos diez meses de cobertura continua para esta cobertura.

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

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo a las condiciones de esta póliza, serán reembolsados con base en lo estipulado en el punto 10.3.6. MONEDA de estas Condiciones Generales.

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

9.10. REDUCCIÓN DE DEDUCIBLE POR ACCIDENTE

(Su contratación debe especificarse en la carátula de la Póliza)

En caso de contratación de esta cobertura adicional, y cuando el Asegurado necesite someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, hospitalización, servicios de enfermería, medicinas, estudios de laboratorio o hacer uso de una ambulancia a consecuencia de un accidente cubierto, MetLife responderá por los gastos procedentes en exceso de \$500 (quinientos pesos) y hasta \$15,000 (quince mil pesos), siempre y cuando la primera atención y gasto precedente se realicen durante los siguientes 30 días naturales contados a partir de la fecha en que ocurra el Accidente.

En el caso de que el deducible contratado y establecido en la carátula de la póliza sea igual o menor a \$15,000 se eliminará el total del deducible, siempre que la reclamación sea mayor a \$500.

En el caso de que el deducible contratado y establecido en la carátula de la póliza sea mayor a \$15,000.00, MetLife responderá por los primeros \$15,000 del deducible, siempre que la reclamación sea mayor a \$500.00 y quedando a cuenta del Asegurado la diferencia, teniendo como máximo el deducible contratado y establecido en la carátula de la póliza.

El beneficio aplica para los servicios de Pago Directo y Reembolso.

Son aplicables los términos, condiciones generales y exclusiones de la cobertura básica.

Además de lo indicado en el apartado 7. EXCLUSIONES de las Condiciones Generales de la póliza, se excluye la Reducción de Deducible por Accidente, cuando en forma simultánea se contrate la cobertura adicional de Franja Fronteriza y el accidente cubierto ocurra en la franja fronteriza, entendiéndose por franja fronteriza, el territorio de Estados Unidos de Norteamérica, el cual consta de veinte (20) millas, es decir 32.19 kms. de ancho, y cuyo límite sur es la frontera con México.

9.11. INCREMENTO AL TABULADOR DE HONORARIOS QUIRÚRGICOS

(Su contratación debe especificarse en la carátula de la Póliza)

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

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

Esta cobertura no incrementará en ningún caso la base de los tabuladores médicos para padecimientos y eventos cuyo origen sea previo a la contratación de esta cobertura adicional.

10. APARTADO 10 – CLÁUSULAS GENERALES

10.1. CLAÚSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO

10.1.1. ALTAS DE ASEGURADOS

El alta de Asegurados es exclusiva para los siguientes casos:

- a) Los hijos nacidos dentro de la vigencia de la presente póliza quedarán cubiertos desde el momento del nacimiento, sin necesidad de presentar pruebas médicas, siempre y cuando se haya notificado a MetLife, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de su nacimiento. De no haber sido notificado dicho evento dentro de ese término, su inclusión quedará sujeta a la aprobación por parte de MetLife, debiéndose llenar el cuestionario médico y cumplir con los demás requisitos de asegurabilidad que en su caso solicite MetLife.
- b) En el caso de hijos adoptivos, quedarán cubiertos por la póliza siempre y cuando se cumpla con los requisitos de asegurabilidad de acuerdo a las políticas vigentes al momento de la solicitud.
- c) Si el Asegurado Titular contrae matrimonio, su cónyuge podrá quedar cubierto por la presente póliza desde la fecha de la boda civil, siempre y cuando se notifique a MetLife dentro de los 30 días naturales siguientes a la ocurrencia del hecho. De no haber sido notificada dentro de ese término, su inclusión quedará sujeta a la aprobación de MetLife, debiéndose llenar el cuestionario médico y cumplir con los demás requisitos de asegurabilidad que en su caso solicite MetLife.
- d) En el caso de que alguna persona adquiera el carácter de concubino dentro de la vigencia de la póliza en términos de la disposición civil vigente, su inclusión quedará sujeta a la aprobación por parte de MetLife, debiéndose llenar el cuestionario médico correspondiente y cumplir con los demás requisitos de asegurabilidad que en su caso solicite MetLife.

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

10.1.2. BAJA DE ASEGURADOS

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

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

El Asegurado que cause baja de la presente póliza no podrá volver a formar parte de la misma, inclusive en futuras renovaciones.

10.1.3. EDAD

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

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

10.1.3.3. Inexactitud en la indicación de la edad

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

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

MetLife se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de edad de cada Asegurado y una vez comprobada, MetLife deberá anotar en la propia póliza o extenderá el comprobante de tal hecho al Asegurado y no tendrá derecho alguno para exigir nuevas pruebas sobre su edad, salvo que se compruebe que dichas pruebas son falsas o de dudoso origen.

10.1.4. FORMA DE PAGO

El Contratante puede optar por liquidar la prima en un pago anual o de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral, en cuyo caso se aplicará la tasa de financiamiento pactada entre las partes en la fecha de celebración del contrato. Independientemente de ello, la prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada período pactado.

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

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

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

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

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

10.1.5. OCUPACIÓN

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

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

10.1.6. PERÍODO DE BENEFICIO

El período máximo de beneficio es el tiempo durante el cual quedarán amparados los gastos erogados por cada padecimiento cubierto por la póliza, los cuales se continuarán pagando siempre y cuando el Asegurado se mantenga vigente en la póliza y ésta se renueve anualmente y sin interrupción alguna, en cuyo caso se pagarán los gastos por cada padecimiento cubierto hasta el agotamiento de la Suma Asegurada, conservando las condiciones del plan vigente en la fecha de inicio de los síntomas y/o signos del padecimiento cubierto.

Dichos gastos erogados se pagarán siempre y cuando se efectúen dentro de la vigencia de la póliza, consecuentemente estos gastos serán cubiertos por MetLife en los términos de la misma, independientemente de que fueran presentados para su pago con posterioridad a la terminación de la vigencia de la póliza, pero dentro del término establecido por la ley de la materia para el pago de los mismos.

Para poder acceder a este beneficio la póliza deberá ser renovada en el mismo plan o en un plan con mayores beneficios en lo que a deducible, coaseguro, Suma Asegurada y hospitales se refiere. Si cambia a un plan menor se le pagarán con las condiciones de Suma Asegurada y tabulador menor, y deducible y coaseguro mayor de ambos planes.

El periodo máximo de beneficio iniciará a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto.

Siempre que no se realice la renovación de la presente póliza, se otorgará un periodo máximo de beneficio de 180 días naturales contados a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto, el cual terminará al agotarse la Suma Asegurada contratada o al transcurrir dicho periodo, lo que ocurra primero. Transcurrido dicho periodo, MetLife quedará relevado de cualquier responsabilidad de pago por aquellos gastos erogados posteriormente a la fecha de terminación del periodo máximo de beneficio otorgado.

En caso de cancelación de la póliza con base a lo estipulado en el punto 10.2.2. CANCELACIÓN, o en caso de baja de un Asegurado afectado, MetLife quedará relevado de cualquier responsabilidad de pago por aquellos gastos erogados posteriormente a la fecha de cancelación de la póliza, o a la fecha de baja del Asegurado afectado.

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

En el supuesto de que por cualquier causa se suspenda la operación del plan de seguro contratado o bien sea suspendida la operación del ramo de Gastos Médicos Mayores y, derivado de cualquiera de éstas circunstancias no se renueve la póliza, los gastos erogados de siniestros procedentes que ocurran durante la vigencia de la póliza, serán cubiertos. Asimismo, las enfermedades que requieran de atención médica futura con posterioridad a la terminación de la vigencia de la póliza, de acuerdo a la definición de periodo máximo de beneficio descrito.

10.1.7. PERÍODO DE GRACIA

Lapso de 30 días naturales a partir de la fecha de vencimiento de la prima, que tiene el Contratante para liquidar el total de ésta o cada una de las parcialidades pactadas en el contrato.

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

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

10.1.8. PRIMAS

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

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

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

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

Con la contratación de un Seguro de Gastos Médicos Mayores el Asegurado y/o Contratante tendrá derecho a deducciones, tal y como lo establecen los Art. 109 y 176 de la Ley del Impuesto sobre la Renta.

10.1.9. REHABILITACIÓN

No obstante lo dispuesto por los puntos 10.1.6 Periodo de gracia y 10.1.8 Primas, el Contratante podrá rehabilitar el seguro, si dentro de los treinta días siguientes al término del período de gracia, paga la prima o la parte correspondiente a ella si se ha pactado su pago fraccionado. Los efectos del presente seguro se rehabilitarán a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago.

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

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

10.1.10. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

Es el período de tiempo durante el cual el Asegurado, ha estado cubierto en forma continua e ininterrumpida en un plan de seguro de Gastos Médicos Mayores en MetLife o en otra compañía de seguros.

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

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

No podrán eliminarse o reducirse los períodos de espera de SIDA, padecimientos preexistentes, recién nacidos, padecimientos congénitos, recién nacidos prematuros, maternidad, complicaciones del embarazo, parto y puerperio, descritos en los puntos 4.6.1., 4.6.2., 4.6.3., 4.6.4., 4.6.5., 4.6.12. y 4.6.14. de estas Condiciones Generales.

10.1.11. RÉGIMEN FISCAL

El Régimen Fiscal de esta póliza estará sujeto a la Legislación Fiscal Vigente en la fecha en que se efectúe el pago del siniestro.

10.1.12. RENOVACIÓN

Los Asegurados incluidos en esta póliza cuentan con garantía de renovación, en la cual MetLife se obliga a:

- 10.1.12.1. Siempre que el Contratante solicite a MetLife la renovación de su póliza, por escrito y dentro de los 30 días naturales previos a la expiración de vigencia, MetLife efectuará la renovación de la misma por un periodo de un año de acuerdo a los planes que se encuentren vigentes para el siguiente periodo de cobertura. La presente garantía no se encuentra sujeta a la edad del Asegurado por lo que la misma adquiere carácter vitalicio si así corresponde a la voluntad del Asegurado.
- 10.1.12.2. Una vez aceptada la renovación, el Asegurado titular y/o Contratante deberá pagar la prima correspondiente.
- 10.1.12.3. El Asegurado perderá la garantía de renovación, si MetLife comprueba que hubo dolo, mala fe, o de acuerdo a lo estipulado en el apartado Omisión o inexactas declaraciones de Cláusulas Generales.

10.2. CLAÚSULAS OPERATIVAS

10.2.1. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

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

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

10.2.2. CANCELACIÓN

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

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

En caso de cancelación antes de 30 días, se cobrarán los gastos de expedición.

10.2.3. RESCISIÓN DEL CONTRATO

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

- a) Que el contratante o alguno de los Asegurados que forman parte de la póliza, incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisión. En éste caso, se devolverá al Contratante el 60 % de la prima neta pagada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza sin incluir derechos de póliza. De ser así, MetLife comunicará por escrito en el último domicilio declarado al Contratante, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que conozca las omisiones o inexactas declaraciones.
- b) Esta póliza será cancelada sin necesidad de notificación o declaración judicial si el Contratante no paga la prima respectiva dentro del periodo de gracia señalado en esta póliza, cesando los efectos del Contrato a las 12:00 horas del último día del periodo de gracia.
- c) Si el Contratante decide dar por terminado el Contrato en cualquier momento después de los primeros 30 días naturales de vigencia de la póliza. En este caso MetLife devolverá al Contratante el 60% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de la póliza, siempre y cuando no exista un siniestro abierto en la vigencia en que solicita la cancelación.
- d) Las demás causas consignadas en la Ley sobre el Contrato de Seguro y en estas Condiciones Generales.

10.2.4. MODIFICACIONES AL CONTRATO

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

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

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

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

10.2.5. LUGAR DE PAGO

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

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

10.2.6. RESIDENCIA

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

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

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

10.2.7. CAMBIO DE PLAN

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

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

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

10.2.8. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

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

- 10.2.8.1. La cancelación de la presente póliza a solicitud del Contratante.
- 10.2.8.2. El término del período de gracia antes del pago de la prima vencida o de cada una de las fracciones de la misma pactadas en este contrato, salvo que sea rehabilitado en términos de la presente póliza.
- 10.2.8.3. Que el contratante o alguno de los Asegurados que forman parte de la póliza, incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisión.

10.2.9. VIGENCIA DEL CONTRATO

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

10.2.10. COBERTURA DEL CONTRATO

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

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

10.3. CLÁUSULAS CONTRACTUALES

10.3.1. ARBITRAJE MÉDICO PARA PADECIMIENTO PREEXISTENTE

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

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

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

10.3.2. COMISIÓN O COMPENSACIÓN DIRECTA

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

10.3.3. COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), pudiendo a su elección, en este caso, determinar la competencia por territorio, en razón del domicilio de cualquiera de sus delegaciones, en términos de los Artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 136 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Para hacer valer los derechos citados, el reclamante deberá presentar su controversia dentro del término de dos años contados a partir de que se suscite el hecho que le dio origen o en su caso, a partir de la negativa de MetLife a satisfacer las pretensiones del reclamante.

De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante el juez del domicilio de dichas delegaciones.

En todo caso, queda a elección del reclamante acudir ante las referidas instancias o directamente ante los Tribunales competentes.

10.3.4. COMUNICACIONES

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

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

10.3.5. INTERÉS MORATORIO

En caso de que MetLife, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente dentro del plazo de 30 días establecidos en los términos del Artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. Dicho interés se computará a partir del día siguiente a aquel en que venza el plazo de 30 días señalado en el Artículo 71 antes citado.

10.3.6. MONEDA

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

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

10.3.7. NOTIFICACIONES

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

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

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

10.3.8. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

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

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

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

10.3.9. PRESCRIPCIÓN

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

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

De acuerdo a lo establecido en los términos del Art. 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la presentación de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro producirá la interrupción de la prescripción, mientras que la suspensión de la prescripción sólo procede por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de esa Institución, conforme lo dispuesto por el Art. 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

10.3.10. RESPONSABILIDAD

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

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

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

10.3.11. SUBROGACIÓN

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

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

10.3.12. BENEFICIOS FISCALES

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

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

ANEXO 1. ARTÍCULOS CITADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES

ANEXO 1.1. LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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

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

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

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

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

Artículo 40.- Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo.

En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará el mayor previsto en este artículo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

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

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

Artículo 84.- Además de las causas ordinarias de interrupción de la prescripción, ésta se interrumpirá por el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro, y tratándose de la acción en pago de la prima, por el requerimiento de que trata el artículo 37 de la presente ley.

Artículo 102.- Los contratos de seguros de que trata el artículo 100, celebrados de buena fe, en la misma o en diferentes fechas, por una suma total superior al valor del interés Asegurado, serán válidos y obligarán a cada una de las empresas Aseguradoras hasta el valor íntegro del daño sufrido, dentro de los límites de la suma que hubieren Asegurado.

Artículo 103.- La empresa que pague en el caso del artículo anterior, podrá repetir contra todas las demás en proporción de las sumas respectivamente aseguradas.

Artículo 161.- Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pague una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y

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

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

Artículo 164.- El Asegurado, aun en el caso de que haya designado en la póliza a un tercero como beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho derivado de éste, por acto entre vivos o por causa de muerte.

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

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

ANEXO 1.2. LEY DE PROTECCIÓN Y DEFENSA AL USUARIO DE SERVICIOS FINANCIEROS

Artículo 50 Bis.- Cada Institución Financiera deberá contar con una Unidad Especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los Usuarios. Dicha Unidad se sujetará a lo siguiente:

- I. El Titular de la Unidad deberá tener facultades para representar y obligar a la Institución Financiera al cumplimiento de los acuerdos derivados de la atención que se dé a la reclamación;
- II. Contará con personal en cada entidad federativa en que la Institución Financiera tenga sucursales u oficinas;
- III. Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las Instituciones Financieras;
- IV. Deberá responder por escrito al Usuario dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contado a partir de la fecha de recepción de las consultas o reclamaciones, y
- V. El titular de la Unidad Especializada deberá presentar un informe trimestral a la Comisión Nacional diferenciado por producto o servicio, identificando las operaciones o áreas que registren el mayor número de consultas o reclamaciones, con el alcance que la Comisión Nacional estime procedente. Dicho informe deberá realizarse en el formato que al efecto autorice, o en su caso proponga la propia Comisión Nacional.

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

Las Instituciones Financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la Unidad Especializada. Los Usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la Unidad Especializada de la Institución Financiera de que se trate o ante la Comisión Nacional.

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

- I. El procedimiento de conciliación sólo se llevará a cabo en reclamaciones por cuantías totales inferiores a tres millones de unidades de inversión, salvo tratándose de reclamaciones en contra de instituciones de seguros en cuyo caso la cuantía deberá de ser inferior a seis millones de unidades de inversión.
- I.Bis. La Comisión Nacional citará a las partes a una audiencia de conciliación que se realizará dentro de los veinte días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que se reciba la reclamación.

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

- II. La Institución Financiera deberá, por conducto de un representante, rendir un informe por escrito que se presentará con anterioridad o hasta el momento de la celebración de la audiencia de conciliación a que se refiere la fracción anterior;
- III. En el informe señalado en la fracción anterior, la Institución Financiera, deberá responder de manera razonada a todos y cada uno de los hechos a que se refiere la reclamación, en caso contrario, dicho informe se tendrá por no presentado para todos los efectos legales a que haya lugar;

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

- IV. La Comisión Nacional podrá suspender cuando lo estime pertinente o a instancia de cualquiera de las partes, la audiencia de conciliación hasta en dos ocasiones. En caso de que se suspenda la audiencia, la Comisión Nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes. La falta de presentación del informe, no podrá ser causa para suspender o diferir la audiencia referida.
- V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del Usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción VI, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 Bis.
- VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

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

- VII. En la audiencia respectiva se exhortará a las partes a conciliar sus intereses, para tal efecto, el conciliador formulará propuestas de solución y procurará que la audiencia se desarrolle en forma ordenada y congruente. Si las partes no llegan a una conciliación, la Comisión Nacional las invitará a que, de común acuerdo, designen como árbitro para resolver su controversia a la propia Comisión Nacional o a alguno o algunos de los árbitros que ésta les proponga, quedando a elección de las mismas que el juicio arbitral sea en amigable composición o de estricto derecho.

El compromiso correspondiente se hará constar en el acta que al efecto se firme ante la Comisión Nacional. En caso de no someterse al arbitraje se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda.

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

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

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

Si la Institución Financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la Comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

- VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución;
- IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley, y
- X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo, la Comisión Nacional levantará el acta respectiva. En el caso de que la Institución Financiera no firme el acta, ello no afectará su validez, debiéndose hacer constancia de la negativa.

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

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

- XI. Los acuerdos de trámite que emita la Comisión Nacional no admitirán recurso alguno.

ANEXO 1.3. LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS

Artículo 135 Bis.- Si la empresa de seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

Condiciones Generales

- I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo. Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- II.- Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III.- En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el 162 mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento
- V.- En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI.- Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para la exigibilidad de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

- VII.- Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo, el juez o árbitro además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes, y
- VIII.- Si la empresa de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas le impondrá una multa de mil a diez mil días de salario, y en caso de reincidencia se le revocará la autorización correspondiente

Artículo 136.- En materia jurisdiccional, para el cumplimiento de la sentencia ejecutoriada que se dicte en el procedimiento, el Juez de los autos requerirá a la empresa de seguros, si hubiere sido condenada, para que compruebe dentro de las setenta y dos horas siguientes, haber pagado las prestaciones a que hubiere sido condenada y en caso de omitir la comprobación, el Juez lo comunicará a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros a efecto de que ordene el remate de valores invertidos propiedad de la empresa de seguros, para pagar a la persona en cuyo favor se hubiere dictado la sentencia. Dicha Comisión deberá cumplir con la solicitud que al efecto le haga el Tribunal dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha en que la reciba.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

Asimismo será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

ANEXO 1.4. LEY DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA

Artículo 109.-: No se pagará el impuesto sobre la renta por la obtención de los siguientes ingresos:

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

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

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

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

Condiciones Generales

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

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

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

ANEXO 2. REGIONES DE TARIFA

A continuación se muestran en forma descendente las regiones de tarifa, siendo la 1 la mas alta y la región 6 la mas baja.

Región	Ciudad o Estado
1	D.F. (incluyendo zona metropolitana: Municipios de Atizapán de Zaragoza, Naucalpan de Juárez, Tlanepantla, Cuauhtitlán, Cuautitlán Izcalli, Tultitlán, Ecatepec, Coacalco, Texcoco, Nezahualcóyotl, Huixquilucan, Nicolás Romero, Los Reyes la Paz, Tecámac y Chimalhuacán)
2	Nuevo León, Estado de México (excepto zona metropolitana del D.F.)
3	Hidalgo, Querétaro, Morelos y Guerrero.
4	Guadalajara, Zapopan, Tlajomulco, Tlaquepaque, Tonalá y Puerto Vallarta.
5	Resto de Jalisco, Aguascalientes, Guanajuato, Puebla, San Luis Potosí, Tlaxcala, Baja California Sur, Coahuila, Colima, Chihuahua, Durango, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Sinaloa, Tamaulipas, Veracruz, Zacatecas y Zona Fronteriza.
6	Campeche, Chiapas, Quintana Roo (incluyendo Cancún), Tabasco, Yucatán, Baja California y Sonora.

“La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los Artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0034-0619-2011 de fecha 25 de Noviembre de 2011”.