

CONTENIDO

1. APARTADO UNO – DEFINICIONES	1
1.1. DEFINICIONES RELATIVAS A LA PÓLIZA	1
1.2. DEFINICIONES RELATIVAS A LA COBERTURA	6
2. APARTADO DOS – OBJETO DEL SEGURO	8
2.1. INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO	8
2.2. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	8
2.3. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	8
3. APARTADO TRES – PÓLIZA	8'
4. APARTADO CUATRO – CUADRO DESCRIPTIVO DE COBERTURAS AMPARADAS	9
4.1 INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO SEGÚN EL PLAN	9
4.2 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	10
4.3 REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	10
5. APARTADO CINCO – INDEMNIZACIÓN	10
5.1. INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO	10
5.1.1. AMIGDALECTOMÍA	10
5.1.2. APENDICECTOMÍA	11
5.1.3. BRONQUITIS AGUDA	11
5.1.4. CÁNCER DE TRÁQUEA, BRONQUIOS Y PULMÓN	11
5.1.5. CÁNCER DE MAMA	12
5.1.6. CÁNCER DE PRÓSTATA	12
5.1.7. CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO	12
5.1.8. COLECISTECTOMÍA	13
5.1.9. DIABETES MELLITUS	13
5.1.10. ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	13
5.1.11. ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL	14
5.1.12. ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	14
5.1.13. ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	15
5.1.14. HIPERPLASIA PROSTÁTICA	15
5.1.15. INFARTO CARDÍACO AGUDO	15
5.1.16. INFLUENZA Y NEUMONÍA	16
5.1.17. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	16
5.1.18. LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA	16

5.1.19. TRASPLANTE DE ÓRGANOS	17
5.1.20. ÚLCERA GÁSTRICA	17
5.2. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN	17
5.3. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE	18
6. APARTADO SEIS – EXCLUSIONES	18
7. APARTADO SIETE – COBERTURAS ADICIONALES OPCIONALES CON COSTO	20
8. APARTADO OCHO – PAGO DE INDEMNIZACIONES	22
8.1. INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA EL ASEGURADO	22
8.2. PAGO DE RECLAMACIONES	22
9. APARTADO NUEVE – CLÁUSULAS GENERALES	23
9.1. CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO	23
9.2. CLÁUSULAS OPERATIVAS	26
9.3. CLÁUSULAS CONTRACTUALES	27
ANEXO I – ARTÍCULOS CITADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES	29

1. APARTADO UNO – DEFINICIONES

1.1. DEFINICIONES RELATIVAS A LA PÓLIZA

1.1.1. METLIFE

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

1.1.2. ACCIDENTE

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

1.1.3. ANTIGÜEDAD RECONOCIDA

Es el período de tiempo durante el cual el Asegurado, ha estado cubierto en forma continua e ininterrumpida en el plan que ampara la presente póliza.

1.1.4. APARATOS ORTOPÉDICOS

Son las muletas, bastones, andaderas, camas ortopédicas, trapecio, barras, barandales, grúa ortopédica, sillas de ruedas que como aparatos, artefactos o auxiliares mecánicos o equipos facilitan el desplazamiento o movimiento de personas que sufren un padecimiento cubierto en los términos de la presente póliza y sean prescritos por el médico tratante.

1.1.5. ASEGURADO

Persona expuesta a cualquier enfermedad o accidente amparado por esta póliza, siendo el Asegurado Titular la persona que contrata la póliza y Asegurado Dependiente, aquella que sea cónyuge, concubina (concubinario) del Asegurado Titular, así como los hijos del mismo que se encuentren cubiertos en la presente Póliza.

1.1.6. BENEFICIARIO

Persona física titular de los derechos indemnizatorios.

1.1.7. 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.

1.1.8. CONTRATANTE

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

1.1.9. 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.

1.1.10. ENDOSO

Documento, generado por la Aseguradora y previo acuerdo con el Asegurado que modifica en la parte conducente los términos y condiciones de la póliza.

1.1.11. 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.

1.1.12. ENFERMERA

Persona que está legalmente autorizada para la prestación de servicios de asistencia a enfermos.

1.1.13. EVENTO

Es toda afectación que sufre el Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente amparado por esta póliza.

En el caso de enfermedad, el evento se refiere a cada enfermedad 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. Respecto al accidente cubierto, el evento se refiere a todos los gastos médicos derivados del mismo accidente.

1.1.14. EXTRAPRIMA

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

1.1.15. FECHA DE INICIO DE COBERTURA

Es la fecha a partir de la cual cada uno de los Asegurados cuenta con la protección ofrecida en esta póliza.

Si la póliza se cancela o no se renueva, los Asegurados perderán su antigüedad.

1.1.16. FECHA DE INICIO DE VIGENCIA

Es la fecha a partir de la cual la póliza entra en vigor.

1.1.17. FECHA DE PRIMER GASTO

Es la fecha en la cual se erogó el gasto más antiguo para la atención de un padecimiento.

1.1.18. FECHA DE TÉRMINO DE VIGENCIA

Fecha en la cual concluye la protección de esta póliza, de conformidad con lo estipulado en la carátula de la presente póliza.

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:

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

1.1.18.2. El término del período de gracia para el pago de la prima vencida.

1.1.19. GASTO MÉDICO

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

1.1.20. HOSPITAL, CLÍNICA O SANATORIO

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

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

- o 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.
- o Casas para ancianos, casas de descanso, centro para el tratamiento de drogadictos y/o alcohólicos y/o neuróticos.
- o Clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.

1.1.21. HOSPITALIZACIÓN

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

1.1.22. LUGAR DE RESIDENCIA

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

1.1.23. MÉDICO

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

1.1.24. MÉDICO ESPECIALISTA

Médico que, mediante una formación orientada a un órgano, aparato o sistema, adquiere destrezas específicas que le facilitan la práctica de técnicas diagnósticas invasivas o tratamientos de patologías poco frecuentes, o graves, referidas a órganos, aparatos o sistemas.

1.1.25. MÉDICO TRATANTE

Médico que está a cargo de atender y evolucionar al Asegurado durante su hospitalización.

1.1.26. MONEDA

Los pagos de primas e indemnizaciones de esta póliza se efectuarán en moneda nacional.

1.1.27. PADECIMIENTO

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

1.1.28. PADECIMIENTO PREEXISTENTE

Aquel padecimiento y/o enfermedad:

1.1.28.1. Que se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia de la póliza y respecto de los cuales se haya emitido un diagnóstico médico previo a la emisión de la presente póliza, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

1.1.28.2. El asegurado haya hecho gastos comprobables documentalmente para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento del que se trate, antes de la emisión de la presente póliza.

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.

1.1.29. PERÍODO DE ESPERA

Es el lapso de tiempo necesario que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada Asegurado desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la primera póliza de Gastos Médicos Primordial con MetLife, 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.

1.1.30. PERIODO DE GRACIA

Lapso de 30 días naturales contados a partir de la fecha de vencimiento de la prima que tiene a cargo el Contratante para liquidar el total o la primer 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 periodo, el Asegurado goza de la cobertura de la póliza, en caso de siniestro indemnizable, MetLife deducirá de la indemnización el total de la prima pendiente de pago. Las reclamaciones presentadas durante este periodo se harán únicamente por el mecanismo de reembolso.

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.

1.1.31. PÓLIZA

Conjunto de documentos que establecen los derechos y obligaciones de las partes involucradas por la transferencia del riesgo, así como los términos y condiciones específicos que se seguirán en este proceso y que en general se componen de:

1.1.31.1. Carátula de Póliza.- Documento escrito que identifica claramente al emisor del documento y en el que señala:

- Nombres y firmas de quién propone y quién acepta la transferencia
- La designación de las personas aseguradas
- La naturaleza de los riesgos transferidos
- El momento de inicio y final de la transferencia del riesgo
- Lista de Endosos incluidos
- El monto de límites directos sobre la transferencia del riesgo tales como cualquier otra condición que sea necesaria para la claridad de los términos asumidos
- Alcance de la cobertura

1.1.31.2. Condiciones Generales.- Conjunto de cláusulas donde se establece la descripción jurídica de las condiciones de cobertura, y que señalan detalladamente los términos y características que tiene la transferencia del riesgo, las obligaciones y derechos que cada parte tiene de acuerdo con las disposiciones legales y cuando es el caso por las convenidas lícitamente por los participantes para la correcta aplicación de la póliza.

1.1.31.3. Endosos.- Documento, generado por la Aseguradora y previo acuerdo con el Contratante que modifica en la parte conducente los términos y condiciones de la póliza.

1.1.32. PRIMAS

La prima de esta póliza será la suma de las correspondientes a cada Asegurado de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de iniciación de la póliza, la edad, sexo y ocupación de cada uno de ellos y en su caso, la extraprima correspondiente.

En cada renovación, la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada, lugar de residencia, ocupación y sexo de cada Asegurado aplicando las tarifas en vigor a esa fecha y en su caso, la extraprima correspondiente.

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

En caso de siniestro dentro del 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.

Los pagos deberán efectuarse:

En el domicilio de MetLife o por el sistema de pago que las partes convengan, en cuyo caso el estado de cuenta en donde aparezca el cargo por pago de prima hará prueba plena del pago, hasta en tanto la compañía no entregue el comprobante de pago correspondiente.

1.1.33. RECIBO DE PAGO

Es el documento expedido por MetLife en el que se establece la Prima que deberá pagar el Contratante por el periodo de cobertura que en él se señala.

1.1.34. RECLAMACIÓN

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

1.1.35. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

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

1.1.36. RENOVACIÓN

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

1.1.37. RENTA DIARIA

Es la indemnización que pagará MetLife por cada día de hospitalización.

1.1.38. SOLICITUD

Documento que comprende la voluntad del Asegurado para adquirir un seguro y expresa la protección solicitada e información para la evaluación del riesgo. Este documento es indispensable para la emisión de la Póliza y deberá ser llenado y firmado por el Asegurado.

1.1.39. SUMA ASEGURADA

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

1.1.40. TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

Tarjeta que MetLife expide a cada Asegurado en la fecha de alta al seguro y que permite tener acceso a los servicios que otorga la presente póliza.

1.1.41. TERRITORIALIDAD

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

1.1.42. VIGENCIA

Periodo de validez de la Póliza.

1.2. DEFINICIONES RELATIVAS A LA COBERTURA

1.2.1. AMIGDALECTOMÍA

Extirpación quirúrgica de las amígdalas ocasionada por un proceso inflamatorio de carácter infeccioso que se desarrolla en las mismas.

1.2.2. APENDICECTOMÍA

Es la cirugía abierta o laparoscópica para extirpar el apéndice.

1.2.3. BRONQUITIS AGUDA

Bronquitis es una inflamación aguda de las principales vías de aire hacia los pulmones.

1.2.4. CÁNCER DE TRÁQUEA, BRONQUIOS Y PULMÓN

Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón.

1.2.5. CÁNCER DE MAMA

Enfermedad que se manifiesta por la reproducción acelerada y anormal del tejido que compone la glándula mamaria.

1.2.6. CÁNCER DE PRÓSTATA

Enfermedad que se manifiesta por un crecimiento descontrolado y anormal de las células que se originan en la glándula prostática y que trae como consecuencia síntomas como dolor y alteraciones para orinar.

1.2.7. CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO

Tumor maligno de cuello de útero o matriz.

1.2.8. COLECISTECTOMÍA

Intervención quirúrgica que consiste en la extracción de la vesícula biliar.

1.2.9. DIABETES MELLITUS

Incapacidad del páncreas para producir la insulina necesaria para transportar moléculas de glucosa.

1.2.10. ENFERMEDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Etapa más grave de la infección por VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), la cual produce daño severo al sistema inmunitario.

1.2.11. ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

Es la interrupción del flujo sanguíneo a cualquier parte del cerebro. Dicha interrupción puede ser originada por un trombo o por la ruptura de un vaso.

1.2.12. ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS

Es una enfermedad caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea de las arterias.

1.2.13. ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES

Inflamación del intestino causada por microorganismos, virus o bacterias.

1.2.14. HIPERPLASIA PROSTÁTICA

Crecimiento de la próstata de carácter benigno que puede llegar a ocasionar compresión a nivel de la uretra y provocar problemas urinarios y vesicales.

1.2.15. HOSPITALIZACIÓN

Es el internamiento del Asegurado por más de 24 horas en una institución hospitalaria legalmente autorizada para la atención de una enfermedad o accidente. Inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

1.2.16. INFARTO CARDÍACO AGUDO

Es el resultado de una rápida disminución o la interrupción de la sangre que llega al músculo cardíaco secundaria a la obstrucción del vaso sanguíneo denominado arteria coronaria, causando la muerte de células del músculo cardíaco.

1.2.17. INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

Institución Pública o Privada legalmente constituida y registrada ante las autoridades sanitarias que tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos mediante médicos legalmente autorizados durante las 24 horas del día y durante todos los días del año y que dispone de la infraestructura necesaria para diagnosticar y tratar padecimientos, incluida la cirugía.

1.2.18. INFLUENZA Y NEUMONÍA

Influenza: Enfermedad altamente contagiosa producida por un virus, afecta tanto a hombres como mujeres de cualquier edad.

Existen tres tipos de influenza dependiendo el virus que la cause A,B o C las dos primeras son las que causan las epidemias más comunes.

Neumonía: Proceso infeccioso de etiología viral y bacteriana que afecta a los pulmones.

1.2.19. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Es la pérdida de la capacidad de los riñones para eliminar desechos, concentrar la orina y conservar los electrolitos que empeora lentamente.

1.2.20. LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA

Tratamiento por medio del cual se destruyen las piedras o cálculos de las vías urinarias.

1.2.21. TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Procedimiento quirúrgico para extirpar un órgano o tejido enfermo y reemplazarlo por uno sano. Para efectos de esta póliza se considera órgano mayor únicamente: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea.

1.2.22. ÚLCERA GÁSTRICA

Erosión o desgaste del revestimiento del estómago.

2. APARTADO DOS – OBJETO DEL SEGURO

2.1. INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO

Si durante la vigencia de esta póliza el Asegurado presentara un diagnóstico o tratamiento cubierto y realizado durante la vigencia de la presente póliza, MetLife pagará la respectiva Suma Asegurada estipulada en cláusula 4.1 de estas condiciones generales. Para que esta cobertura surta efecto, cada evento cubierto deberá cumplir con las estipulaciones mencionadas en la cláusula 5.1. de estas condiciones generales.

2.2. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Si durante la vigencia de esta póliza, el Asegurado incurriera en una Hospitalización cubierta, MetLife pagará la Renta Diaria estipulada en la Suma Asegurada que se menciona en la cláusula 4.2 de estas condiciones generales por cada día de Hospitalización hasta el límite de responsabilidad por pago de Rentas Diarias. Para que esta cobertura surta efecto, deberá cumplir con las estipulaciones mencionadas en la cláusula 5.2. de estas condiciones generales.

2.3. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

Si como consecuencia directa de un accidente e independientemente de cualesquiera otras causas, el Asegurado, dentro de los 10 días siguientes a la fecha del mismo, se viere precisado a someterse a tratamiento médico o intervención quirúrgica, hospitalizarse o hacer uso de los servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, MetLife México, S.A. reembolsará, además de las otras indemnizaciones a que tuviere derecho el Asegurado, el costo de las mencionadas asistencias hasta la cantidad máxima asegurada por este concepto previa comprobación. No quedan cubiertos los gastos realizados por acompañantes del asegurado durante la internación de éste en un sanatorio u hospital.

La responsabilidad de MetLife México, S.A. terminará en la fecha en que el asegurado sea dado de alta de sus lesiones, por lo que no reembolsarán gastos médicos que se hagan posteriores a la fecha de alta. Los gastos cubiertos por accidente se reembolsarán por un período máximo de 365 días, a partir de la fecha del accidente sin que en ningún caso excedan de la Suma Asegurada.

Para que esta cobertura surta efecto, cada evento deberá cumplir con las estipulaciones mencionadas en la cláusula 5.3. de estas condiciones generales.

3. APARTADO TRES – PÓLIZA

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

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 – CUADRO DESCRIPTIVO DE COBERTURAS AMPARADAS

4.1 INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO SEGÚN EL PLAN

PADECIMIENTO Ó PROCEDIMIENTO	Mujer	Hombre	Periodo de Espera
Amigdalectomía ²	\$ 20,000	\$ 20,000	30 días
Apendicectomía ²	\$ 25,000	\$ 25,000	N/A
Bronquitis Aguda ¹	\$ 10,000	\$ 10,000	30 días
Cáncer de Cuello del útero ¹	\$ 100,000	-	6 meses
Cáncer de mama ¹	\$ 100,000	-	6 meses
Cáncer de Próstata ¹	-	\$ 100,000	6 meses
Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón ¹	\$ 100,000	\$ 100,000	6 meses
Colecistectomía ²	\$ 30,000	\$ 30,000	30 días
Diabetes mellitus ¹	\$ 20,000	\$ 20,000	6 meses
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ¹	\$ 100,000	\$ 100,000	4 años
Enfermedades cerebrovasculares ¹	\$ 100,000	\$ 100,000	N/A
Enfermedades hipertensivas ¹	\$ 15,000	\$ 15,000	6 meses
Enfermedades infecciosas intestinales ¹	\$ 5,000	\$ 5,000	30 días
Hiperplasia Prostática ¹	-	\$ 20,000	6 meses
Infarto Cardíaco Agudo ¹	\$ 100,000	\$ 100,000	N/A
Influenza y neumonía ¹	\$ 30,000	\$ 30,000	30 días
Insuficiencia Renal Crónica ¹	\$ 100,000	\$ 100,000	3 meses
Litotripsia extracorpórea ²	\$ 30,000	\$ 30,000	30 días
Trasplante de Órganos ²	\$ 100,000	\$ 100,000	3 meses
Úlcera Gástrica ¹	\$ 30,000	\$ 30,000	3 meses
Renta Diaria por Hospitalización	\$ 500	\$ 500	30 días por enfermedad

¹ Padecimiento, ² Procedimiento

PADECIMIENTO Ó PROCEDIMIENTO	Infantil	Esencial	Periodo de Espera
Amigdalectomía ²	-	\$ 10,000	30 días
Apendicectomía ²	\$ 25,000	\$ 15,000	N/A
Bronquitis Aguda ¹	\$ 10,000	\$ 5,000	30 días
Cáncer de Cuello del útero ¹	-	\$ 50,000	6 meses
Cáncer de mama ¹	-	\$ 50,000	6 meses
Cáncer de Próstata ¹	-	\$ 50,000	6 meses
Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón ¹	-	-	6 meses
Colecistectomía ²	-	\$ 20,000	30 días
Diabetes mellitus ¹	-	\$ 10,000	6 meses
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ¹	-	-	4 años
Enfermedades cerebrovasculares ¹	-	-	N/A
Enfermedades hipertensivas ¹	-	\$ 15,000	6 meses
Enfermedades infecciosas intestinales ¹	\$ 5,000	\$ 2,000	30 días
Hiperplasia Prostática ¹	-	\$ 10,000	6 meses
Infarto Cardíaco Agudo ¹	-	\$ 50,000	N/A
Influenza y neumonía ¹	\$ 30,000	\$ 20,000	30 días
Insuficiencia Renal Crónica ¹	-	-	3 meses
Litotripsia extracorpórea ²	-	-	30 días
Trasplante de Órganos ²	\$ 100,000	\$ 100,000	3 meses
Úlcera Gástrica ¹	\$ 30,000	\$ 10,000	3 meses
Renta Diaria por Hospitalización	\$ 300	\$ 300	30 días por enfermedad

¹ Padecimiento, ² Procedimiento

PADECIMIENTO Ó PROCEDIMIENTO	Familiar	Periodo de Espera
Amigdalectomía ²	\$ 20,000	30 días
Apendicectomía ²	\$ 25,000	N/A
Bronquitis Aguda ¹	\$ 10,000	30 días
Cáncer de Cuello del útero ¹	\$ 100,000	6 meses
Cáncer de mama ¹	\$ 100,000	6 meses
Cáncer de Próstata ¹	\$ 100,000	6 meses
Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón ¹	\$ 100,000	6 meses
Colecistectomía ²	\$ 30,000	30 días
Diabetes mellitus ¹	\$ 20,000	6 meses
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ¹	\$ 100,000	4 años
Enfermedades cerebrovasculares ¹	\$ 100,000	N/A
Enfermedades hipertensivas ¹	\$ 15,000	6 meses
Enfermedades infecciosas intestinales ¹	\$ 5,000	30 días
Hiperplasia Prostática ¹	\$ 20,000	6 meses
Infarto Cardíaco Agudo ¹	\$ 100,000	N/A
Influenza y neumonía ¹	\$ 30,000	30 días
Insuficiencia Renal Crónica ¹	\$ 100,000	3 meses
Litotripsia extracorpórea ²	\$ 30,000	30 días
Trasplante de Órganos ²	\$ 100,000	3 meses
Úlcera Gástrica ¹	\$ 30,000	3 meses
Renta Diaria por Hospitalización	\$ 800	30 días por enfermedad

1 Padecimiento, 2 Procedimiento

4.2 RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

- 4.2.1. Renta diaria por hospitalización a partir del tercer día consecutivo de hospitalización por Enfermedad y a partir del primer día por Accidente
- 4.2.2. Suma Asegurada: Según el plan
- 4.2.3. Periodo de espera: 30 días por enfermedad. Para accidente sin periodo de espera
- 4.2.4. Periodo de pago máximo: 30 días por evento

4.3 REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

- 4.3.1. Accidentes mayores a \$1,000
- 4.3.2. Suma asegurada por vigencia por Asegurado \$10,000

5. APARTADO CINCO – INDEMNIZACIÓN

5.1. INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO O TRATAMIENTO

MetLife indemnizará al asegurado por el monto de la indemnización que se señala cuando éste demuestre haber sido diagnosticado por un médico certificado en la especialidad correspondiente así con cualquiera de las enfermedades y/o padecimientos listados después de transcurrido el periodo de espera indicado y compruebe el diagnóstico con la información que se señala:

5.1.1. AMIGDALECTOMÍA

- 5.1.1.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: Según la indicada en apartado 4.1 de estas Condiciones Generales
- 5.1.1.2. Periodo de espera: 30 días
- 5.1.1.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:
 - 5.1.1.3.1. Reporte de radiografía lateral de cuello

5.1.1.3.2. Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del asegurado

5.1.1.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario

5.1.1.4. La Suma Asegurada por el diagnóstico es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación

5.1.2. APENDICECTOMÍA

5.1.2.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: Según la indicada en apartado 4.1 de estas Condiciones Generales

5.1.2.2. Periodo de espera: No aplica

5.1.2.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

5.1.2.3.1. Estudio histopatológico

5.1.2.3.2. Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del asegurado

5.1.2.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario

5.1.2.4. La Suma Asegurada por el diagnóstico es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación

5.1.3. BRONQUITIS AGUDA

5.1.3.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: Según la indicada en apartado 4.1 de estas Condiciones Generales

5.1.3.2. Periodo de espera: 30 días

5.1.3.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico

5.1.3.3.1 Estudio histopatológico y/o Tomografía

5.1.3.3.2 Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del asegurado

5.1.3.3.3 Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario

5.1.3.4. La Suma Asegurada del diagnóstico es única en la vigencia de la póliza siempre y cuando haya existido hospitalización del Asegurado

5.1.4. CÁNCER DE TRÁQUEA, BRONQUIOS Y PULMÓN

5.1.4.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: Según la indicada en apartado 4.1 de estas Condiciones Generales

5.1.4.2. Periodo de espera: 6 meses

5.1.4.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico

5.1.4.3.1 Estudio histopatológico

5.1.4.3.2 Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del asegurado.

5.1.4.3.3 Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario

5.1.4.4. La Suma Asegurada del diagnóstico es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

5.1.5. CÁNCER DE MAMA

5.1.5.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: Según la indicada en apartado 4.1 de estas Condiciones Generales

5.1.5.2. Periodo de espera: 6 meses

5.1.5.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

5.1.5.3.1. Estudio histopatológico

5.1.5.3.2. Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del asegurado.

5.1.5.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario

5.1.5.4. La Suma Asegurada del diagnóstico es por glándula mamaria, única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

5.1.6. CÁNCER DE PRÓSTATA

5.1.6.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: Según la indicada en apartado 4.1 de estas Condiciones Generales

5.1.6.2. Periodo de espera: 6 meses

5.1.6.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

5.1.6.3.1. Estudio histopatológico

5.1.6.3.2. Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del asegurado.

5.1.6.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario

5.1.6.4. La Suma Asegurada por el diagnóstico es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

5.1.7. CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO

5.1.7.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: Según la indicada en apartado 4.1 de estas Condiciones Generales

5.1.7.2. Periodo de espera: 6 meses

5.1.7.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

5.1.7.3.1. Estudio histopatológico

5.1.7.3.2. Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del asegurado

5.1.7.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario

5.1.7.4. La Suma Asegurada por el diagnóstico es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación

5.1.8. COLECISTECTOMÍA

5.1.8.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: Según la indicada en apartado 4.1 de estas Condiciones Generales

5.1.8.2. Periodo de espera: 30 días

5.1.8.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

5.1.8.3.1. Estudio histopatológico

5.1.8.3.2. Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del asegurado

5.1.8.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario

5.1.8.4. La Suma Asegurada por el diagnóstico es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación

5.1.9. DIABETES

5.1.9.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: Según la indicada en apartado 4.1 de estas Condiciones Generales

5.1.9.2. Periodo de espera: 6 meses

5.1.9.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico

5.1.9.3.1. Reporte de hemoglobina glicosilada

5.1.9.3.2. Reporte de química sanguínea

5.1.9.3.3. Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del asegurado

5.1.9.3.4. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario

5.1.9.4. La Suma Asegurada por el diagnóstico es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación

5.1.10. ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

5.1.10.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: Según la indicada en apartado 4.1 de estas Condiciones Generales

5.1.10.2. Periodo de espera: 4 años

5.1.10.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

5.1.10.3.1. Reporte de Western Bloot

5.1.10.3.2. Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del asegurado.

5.1.10.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario.

5.1.10.4. La Suma Asegurada por el diagnóstico es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

5.1.11. ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

5.1.11.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: Según la indicada en apartado 4.1 de estas Condiciones Generales

5.1.11.2. Periodo de espera: No aplica

5.1.11.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

5.1.11.3.1. Reporte de tomografía cerebral y/o Resonancia Magnética de sistema nervioso central (cerebral)

5.1.11.3.2. Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del asegurado

5.1.11.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario

5.1.11.4. La Suma Asegurada por el diagnóstico es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación

5.1.12. ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS

5.1.12.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: Según la indicada en apartado 4.1 de estas Condiciones Generales

5.1.12.2. Periodo de espera: 6 meses

5.1.12.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

5.1.12.3.1. Electrocardiograma en reposo

5.1.12.3.2. Placa de Tórax

5.1.12.3.3. Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del asegurado

5.1.12.3.4. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario

5.1.12.4. La Suma Asegurada por el diagnóstico es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación

5.1.13. ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES

- 5.1.13.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: Según la indicada en apartado 4.1 de estas Condiciones Generales
- 5.1.13.2. Periodo de espera: 30 días
- 5.1.13.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico
 - 5.1.13.3.1. Estudios de Laboratorio que avalen el padecimiento
 - 5.1.13.3.2. Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del asegurado
 - 5.1.13.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario
- 5.1.13.4. La Suma Asegurada por el diagnóstico es única en la vigencia de la póliza, siempre y cuando haya existido hospitalización

5.1.14. HIPERPLASIA PROSTÁTICA

- 5.1.14.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: Según la indicada en apartado 4.1 de estas Condiciones Generales
- 5.1.14.2. Periodo de espera: 6 meses
- 5.1.14.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:
 - 5.1.14.3.1. Reporte de ultrasonido de próstata
 - 5.1.14.3.2. Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del asegurado
 - 5.1.14.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario
- 5.1.14.4. La Suma Asegurada por el diagnóstico es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación

5.1.15. INFARTO CARDÍACO AGUDO

- 5.1.15.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: Según la indicada en apartado 4.1 de estas Condiciones Generales
- 5.1.15.2. Periodo de espera: No aplica
- 5.1.15.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:
 - 5.1.15.3.1. Reporte de electrocardiograma
 - 5.1.15.3.2. Reporte de enzimas cardiacas
 - 5.1.15.3.3. Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del asegurado
 - 5.1.15.3.4. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario
- 5.1.15.4. La Suma Asegurada por el diagnóstico es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación

5.1.16. INFLUENZA Y NEUMONÍA

- 5.1.16.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: Según la indicada en apartado 4.1 de estas Condiciones Generales
- 5.1.16.2. Periodo de espera: 30 días
- 5.1.16.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:
 - 5.1.16.3.1. Reporte de radiografía de tórax
 - 5.1.16.3.2. Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del asegurado
 - 5.1.16.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario
- 5.1.16.4. La Suma Asegurada por el diagnóstico es única en la vigencia de la póliza, siempre y cuando haya existido hospitalización

5.1.17. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

- 5.1.17.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: Según la indicada en apartado 4.1 de estas Condiciones Generales
- 5.1.17.2. Periodo de espera: 3 meses
- 5.1.17.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:
 - 5.1.17.3.1. Reporte de prueba de función renal
 - 5.1.17.3.2. Reporte de electrolitos
 - 5.1.17.3.3. Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del asegurado
 - 5.1.17.3.4. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario
- 5.1.17.4. La Suma Asegurada por el diagnóstico es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación

5.1.18. LITOTRIPSIA EXTRACORPÓREA

- 5.1.18.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: Según la indicada en apartado 4.1 de estas Condiciones Generales
- 5.1.18.2. Periodo de espera: 30 días
- 5.1.18.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:
 - 5.1.18.3.1. Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del asegurado
 - 5.1.18.3.2. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario
- 5.1.18.4. La Suma Asegurada por el diagnóstico es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación

5.1.19. TRASPLANTE DE ÓRGANOS

- 5.1.19.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: Según la indicada en apartado 4.1 de estas Condiciones Generales
- 5.1.19.2. Periodo de espera: 3 meses
- 5.1.19.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:
 - 5.1.19.3.1. Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del asegurado
 - 5.1.19.3.2. Reporte de estudios de laboratorio, estudio histopatológico e imagenología que soporte el diagnóstico que condiciona el trasplante del órgano
 - 5.1.19.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario
- 5.1.19.4. La Suma Asegurada por el diagnóstico es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación

5.1.20. ÚLCERA GÁSTRICA

- 5.1.20.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: Según la indicada en apartado 4.1 de estas Condiciones Generales
- 5.1.20.2. Periodo de espera: 3 meses
- 5.1.20.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico
 - 5.1.20.3.1. Serie esófago-gastro duodenal y/o ultrasonido de abdomen superior y/o Endoscopia
 - 5.1.20.3.2. Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del asegurado
 - 5.1.20.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario
- 5.1.20.4. La Suma Asegurada por el diagnóstico es única en la vigencia de la póliza siempre y cuando haya existido hospitalización del Asegurado

5.2. RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Si a consecuencia directa de una enfermedad y/o accidente, el Asegurado requiere de hospitalización, MetLife otorgará al Asegurado una renta diaria a partir del tercer día por enfermedad y primer día por accidente de hospitalización y hasta un tope máximo de 30 días por evento; 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

5.2.1. Monto de la renta diaria por hospitalización: Según la indicada en apartado 4.1 de estas Condiciones Generales

5.2.2. Periodos de Espera:

- 5.2.2.1. 30 días por enfermedad
- 5.2.2.2. Sin periodo de espera por accidente

5.2.3. Documentos necesarios para comprobar hospitalización:

- 5.2.3.1. Constancia de hospitalización expedida por el hospital, indicando el nombre del paciente, fecha en que se expide el comprobante, fecha de ingreso al hospital, la fecha de alta, área en la que se encuentra internado y motivo de la hospitalización
- 5.2.3.2. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario

5.3. REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

- 5.3.1. Monto máximo de reembolso por vigencia por Asegurado: \$10,000.00 (diez mil pesos)
- 5.3.2. Periodo de espera: No aplica
- 5.3.3. Documentos necesarios para comprobar los gastos médicos:

- 5.3.3.1. 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
- 5.3.3.2. Notas de farmacia, acompañadas de la receta médica correspondiente y especificando cada uno de los medicamentos comprados.
- 5.3.3.3. Facturas del hospital indicando el desglose de cada concepto facturado
- 5.3.3.4. 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
- 5.3.3.5. Resultados de estudios de laboratorio y gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, electroencefalograma, ultrasonido, electrocardiograma, etc., será necesario el original de la interpretación
- 5.3.3.6. 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
- 5.3.3.7. MetLife se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales que se requieran para valorar el caso
- 5.3.3.8. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o Acta de Nacimiento en caso contrario

6. APARTADO SEIS – EXCLUSIONES

Para efectos de esta póliza, quedan excluidas las Rentas Diarias por Hospitalización, Reembolsos de Gastos Médicos e Indemnizaciones por diagnóstico o tratamiento correspondientes a:

- 6.1. Padecimientos Preexistentes a la contratación del seguro.**
- 6.2. Hospitalización o reembolso de Gastos Médicos originados por parto, cesárea y complicaciones del embarazo.**
- 6.3. Complicaciones derivadas de padecimientos, tratamientos o intervenciones quirúrgicas no cubiertos por esta póliza.**

- 6.4. Hospitalización o reembolso de Gastos Médicos originados por eventos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, miopía o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo.
- 6.5. Hospitalización o reembolso de Gastos Médicos derivados del control de la fertilidad, natalidad e infertilidad.
- 6.6. Hospitalización o reembolso de Gastos Médicos derivados de lesión autoinfligida, intento de suicidio, aún y cuando se cometa en estado de enajenación mental.
- 6.7. Hospitalización o reembolso de Gastos Médicos por eventos ocurridos a consecuencia de riña con provocación por parte del Asegurado o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el Asegurado o estando bajo influencia de algún enervante, estimulante o similar que no haya sido prescrito por un Médico.
- 6.8. Hospitalización o reembolso de Gastos Médicos cuando estos se originen por participar el asegurado como sujeto activo en eventos derivados a consecuencia de servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, terrorismo, insurrección, revolución o rebelión.
- 6.9. Hospitalización o reembolso de Gastos Médicos por eventos a consecuencia de lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de algún automóvil, motocicleta o cualquier otro vehículo similar en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- 6.10. Hospitalización o reembolso de Gastos Médicos derivadas de lesiones por la práctica profesional de cualquier deporte.
- 6.11. Hospitalización o reembolso de Gastos Médicos de lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves, que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio del transporte regular de pasajeros.
- 6.12. Hospitalización o reembolso de Gastos Médicos por eventos a consecuencia por la utilización de métodos basados en hipnotismo, quelaciones, magnetoterapia y cualquier tipo de medicina alternativa o procedimientos no aprobados por la Secretaría de Salud.
- 6.13. Hospitalización o reembolso de Gastos Médicos para tratamientos dentales o alveolares o gingivales o maxilofaciales, a excepción de accidentes.
- 6.14. Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de check up.
- 6.15. Tratamientos en vías de experimentación.

- 6.16. Hospitalización o reembolso de Gastos Médicos por tratamientos psiquiátricos, psicológicos o psíquicos, trastornos de enajenación mental, demencia, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria nerviosa, así como sus complicaciones, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas así como los tratamientos para corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje o alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías.
- 6.17. Hospitalización o reembolso de Gastos Médicos por 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.
- 6.18. Hospitalización o reembolso de Gastos Médicos por 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.
- 6.19. Hospitalización o reembolso de Gastos Médicos por tratamientos dietéticos, para reducción de peso o para obesidad.
- 6.20. Hospitalización o reembolso de Gastos Médicos por tratamientos que requiera el Asegurado afectado por el SIDA, antes de cumplir cuatro años de estar cubierto en forma continua e ininterrumpida en una póliza MédicaLife Primordial, así como los gastos requeridos para su detección.
- 6.21. 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.
- 6.22. Hospitalización o reembolso de Gastos Médicos por tratamientos médicos o quirúrgicos que no son reconocidos por la práctica médico-científica y que son de naturaleza experimental y/o de investigación.
- 6.23. Hospitalización o reembolso de Gastos Médicos por tratamientos con fines preventivos.
- 6.24. Hospitalización o reembolso de Gastos Médicos por cirugía para el cambio de sexo y sus complicaciones.

7. APARTADO SIETE – COBERTURAS ADICIONALES OPCIONALES CON COSTO

7.1. COBERTURA INCREMENTO DE SUMA ASEGURADA (Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

En caso de contratación de esta cobertura adicional, el Asegurado tendrá coberturas y sumas aseguradas como se indica en los siguientes cuadros:

PADECIMIENTO ó PROCEDIMIENTO	Mujer	Hombre	Periodo de Espera
Apendicectomía ²	\$ 50,000	\$ 50,000	N/A
Cáncer de Cuello del útero ¹	\$ 200,000	-	6 meses
Cáncer de mama ¹	\$ 200,000	-	6 meses
Cáncer de Próstata ¹	-	\$ 200,000	6 meses
Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón ¹	\$ 200,000	\$ 200,000	6 meses
Colecistectomía ²	\$ 60,000	\$ 60,000	30 días
Diabetes mellitus ¹	\$ 40,000	\$ 40,000	6 meses
Enfermedades cerebrovasculares ¹	\$ 200,000	\$ 200,000	N/A
Hiperplasia Prostática ¹	-	\$ 40,000	6 meses
Infarto Cardíaco Agudo ¹	\$ 200,000	\$ 200,000	N/A
Influenza y neumonía ¹	\$ 60,000	\$ 60,000	30 días
Insuficiencia Renal Crónica ¹	\$ 200,000	\$ 200,000	3 meses
Litotripsia extracorpórea ²	\$ 60,000	\$ 60,000	30 días
Trasplante de Órganos ²	\$ 200,000	\$ 200,000	3 meses

¹ Padecimiento, ² Procedimiento

PADECIMIENTO ó PROCEDIMIENTO	Infantil	Esencial	Periodo de Espera
Apendicectomía ²	\$ 50,000	\$ 30,000	N/A
Cáncer de Cuello del útero ¹	-	\$ 100,000	6 meses
Cáncer de mama ¹	-	\$ 100,000	6 meses
Cáncer de Próstata ¹	-	\$ 100,000	6 meses
Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón ¹	-	-	6 meses
Colecistectomía ²	-	\$ 40,000	30 días
Diabetes mellitus ¹	-	\$ 20,000	6 meses
Enfermedades cerebrovasculares ¹	-	-	N/A
Hiperplasia Prostática ¹	-	\$ 20,000	6 meses
Infarto Cardíaco Agudo ¹	-	\$ 100,000	N/A
Influenza y neumonía ¹	\$ 60,000	\$ 40,000	30 días
Insuficiencia Renal Crónica ¹	-	-	3 meses
Litotripsia extracorpórea ²	-	-	30 días
Trasplante de Órganos ²	\$ 200,000	\$ 200,000	3 meses

¹ Padecimiento, ² Procedimiento

PADECIMIENTO ó PROCEDIMIENTO	Familiar	Periodo de Espera
Apendicectomía ²	\$ 50,000	N/A
Cáncer de Cuello del útero ¹	\$ 200,000	6 meses
Cáncer de mama ¹	\$ 200,000	6 meses
Cáncer de Próstata ¹	\$ 200,000	6 meses
Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón ¹	\$ 200,000	6 meses
Colecistectomía ²	\$ 60,000	30 días
Diabetes mellitus ¹	\$ 40,000	6 meses
Enfermedades cerebrovasculares ¹	\$ 200,000	N/A
Hiperplasia Prostática ¹	\$ 40,000	6 meses
Infarto Cardíaco Agudo ¹	\$ 200,000	N/A
Influenza y neumonía ¹	\$ 60,000	30 días
Insuficiencia Renal Crónica ¹	\$ 200,000	3 meses
Litotripsia extracorpórea ²	\$ 60,000	30 días
Trasplante de Órganos ²	\$ 200,000	3 meses

¹ Padecimiento, ² Procedimiento

8. APARTADO OCHO – PAGO DE INDEMNIZACIONES

8.1. INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA EL ASEGURADO

8.1.1. PAGO DE PRIMA

Encontrándose vigente la póliza de seguro, para que las reclamaciones procedentes presentadas por el Asegurado sean cubiertas, es necesario que la prima correspondiente al seguro haya sido pagada, en caso contrario, la reclamación será cubierta una vez que MetLife hubiere compensado el monto de primas que se le adeuden de la prestación debida al asegurado.

8.1.2. ORIENTACIÓN Y ASISTENCIA MÉDICA

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

Distrito Federal: 5328-7000 y la opción 2 del menú principal.

Interior de la República: 01800-00-METLIFE(638-5433) y la opción 2 del menú principal.

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

8.1.2.1. Primeros auxilios

8.1.2.2. Algunas enfermedades, signos y síntomas

8.1.2.3. Uso de medicamentos

8.1.2.4. Vacunación

8.1.2.5. Prevención de auto medicamentos

8.1.2.6. Tabaquismo, alcoholismo y fármaco dependencia

8.1.2.7. Referencia de Médicos de diferentes especialidades

8.1.2.8. Referencia de Hospitales, Laboratorios, Gabinetes y Farmacias

8.1.2.9. 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

8.1.2.10 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

El pago que corresponda a los eventos que resulten cubiertos en los términos de la presente póliza se encontrarán a disposición del Asegurado o quien corresponda, en las oficinas de MetLife dentro de los 5 días naturales a la fecha que se reciban todas las pruebas que fundamenten la indemnización que MetLife haya solicitado de acuerdo a lo citado como "Documentos necesarios para la comprobación" para cada una de las coberturas del apartado 5.

En caso de no entregar la información necesaria para la comprobación del evento, MetLife quedará liberada de cualquier obligación derivada de la correspondiente reclamación.

El Asegurado acepta y reconoce expresamente que MetLife no estará obligada a entregar una indemnización en exceso a la que corresponde a cada cobertura.

MetLife tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar a su costa cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del Asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a MetLife de cualquier obligación.

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

En caso de que MetLife notifique la improcedencia de una reclamación a causa de preexistencia, el reclamante podrá acudir a un perito médico que sea designado entre el reclamante y MetLife, para un arbitraje privado.

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

El procedimiento del arbitraje estará establecido por la persona asignada por el reclamante y por MetLife quienes al momento de acudir a ella 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.

En el supuesto de que iniciado el trámite de reclamación de pago, el asegurado fallezca, el monto correspondiente a la reclamación presentada que resulte procedente, será cubierto al asegurado titular o al asegurado beneficiario, según corresponda y a falta de este, a quien acredite derechos de sucesión a bienes del asegurado.

9. APARTADO NUEVE – CLÁUSULAS GENERALES

9.1. CLÁUSULAS DE INTERÉS PARA EL ASEGURADO

9.1.1. ALTAS DE ASEGURADOS

El alta de asegurados es exclusiva para los siguientes casos:

Los hijos nacidos dentro de la vigencia de esta póliza así como aquellos que adquieran tal carácter dentro de la vigencia de esta póliza por adopción en términos de la disposición civil vigente en cuyo caso deberá presentarse a MetLife la sentencia definitiva y/en su caso el acta emitida por el registro civil, 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.

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.

En los casos de los dos 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 al nuevo Asegurado

9.1.2. BAJA DE ASEGURADOS

Causarán baja de esta 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.

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

En caso de baja de cualquier asegurado durante la vigencia de la presente póliza, 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.

9.1.3. EDAD ALCANZADA

9.1.3.1. Para efecto de esta 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.

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

9.1.3.2. Inexactitud en la indicación de la edad

Si la edad real se encuentra fuera de los límites establecidos, el seguro será rescindido y se reintegrará al Contratante el 70% de la prima de ese Asegurado, correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza, sin incluir el derecho de póliza. MetLife ejercerá esta acción al momento de conocer el hecho.

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.

9.1.4. FORMA DE PAGO

El Contratante liquidará la prima de acuerdo a la periodicidad pactada entre las partes en la fecha de celebración del contrato.

La prima o cada una de sus fracciones vencerán al inicio de cada período pactado. El Contratante gozará de un período de gracia de 30 días naturales para liquidar el total de la prima, o la 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.

Las primas convenidas se pagarán en las oficinas de MetLife contra entrega del recibo correspondiente.

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.

9.1.5. 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.

9.1.6. PERIODO DE GRACIA

Lapso de 30 días naturales contados a partir de la fecha de vencimiento de la prima que tiene a cargo el Contratante para liquidar el total o la primer 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 periodo, el Asegurado goza de la cobertura de la póliza, en caso de siniestro indemnizable, MetLife deducirá de la indemnización el total de la prima pendiente de pago. Las reclamaciones presentadas durante este periodo se harán únicamente por el mecanismo de reembolso.

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.

9.1.7. PRIMAS

La prima de esta póliza será la suma de las correspondientes a cada Asegurado de acuerdo con la tarifa en vigor en la fecha de iniciación de la póliza, y en su caso, la extraprima correspondiente. En cada renovación, la prima se determinará aplicando las tarifas en vigor a esa fecha y en su caso, la extraprima correspondiente.

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

En caso 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.

9.1.8. RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD

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.

No se reconocerá la antigüedad generada en cualquier otra póliza de Gastos Médicos Mayores, salvo la que se genere en la presente póliza.

9.1.9. 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.

9.1.10. 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.

En caso de cancelación de la póliza o no renovación, se otorgará un periodo máximo de beneficio de 30 días naturales contados a partir de la fecha de cancelación de la póliza o fecha de término de vigencia el cual terminará al agotarse la suma asegurada, a la recuperación de la salud o a la terminación de este periodo.

En caso de cancelación de la póliza con base a lo estipulado en el punto 8.2.2. CANCELACION, 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.

9.2. CLÁUSULAS OPERATIVAS

9.2.1. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Si el Asegurado cambia de ocupación, inicia la práctica de algún deporte o inicia la exposición a un riesgo modificando las condiciones de su contrato inicial, deberá avisar por escrito a MetLife, quien se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al que se exponga. Si MetLife acepta el riesgo, podrá cobrar la extraprima correspondiente a la nueva ocupación y/o deporte, o bien, excluirá las enfermedades o accidentes derivados del nuevo riesgo.

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.

9.2.2. CANCELACIÓN

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

En caso de que el Contratante decida dar por terminado la póliza después de los primeros 30 días naturales de vigencia de la póliza, MetLife devolverá al Contratante el 60% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza sin incluir derechos de póliza siempre que la póliza no tenga registrado siniestro alguno.

9.2.3. RESCISIÓN DEL CONTRATO

En caso de que alguno de los Asegurados que forman parte de la póliza, incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisión, MetLife podrá rescindir el contrato en términos de lo previsto por el Art. 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, devolviendo al Contratante la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza sin incluir derechos de póliza.

9.2.4. RESIDENCIA

Para efecto de esta póliza sólo podrán quedar protegidas por este seguro, las personas que radiquen permanentemente en la República Mexicana.

En caso de que el Asegurado permanezca en el extranjero por más de tres meses y por un máximo de doce meses, cualquier siniestro que ocurra durante dicho período, no quedará cubierto y cesarán automáticamente los efectos de esta póliza.

9.2.5. 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:

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

9.2.5.2. 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.

9.2.6. VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La vigencia de esta póliza será de un año, entrando en vigor desde la fecha y hora que se estipula en la carátula de la Póliza, siempre que la prima vencida sea pagada dentro del período convenido.

9.2.7. MODIFICACIONES

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaran con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente, dentro de los 30 días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo, se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

9.3. CLÁUSULAS CONTRACTUALES

9.3.1. ARBITRAJE MÉDICO PARA PADECIMIENTO PREEXISTENTE

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

MetLife acepta que si el reclamante acude a esta instancia se someterá 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 arbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que se emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por MetLife.

9.3.2. COMPETENCIA

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

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

9.3.3. COMUNICACIONES

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

Las comunicaciones que MetLife haga al Contratante se dirigirán al último domicilio que se conozca.

9.3.4. INTERÉS MORATORIO

En caso de que MetLife, no obstante de haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro se obliga a pagar al Asegurado, beneficiario o tercero dañado una Indemnización por mora de conformidad con lo establecido 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.

9.3.5. 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.

9.3.6. NOTIFICACIONES

Cualquier reclamación o notificación realizada por el Asegurado, relacionada con el presente seguro, deberá hacerse por escrito a MetLife en su domicilio social indicado en la carátula de la póliza.

Cualquier notificación realizada por MetLife relacionada con el presente seguro, deberá hacerse por escrito en el último domicilio que haya notificado el Asegurado para tal efecto.

9.3.7. 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 (Artículos 8, 9 y 10 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro).

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

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.

9.3.8. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de esta póliza de seguro prescribirán en dos años, contados en términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma Ley 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 corrido, sino desde el día en que MetLife haya tenido conocimiento de él y, si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

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

9.3.9. 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 de la presente póliza.

9.3.10. REVELACIÓN DE COMISIONES

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución 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 esta póliza. 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.

9.3.11. SUBROGACIÓN

De conformidad con el artículo 152 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la empresa aseguradora 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. La empresa 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 solo en parte, el Asegurado y la Aseguradora concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

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

ANEXO I – ARTÍCULOS CITADOS EN LAS CONDICIONES GENERALES

ANEXO 1.1. LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

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 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.

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.
- 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.- 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.
- 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 falta de presentación del informe, no podrá ser causa para suspender o diferir la audiencia referida y ésta deberá darse por concluida el día señalado para su celebración, salvo que por cualquier circunstancia, a juicio de la Comisión Nacional no pueda celebrarse en la fecha indicada, caso en el cual se deberá verificar dentro de los cinco días hábiles siguientes.
- V. La falta de presentación del informe a que se refiere el párrafo anterior dará lugar a que la Comisión Nacional valore la procedencia de las pretensiones del usuario con base en los elementos con que cuente, y para los efectos de la emisión del dictamen técnico en su caso a que se refiere la fracción VII siguiente.
- VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del Usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la Institución Financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la Institución Financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional.

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

En el evento de que la Institución Financiera no asista a la junta de conciliación o las partes rechacen el arbitraje, y siempre que del expediente se desprendan elementos que a juicio de la Comisión Nacional permitan suponer la procedencia de lo reclamado, ésta podrá emitir, previa solicitud por escrito del Usuario, un dictamen técnico que contenga su opinión. Para la elaboración del dictamen, la Comisión Nacional podrá allegarse todos los elementos que juzgue necesarios.

La Comisión Nacional entregará al reclamante, contra pago de su costo, copia certificada del dictamen técnico, a efecto de que lo pueda hacer valer ante los tribunales competentes, quienes deberán tomarlo en cuenta en el procedimiento respectivo.

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

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

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

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

- VIII. En caso de que las partes lleguen a un acuerdo para la resolución de la reclamación, el mismo se hará constar en el acta circunstanciada que al efecto se levante. En todo momento, la Comisión Nacional deberá explicar al Usuario los efectos y alcances de dicho acuerdo; si después de escuchar explicación el Usuario decide aceptar el acuerdo, éste se firmará por ambas partes y por la Comisión Nacional, fijándose un término para acreditar su cumplimiento. El convenio firmado por las partes tiene fuerza de cosa juzgada y trae aparejada ejecución.
- IX. La carga de la prueba respecto del cumplimiento del convenio corresponde a la Institución Financiera y, en caso de omisión, se hará acreedora de la sanción que proceda conforme a la presente Ley.
- X. Concluidas las audiencias de conciliación y en caso de que las partes no lleguen a un acuerdo, la Comisión Nacional ordenará a la Institución Financiera correspondiente que registre el pasivo contingente que derive de la reclamación, y dará aviso de ello, en su caso, a las Comisiones Nacionales a las que corresponda su supervisión. Ese registro contable podrá ser cancelado por la Institución Financiera, bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio al procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

En el caso de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, la orden mencionada en el primer párrafo de esta fracción, se referirá a la constitución e inversión conforme a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder de la suma asegurada. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada.

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

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:

- I.- Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal y su pago se hará en moneda nacional al valor que las Unidades de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo.

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

- II.- Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la empresa de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio que se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora.
- III.- En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables.
- IV.- En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento.
- 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.
- 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.