MedicaLife
Familiar 2021

Condiciones generales

RECAS:CONDUSEF-004961-03

Contenido

1. Apartado uno – Objeto del seguro 1

2. Apartado dos – Definiciones 1

2.1. Contratante 1

2.2. Asegurado titular 1

2.3. Asegurado dependiente 1

2.4. Beneficiario 1

2.5. Póliza 1

2.6. Endoso 1

2.7. Enfermedad o padecimiento 1

2.8. Accidente 1

2.9. Muerte accidental 1

2.10. Evento 2

2.11. Evento preexistente 2

2.12. Reclamación 2

2.13. Médico 2

2.14. Médico especialista 2

2.15. Médico tratante 2

2.16. Honorarios médicos 2

2.17. Gasto médico 2

2.18. Gasto médico mayor 2

2.19. Medicamento 3

2.20. Emergencia médica 3

2.21. Urgencia médica 3

2.22. Hospital, clínica o sanatorio 3

2.23. Hospitalización 4

2.24. Prestador de servicios médicos independientes (red de proveedores) 4

2.25. Plan hospitalario 4

2.26. Producto contratado 4

2.27. Prima 4

2.28. Derechos de póliza 4

2.29. Prima neta 4

2.30. Prima neta no devengada 4

2.31. Extraprima 5

2.32. Suma Asegurada 5
2.33. Deducible 5
2.34. Coaseguro 5
2.35. Periodo de vigencia 5
2.36. Fecha de ocurrencia 5
2.37. Reconocimiento de antigüedad o antigüedad reconocida 5
2.38. Antigüedad generada en MetLife 5
2.39. Periodo de espera 5
2.40. Periodo de gracia 6
2.41. Periodo al descubierto 6
2.42. Tabulador de honorarios médicos 6
2.43. Unidad de Medida y Actualización Mensual (UMAM) 6
2.44. Tarjeta de identificación 6
2.45. Segunda valoración médica 6
2.46. Aparatos ortopédicos 7
2.47. Cirugía bariátrica 7
2.48. Obesidad mórbida, obesidad grave u obesidad clase III 7
2.49. Padecimiento o enfermedad congénita 7
2.50. Recién nacido prematuro 7
2.51. Prótesis 7
2.52. VIH 7
2.53. Tratamiento médico experimental 7
2.54. Región anatómica 7
3. Apartado tres– Descripción de coberturas 7
3.1. Gastos hospitalarios 8
3.2. Honorarios médicos 8
3.2.1. Honorarios por consultas médicas y/o tratamientos médicos 8
3.2.2. Honorarios por procedimientos quirúrgicos 8
3.3. Medicamentos 10
3.4. Auxiliares de diagnóstico 10
3.5. Otros servicios médicos 10
3.5.1. Ambulancia 10
3.5.2. Honorarios de enfermería 11
3.5.3. Prótesis y endoprótesis 11

3.5.4. Aparatos ortopédicos 11
3.5.5. Renta de equipo de hospital 12
3.5.6. Tratamientos de inhalo terapia, terapia radioactiva o quimioterapia 12
3.5.7. Rehabilitación física o neurorrehabilitación 12
3.5.8. Menopausia 12
3.5.9. Cirugía asistida por robot 12
3.5.10. Tratamientos dentales bajo MetDental 12
3.6. Gastos médicos de causas sujetas a condiciones específicas 19
3.6.1. Padecimientos del recién nacido 19
3.6.2. Maternidad: parto y cesárea 19
3.6.3. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio 20
3.6.4. Deportes 20
3.6.5. Tratamientos dentales 20
3.6.6. Síndrome de Prader-Willi 20
3.6.7. Cirugía reconstructiva 21
3.6.8. Trasplantes 21
3.6.9. Infección por VIH 21
3.6.10. Daño psiquiátrico y psicológico 21
3.6.11. Eventos preexistentes 22
3.6.12. Emergencias de gastos médicos no cubiertos 23
3.6.13. Cirugía bariátrica 24
3.6.14. Tratamiento sujeto a segunda valoración médica 24
3.7. Periodo de beneficio 25
4. Apartado cuatro – Gastos médicos cubiertos con periodos de espera 25
4.1. Padecimientos cubiertos con 10 meses de periodo de espera 25
4.1.1. Padecimientos congénitos, genéticos, nacimiento prematuro, complicaciones del recién nacido, en los términos de la cláusula 3.6.1 Padecimientos congénitos, genéticos, nacimiento prematuro y complicaciones del recién nacido. 25
4.1.2. Parto o cesárea de la madre biológica asegurada en los términos de la cláusula 3.6.2 Maternidad: parto y cesárea 25
4.1.3. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio de la asegurada en los términos de la cláusula 3.6.3 Complicaciones del embarazo, parto y puerperio 25
4.2. Padecimientos cubiertos con 12 meses de periodo de espera 25
4.2.1. Enfermedades ácido-pépticas incluida la enfermedad por reflujo gastroesofágico 25
4.2.2. Cirugía bariátrica en los términos de la cláusula 3.6.13 Cirugía bariátrica 25
4.2.3. Cáncer 25

4.3. Padecimientos cubiertos con 24 meses de periodo de espera 25
4.3.1. Hernias y eventraciones 25
4.3.2. Diástasis 25
4.3.3. Padecimientos de las glándulas mamarias 25
4.3.4. Padecimientos del útero y ovarios 26
4.3.5. Padecimientos relacionados con las amígdalas 26
4.3.6. Padecimientos ano-rectales 26
4.3.7. Padecimientos prostáticos 26
4.3.8. Padecimientos ginecológicos 26
4.3.9. Varices 26
4.3.10. Insuficiencia del piso perineal 26
4.3.11. Padecimientos de la vesícula y vías biliares 26
4.3.12. Cataratas 26
4.3.13. Litiasis renal y en vías urinarias 26
4.3.14. Operaciones y tratamientos de nariz y senos paranasales 26
4.3.15. Circuncisiones 26
4.3.16. Padecimientos de la columna vertebral, protrusión discal y hernia discal 26
4.3.17. Procedimientos médicos o quirúrgicos de cualquier estructura anatómica de la rodilla 26
4.4. Padecimientos cubiertos con 48 meses de periodo de espera 26
4.4.1. Infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en los términos de la cláusula 3.6.9 Infección por VIH 26
4.5. Padecimientos cubiertos con 60 meses de periodo de espera 26
4.5.1. Eventos preexistentes que no hayan sido declarados en la solicitud de seguro del Asegurado en los términos de la cláusula 3.6.11 Eventos preexistentes. 26
5. Apartado cinco – Características del producto contratado 26
5.1. Plan hospitalario 26
5.2. Suma Asegurada 27
5.3. Deducible 27
5.3.1. Deducible para las pólizas del plan MedicaLife Práctico 27
5.4. Coaseguro 27
5.4.1. Honorarios médicos 27
5.4.2. Hospital 27
5.4.3. Otros gastos 28
5.4.4. Medicamentos fuera del hospital por pago directo 28
5.4.5. Tope de coaseguro 28

6. Apartado seis –Exclusiones 29
6.1. Padecimientos o tratamientos no cubiertos 29
6.2. Lesiones no cubiertas 30
6.3. Honorarios médicos no cubiertos 31
6.4. Gastos hospitalarios no cubiertos 31
6.5. Otros servicios médicos no cubiertos 32
6.6. Otras exclusiones 32
7. Apartado siete – Pago de reclamaciones 33
7.1. Pago de reclamaciones 33
7.1.1. Arbitraje médico 33
7.1.2. Cirugía programada 34
7.1.3. Pago directo 34
7.1.4. Reembolso 35
7.1.5. Pago de reclamaciones en el extranjero 36
8. Apartado ocho – Coberturas adicionales con costo 37
8.1. Cobertura de emergencia en el extranjero 37
8.1.1. Exclusiones 38
8.2. Cobertura de enfermedades catastróficas en el extranjero 38
8.3. Cobertura en el extranjero 39
8.4. Cobertura de últimos gastos 40
8.5. Cobertura de muerte accidental 40
8.5.1. Exclusiones 41
8.5.2. Terminación 41
8.6. Cobertura de renta diaria por hospitalización 42
8.6.1. Exclusiones 42
8.6.2. Límites de edad 43
8.7. Cobertura de visión 43
8.7.1. Exclusiones 43
8.8. Cobertura MetDental Plus 44
8.8.1. Exclusiones 47
8.9. Cobertura franja fronteriza 50
8.10. Reducción de deducible por accidente 50
8.11. Incremento al tabulador de honorarios médicos 51
8.12. Protección garantizad 51

8.13. Estudiantes en el extranjero 53
8.13.1. Exclusiones 53
8.14. Incremento de Suma Asegurada 54
8.14.1. Exclusiones 54
8.15. Conversiones derivadas de contratos colectivos 54
9. Apartado nueve – Cláusulas generales 54
9.1. Altas de Asegurados 54
9.2. Baja de Asegurados 55
9.3. Edad 55
9.4. Prima 56
9.5. Pago de prima 56
9.6. Periodicidad de pago 56
9.7. Carencia de restricciones 56
9.8. Cambio de ocupación 56
9.9. Agravación del riesgo 57
9.10. Rehabilitación 58
9.11. Régimen fiscal 58
9.12. Reconocimiento de antigüedad 58
9.13. Cláusulas operativas 58
9.13.1. Cobertura del contrato 58
9.13.2. Cancelación 58
9.13.3. Terminación del contrato 59
9.13.4. Vigencia del contrato 59
9.13.5. Rescisión del contrato 59
9.13.6. Modificaciones al contrato 59
9.13.7. Residencia 60
9.14. Cláusulas contractuales 60
9.14.1. Derecho del Contratante para conocer el porcentaje de intermediación 60
9.14.2. Competencia 60
9.14.3. Interés moratorio 61
9.14.4. Moneda 61
9.14.5. Notificaciones 61
9.14.6. Omisiones o inexactas declaraciones 61
9.14.7. Prescripción 61

9.14.8. Responsabilidad 62

9.14.9. Subrogación 62

9.14.10. Beneficios fiscales 62

9.14.11. Renovación 62

9.14.12. Referencias legales 63

10. Anexo referencias legales 63

1. Apartado uno – Objeto del seguro

MetLife México, S.A. de C.V., en adelante denominada MetLife, se compromete a cubrir los gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud del Asegurado, cuando se haya afectado por causa de una enfermedad o accidente y de acuerdo con las coberturas y las características contratadas en el presente seguro.

2. Apartado dos – Definiciones

2.1. Contratante

Es aquella persona física o moral, que lleva a cabo con MetLife la celebración del contrato y que realizará el pago de la prima.

2.2. Asegurado titular

Es la persona física protegida a través del presente contrato, firma como responsable de la veracidad de las respuestas asentadas en la solicitud de seguro sobre su persona y de los otros Asegurados por la presente póliza.

2.3. Asegurado dependiente

Cónyuge, concubina o concubinario, hijos o ascendientes del Asegurado titular, que se encuentren cubiertos en la misma póliza.

2.4. Beneficiario

Persona o personas física(s) o moral que, por designación del Asegurado titular, y a falta de designación de este por disposición legal, tienen derecho a recibir la Suma Asegurada contratada para las coberturas que aplique, en su proporción correspondiente.

2.5. Póliza

Es el presente 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.

2.6. Endoso

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

2.7. Enfermedad o padecimiento

Toda alteración de la salud que padezca el Asegurado y que amerite tratamiento médico y/o quirúrgico prescrito por un médico legalmente autorizado y en su caso con la especialidad médica correspondiente. Complicaciones y secuelas se considerarán como parte de la misma enfermedad cubierta que les dio origen.

2.8. Accidente

Se entenderá por accidente aquel suceso que sufre el Asegurado ajeno a su voluntad, derivado de una causa externa que se presenta de forma súbita, fortuita y/o violenta, produciendo lesiones corporales que requieren de atención médica.

2.9. Muerte accidental

Se entenderá por muerte accidental la que tiene como causa aquel acontecimiento proveniente de una causa externa que se presenta de forma súbita, fortuita y/o violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca la muerte en la persona del Asegurado dentro de los 90 días naturales siguientes a la fecha del accidente. No se considera accidente a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el Asegurado.

2.10. Evento

Es la ocurrencia de un accidente o enfermedad que sufre el Asegurado incluyendo todas las lesiones, complicaciones, recaídas, secuelas o afecciones derivadas del mismo. Para los efectos de estas condiciones generales el embarazo, parto o cesárea serán considerados como un evento.

La procedencia o pago del evento dependerá del cumplimiento de las condiciones generales aplicables.

2.11. Evento preexistente

Se entenderá como evento preexistente, aquel:

a) Que haya presentado el Asegurado previamente a la celebración del presente contrato, comprobable mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

b) Por el que previamente a la celebración del contrato el Asegurado haya hecho gastos para recibir un tratamiento médico, comprobables documentalmente.

c) Cuando MetLife cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico del accidente o enfermedad, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico para resolver si el evento es preexistente.

2.12. Reclamación

Es el trámite que realiza el Contratante o Asegurado ante MetLife, para solicitar el pago de gastos médicos mayores generados a consecuencia de un evento.

2.13. Médico

Persona legalmente autorizada mediante cédula profesional vigente para ejercer la medicina, incluyendo médicos homeópatas y quiroprácticos.

2.14. Médico especialista

Médico avalado por un organismo colegiado de la ciencia médica en una especialidad, maestría o diplomado, que cuente con cédula profesional o documento con validez oficial de la especialidad.

2.15. Médico tratante

Médico que está a cargo de la atención y evolución diaria del paciente Asegurado durante el período de hospitalización o tratamiento médico de un evento.

2.16. Honorarios médicos

Pago que recibe el médico legalmente autorizado por los servicios que presta al Asegurado en los términos del seguro.

2.17. Gasto médico

Es cualquier pago que se realiza para la atención médica, tratamiento o procedimiento médico o quirúrgico prescrito por un médico a consecuencia de un evento.

2.18. Gasto médico mayor

Es la acumulación de gastos médicos cuyo monto supera el deducible contratado, especificado en la carátula y/o endosos de la póliza.

2.19. Medicamento

Producto farmacéutico empleado para el tratamiento de un accidente, enfermedad, embarazo, parto o cesárea cubierto, el cual se encuentra registrado bajo este rubro en la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM) o en la farmacopea del país donde sea dispensado, entendiendo como farmacopea el documento expedido por la Secretaría de Salud (en el caso de México) que consigna los métodos generales de análisis y los requisitos sobre identidad, pureza y calidad de los fármacos, aditivos, medicamentos, productos biológicos y demás insumos para la salud.

2.20. 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, una función o la viabilidad de alguno de los órganos y que requiera atención médica inmediata en un hospital, clínica o sanatorio, como resultado de algún evento.

2.21. Urgencia médica

Aquel tratamiento médico o quirúrgico al que se deba someter el Asegurado por la aparición fortuita (imprevista e inesperada) en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la consciencia de una necesidad inminente de atención por parte del Asegurado, sin que esté en peligro su vida o la función o viabilidad de alguno de los órganos.

2.22. Hospital, clínica o sanatorio

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

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

Tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos originados a consecuencia de un accidente, enfermedad, parto, cesárea o embarazo, por médicos legalmente autorizados durante las 24 horas del día y durante todos los días del año.

No se considerará como hospital, clínica o sanatorio:

a) Clínicas para el tratamiento de enfermedades mentales o cuyo principal objetivo sea el tratamiento de enfermedades psiquiátricas.

b) Casas para ancianos, casas de descanso, centros para el tratamiento de drogadictos, alcohólicos y neuróticos.

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

Cualquier atención médica recibida por el Asegurado en algún establecimiento que no se considere hospital clínica o sanatorio, no estará cubierta por el seguro, aun tratándose de una emergencia médica.

2.23. Hospitalización

Estancia continua del Asegurado en un hospital, clínica o sanatorio, para la atención médica de un accidente, enfermedad, parto, cesárea o embarazo; dicha estancia inicia en el momento en que el Asegurado ingresa al hospital, clínica o sanatorio y concluye con el alta que otorgue el médico tratante, o con la carta responsiva que firme él, los familiares o el médico que, en tal caso, serán responsables del paciente Asegurado.

2.24. Prestador de servicios médicos independientes (red de proveedores)

Conjunto de hospitales, clínicas o sanatorios, médicos, especialistas, farmacias, laboratorios clínicos, gabinetes, centros de rehabilitación, proveedores de equipo médico, entre otros, que, por un contrato de administración de pago celebrado con MetLife, se obligan a prestar los servicios médicos contratados directamente a los Asegurados.

Los prestadores de servicios médicos independientes:

a) Llevan a cabo sus actividades con completa autonomía profesional, técnica, administrativa y directiva, sin que MetLife pueda intervenir en el criterio médico adoptado por aquellos, o ejercer funciones de dirección en el desempeño de estas.

b) Son libremente elegidos por el Contratante o Asegurado para la procedencia de su atención médica mediante del mecanismo de pago directo y cirugía programada, ya que tienen celebrado un contrato con MetLife para tal efecto.

c) Se encuentran legalmente autorizados por las autoridades competentes para proporcionar los servicios correspondientes de acuerdo con su especialidad.

El conjunto de prestadores de servicios médicos independientes que MetLife pone a disposición de los Asegurados:

a) Tiene como único objetivo establecer un beneficio para éstos, ya que, por virtud de los contratos de administración de pago celebrados, los Asegurados se benefician de costos preferenciales, otros servicios médicos, entre otros.

b) Es con fines referenciales y de ninguna manera éstos se encuentran obligados a solicitar los servicios de aquellos, sino que, en todo momento, queda en completa libertad de seleccionar o elegir a cualquier prestador de servicios que mejor convenga a sus intereses.

c) Puede sufrir modificaciones en cualquier momento y sin previo aviso.

2.25. Plan hospitalario

Es la clasificación que se le da a un grupo de médicos, hospitales, clínicas y sanatorios que pertenecen a los prestadores de servicios médicos independientes.

Un hospital, clínica o sanatorio será clasificado en sólo un plan hospitalario.

2.26. Producto contratado

Es el conjunto de coberturas, condiciones y vigencia de la póliza tales como el plan hospitalario, Suma Asegurada, deducible, coaseguro, coberturas adicionales, entre otras, incluyendo sus endosos, que indican al Asegurado los beneficios a los que tiene derecho y el plazo de estos.

2.27. Prima

Es aquella cantidad de dinero que el Contratante debe pagar por el producto contratado establecida en la carátula de la póliza.

2.28. Derechos de póliza

Es el costo por la expedición de la póliza.

2.29. Prima neta

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

2.30. Prima neta no devengada

Porción de prima neta que corresponde al periodo de la vigencia del seguro que no ha transcurrido.

2.31. Extraprima

Prima adicional en cualquiera de las coberturas contratadas para cubrir un riesgo mayor al considerado en la prima básica y se calcula con base en la información declarada por el solicitante del seguro.

2.32. Suma Asegurada

Monto máximo especificado en la carátula de la póliza, que MetLife pagará por los gastos médicos mayores resultantes de cada evento cubierto de acuerdo con el producto contratado, siempre y cuando el evento y el gasto médico mayor ocurran durante la vigencia del seguro.

La Suma Asegurada es independiente para cada evento y quedará fija a partir de la fecha en que se efectúe el primer gasto médico cubierto.

La responsabilidad de MetLife cesará cuando se agote la Suma Asegurada del evento y cualquier gasto médico adicional relacionado con el mismo, quedará a cargo del Asegurado.

2.33. Deducible

Cantidad de los gastos médicos establecida en la carátula de la póliza, que está a cargo del Asegurado para cada evento cubierto.

El pago de los gastos médicos relacionados con un evento comenzará una vez que el cúmulo de éstos superen el deducible.

2.34. Coaseguro

Es el porcentaje de los gastos médicos cubiertos que deberá pagar el Asegurado, una vez descontado el deducible.

2.35. Periodo de vigencia

Es el periodo durante el cual el Asegurado tiene derecho a la cobertura y beneficios contratados de la póliza. La fecha de inicio y fin de este periodo se establecen en la carátula de la póliza.

2.36. Fecha de ocurrencia

Para enfermedades será:

a) La fecha de elaboración de un expediente médico firmado por un médico, en el que se haya diagnosticado la enfermedad mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

b) La fecha en la que se efectuó el primer gasto médico comprobable a causa de la enfermedad.

Para un accidente, embarazo, parto o cesárea será la fecha en que sucedió el mismo.

2.37. Reconocimiento de antigüedad o antigüedad reconocida

Es el tiempo en que de manera continua el Asegurado ha mantenido vigente su protección en condiciones similares dentro de uno o varios seguros de gastos médicos mayores en alguna compañía de seguros.

2.38. Antigüedad generada en MetLife

Es el reconocimiento de antigüedad generada en productos de gastos médicos mayores individuales de MetLife.

2.39. Periodo de espera

Es el tiempo que debe transcurrir de manera continua desde la fecha de alta del Asegurado en la póliza para poder cubrir los gastos médicos mayores de un evento conforme a las presentes condiciones. Durante este periodo de tiempo, MetLife no cubrirá los gastos médicos efectuados ni eventos originados, salvo lo estipulado en el reconocimiento de antigüedad.

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

2.40. Periodo de gracia

El periodo de gracia para el pago de la prima vencerá una vez transcurridos 30 días a partir del inicio de cada periodo pactado (anual, semestral, trimestral o mensual). Durante este período, el Asegurado gozará de la cobertura de la póliza.

Los efectos del seguro 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.

2.41. 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.

Al momento de originarse un período al descubierto de 30 o más días, los Asegurados pierden la antigüedad reconocida.

Aunque el evento este cubierto bajo las condiciones del presente contrato, no procederá el pago de reclamaciones durante este periodo.

2.42. Tabulador de honorarios médicos

Es el catálogo o relación de procedimientos médicos, quirúrgicos, renta o compra de equipo, tratamientos especiales y tratamientos dentales, en el cual se especifica el monto máximo que pagará MetLife, por cada uno de estos procedimientos y de acuerdo con el plan contratado y al lugar o zona geográfica donde éstos se realicen.

Los Asegurados podrán conocer el detalle de los tabuladores y/o tablas de intervenciones quirúrgicas y para tales efectos, MetLife pone a su libre disposición de manera permanente las 24 horas del día y durante los 365 días del año, a través de su portal electrónico en la ruta https://www.metlife.com.mx/servicios/tabulador-gastos-medicos/ en el cual se especificarán los límites de los importes de los honorarios médicos que pudieren llegar a cubrirse.

MetLife hace constar que, en caso de que el médico tratante forme parte del grupo de prestadores de servicios médicos independientes, y la reclamación del pago se realice a través del mecanismo de pago directo, el Contratante/Asegurado no deberá hacer ningún desembolso extra por concepto de diferencia de honorarios, contra el tabulador o tablas de intervenciones quirúrgicas para el mecanismo de pago directo.

2.43. Unidad de Medida y Actualización Mensual (UMAM)

La Unidad de Medida y Actualización (UMA) es la referencia económica en pesos para determinar la cuantía del pago de las obligaciones y supuestos previstos en las Leyes Federales, de las entidades federativas, así como en las disposiciones jurídicas que emanen de todas las anteriores.

El valor mensual de la UMAM, se calcula multiplicando el valor diario de la UMA por 30.4 veces. La actualización del valor se notificará a través de Diario Oficial de la Federación y puede ser consultada en la siguiente dirección http://www.inegi.org.mx.

2.44. Tarjeta de identificación

Documento físico o electrónico emitido por MetLife, que identifica al Asegurado para facilitarle el acceso a los prestadores de servicios médicos independientes y permitirle hacer uso del producto contratado.

2.45. Segunda valoración médica

Opinión médica a solicitud de MetLife que permita valorar los hechos relacionados con el evento reclamado para determinar su procedencia. Esta valoración se efectuará por medio de un médico especialista en la materia correspondiente, que no participe en forma alguna en la atención médica y elegido por el Asegurado perteneciente a los prestadores de servicios médicos independientes.

La segunda valoración médica se otorga sin costo alguno para el Asegurado.

2.46. Aparatos ortopédicos

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

2.47. Cirugía bariátrica

Conjunto de procedimientos quirúrgicos usados para tratar la obesidad mórbida, obesidad grave u obesidad clase III. Los procedimientos son manga gástrica, bypass gástrico, banda gástrica, switch duodenal, banda y derivación biliopancreática, mini bypass.

2.48. Obesidad mórbida, obesidad grave u obesidad clase III

Es el término para la obesidad caracterizada por un Índice de Masa Corporal (IMC) de 40.0 o mayor.

2.49. Padecimiento o enfermedad congénita

Alteración del estado de la salud, fisiológico 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.

2.50. Recién nacido prematuro

Es el recién nacido que nazca antes de las 37 semanas de gestación y que por ello requiera manejo hospitalario especializado.

2.51. 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.

2.52. VIH

Virus de Inmunodeficiencia Humana.

2.53. 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 como procedimiento quirúrgico.

2.54. Región anatómica

Subdivisión del cuerpo humano, definida por sus funciones y relaciones anatomo fisiológicas, que en caso de un procedimiento quirúrgico se accede a través de la misma vía de abordaje. Entendiendo como vía de abordaje al acceso quirúrgico, disección especifica por medio de la cual se expone un órgano o una estructura en la cirugía.

3. Apartado tres– Descripción de coberturas

Gastos médicos cubiertos

Son los gastos médicos mayores que efectúe el Asegurado o Contratante, que serán cubiertos por MetLife siempre y cuando:

- Sean procedentes de acuerdo con las condiciones del presente contrato

- Se hayan efectuado durante la vigencia de la póliza y en la república mexicana
- Exista un diagnóstico definitivo del evento que los originaron
- El evento que los originó este cubierto por la presente póliza y su fecha de ocurrencia haya sido dentro la vigencia de este contrato

Los gastos médicos mayores efectuados fuera del territorio nacional podrán ser cubiertos en caso de contratar una o más de las siguientes coberturas y bajo los límites y condiciones que éstas establezcan:

- Plan MedicaLife Internacional
- Cobertura adicional Emergencia en el Extranjero,
- Cobertura adicional Franja Fronteriza
- Cobertura adicional Enfermedades Catastróficas en el Extranjero

Los gastos médicos cubiertos por la póliza son los siguientes:

- Gastos hospitalarios
- Honorarios médicos
- Medicamentos
- Auxiliares de diagnóstico
- Otros servicios médicos
- Gastos médicos por causas sujetas condiciones específicas

Cuyos alcances se describen a continuación:

3.1. Gastos hospitalarios

Cuando la hospitalización del Asegurado sea médicamente justificable por el médico tratante, se cubrirán los siguientes gastos efectuados en hospitales, clínicas o sanatorios legalmente autorizados:

3.1.1. El costo de un cuarto privado estándar, alimentos del paciente Asegurado y paquete o kit de admisión.

3.1.2. Sala de operaciones, de recuperación o de curaciones, así como unidad de terapia intensiva, intermedia o cuidados coronarios.

3.1.3. Insumos hospitalarios y auxiliares de diagnóstico, así como tratamientos médicos indispensables, siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante.

3.1.4. Sueros y soluciones intravenosas prescritas por el médico tratante e indispensables para el tratamiento de un evento cubierto.

3.1.5. Se cubre el costo de los análisis y pruebas de compatibilidad de la sangre y/o sus derivados del donador de acuerdo con el número de paquetes utilizados por el Asegurado.

3.1.6. Costo de la cama extra para el acompañante.

3.2. Honorarios médicos

3.2.1. Honorarios por consultas médicas y/o tratamientos médicos

3.2.1.1. Se cubrirán de acuerdo tabulador de honorarios médicos del producto contratado.

3.2.2. Honorarios por procedimientos quirúrgicos

3.2.2.1. Se cubrirán los honorarios médicos del cirujano con tope del monto establecido en el tabulador de honorarios médicos del producto contratado.

3.2.2.2. El monto cubierto para el anestesiólogo tendrá un tope del 30% del monto total cubierto al cirujano principal.

3.2.2.3. El monto cubierto para el primer ayudante tendrá un tope del 20%, y para el segundo ayudante y/o instrumentista se limitará hasta un 10%, del monto total cubierto al cirujano principal para cada uno.

Los conceptos del segundo ayudante y/o instrumentista se cubrirían siempre y cuando el procedimiento quirúrgico que se practique lo justifique conforme al criterio de MetLife y sean facturados de forma independiente a la factura hospitalaria.

3.2.2.4. Cuando en una misma sesión quirúrgica:

3.2.2.4.1. Se practiquen al Asegurado dos o más operaciones en una misma región anatómica de la misma especialidad, MetLife pagará únicamente el importe de la mayor, o una de ellas cuando las cantidades estipuladas en el tabulador de honorarios médicos sean iguales.

3.2.2.4.2. Se requiera de un equipo interdisciplinario de diferentes especialidades médicas, para cirugías neurológicas, trasplantes, cirugías de columna, o cirugías de corazón se pagará al cirujano principal el 100% de lo estipulado en el tabulador de honorarios médicos, y al resto del equipo de especialistas médicos el 15% a cada uno del monto definido para el cirujano principal.

3.2.2.4.3. Si el mismo cirujano efectúa otra intervención diferente a la principal en una región anatómica distinta, los honorarios de la segunda intervención se pagarán al 50% de lo estipulado en el tabulador de honorarios médicos. Cualquier otra intervención adicional no quedará cubierta

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

3.2.2.4.5. Un cirujano diferente 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 el tabulador de honorarios médicos. Cualquier otra intervención en otra región anatómica distinta a las primeras dos no quedará cubierta.

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

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

3.2.2.4.8. 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:

- **Honorarios médicos:** de acuerdo con lo estipulado en el tabulador de honorarios médicos para el padecimiento cubierto.
- **Anestesiólogo y ayudante:** de acuerdo con las políticas y porcentajes establecidos en el tabulador de honorarios médicos para el padecimiento cubierto.
- **Hospital:** se pagará el 50% de la factura total.

No se cubrirá el costo de las consultas médicas post-operatorias realizadas en los siguientes 15 días naturales a la intervención, queda incluido dentro de los honorarios médicos por procedimiento quirúrgico.

3.3. Medicamentos

Medicamentos administrados al Asegurado dentro o fuera del hospital, clínica o sanatorio cumpliendo las siguientes condiciones:

En territorio nacional:

3.3.1. Sean prescritos por un médico de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

3.3.2. Que estén relacionados con el evento cubierto.

3.3.3. Que presenten la factura emitida por el proveedor autorizado por la autoridad sanitaria.

3.3.4. Que se trate de medicamentos autorizados por las autoridades sanitarias para su venta en territorio nacional

En territorio extranjero:

3.3.5. Presentar receta emitida por el médico tratante con licencia profesional del lugar donde se brinda atención

3.3.6. Que estén relacionados con el evento cubierto

3.3.7. Que presente factura del proveedor en el extranjero que surte el medicamento

3.3.8. Que se trate de medicamentos autorizados por las autoridades sanitarias correspondientes en el extranjero

3.4. Auxiliares de diagnóstico

Análisis de laboratorio, de gabinete, imagenología, o cualquier otro indispensable para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un evento cubierto, siempre que sea prescrito por el médico tratante y que se refiera o tenga relación directa con el evento cubierto.

3.5. Otros servicios médicos

3.5.1. Ambulancia

3.5.1.1. 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.

3.5.1.2. 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 efectuados por concepto de transportación aérea dentro de la República Mexicana.

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

Formas de pago para ambulancia aérea:

3.5.1.2.1. Reembolso

El pago de estos servicios correrá a cargo del Asegurado, quien someterá su solicitud de reembolso a MetLife, quién dictaminará la reclamación y en caso de procedencia reembolsará los gastos médicos cubiertos.

Para efectos de que MetLife pueda dictaminar la procedencia del reembolso, el Asegurado deberá entregar:

3.5.1.2.1.1. Informe médico sobre las condiciones del paciente Asegurado

3.5.1.2.1.2. Factura original

3.5.1.2.1.3. La documentación médica que MetLife le requiera

3.5.1.2.2. Pago directo

En aquellos casos en que MetLife dictamine la procedencia del servicio de ambulancia aérea previo a su utilización, MetLife cubrirá directamente al prestador de servicios médicos independientes el monto de los gastos procedentes.

3.5.1.2.3. Exclusiones del servicio de ambulancia aérea.

El servicio de ambulancia aérea no se brindará cuando:

3.5.1.2.3.1 El Asegurado no esté autorizado por su médico para el traslado hasta el destino elegido.

3.5.1.2.3.2. El Asegurado no tenga confirmada su reservación de hospital y de ambulancia terrestre en el lugar del destino.

3.5.1.2.3.3. Los horarios y/o condiciones meteorológicas no permitan la operación segura del aeropuerto.

3.5.1.2.3.4. No exista en la localidad de destino un terreno adecuado para aterrizar la aeronave en condiciones seguras.

Aplicará un coaseguro del 20% del monto de los gastos por los servicios de ambulancia, ya sea terrestre o aérea, y sin que apliquen las reglas de tope de coaseguro del evento cubierto.

3.5.2. 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 UMAM por día y hasta un máximo de 30 días naturales por evento cubierto.

3.5.3. Prótesis y endoprótesis

Si se requieren a consecuencia de un evento cubierto, de acuerdo con el tabulador de honorarios médicos.

3.5.4. Aparatos ortopédicos

La renta o adquisición de aparatos ortopédicos que se requieran a consecuencia de un evento cubierto de acuerdo con el tabulador de honorarios médicos.

Para los casos de adquisición se aplicará una segunda valoración y será necesaria la autorización de MetLife para realizar el gasto.

Solamente se cubrirán los aparatos ortopédicos en una única ocasión.

3.5.5. Renta de equipo de hospital

Se cubre únicamente 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, sujeto a segunda valoración y aceptación de MetLife aplicando el tabulador de honorarios médicos correspondiente.

3.5.6. Tratamientos de inhalo terapia, terapia radioactiva o quimioterapia

Cuando se reciban bajo prescripción del médico tratante o especialista en un hospital, clínica o sanatorio.

3.5.7. Rehabilitación física o neurorrehabilitación

Tratamientos de medicina de rehabilitación física o neurorrehabilitación cuando el Asegurado lo requiera a consecuencia de un evento 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 de acuerdo con el tabulador de honorarios médicos del producto contratado, independientemente del tipo de terapia y número de especialistas que la proporcionen, teniendo un máximo de 40 sesiones por evento.

3.5.8. Menopausia

Los tratamientos médicos a consecuencia de menopausia.

3.5.9. Cirugía asistida por robot

Quedarán cubiertos los gastos correspondientes a la renta de robot, en cirugías para padecimientos neurológicos, así como los gastos de hospitalización, insumos, estudios y honorarios médicos por la cirugía y sus complicaciones.

En cirugías para padecimientos no neurológicos, se excluirá el gasto por el uso o asistencia del robot; no obstante, lo indicado, cuando el gasto pueda ser identificado en el desglose que emita el hospital, este será equiparado al gasto usual acostumbrado de la renta de equipo laparoscópico para ser cubierto. Si el gasto generado por uso o asistencia de robot no es detallado en el desglose que emita el hospital, o no puede ser identificado, dicho gasto será reemplazado por el gasto total del procedimiento, con base en el usual acostumbrado para el padecimiento tratado vía laparoscópica, en términos de la póliza contratada.

3.5.10. Tratamientos dentales bajo MetDental

Esta cobertura y los servicios derivados de la misma serán otorgados por el prestador de servicios médicos independientes.

Los gastos médicos cubiertos por este beneficio serán exclusivamente los correspondientes a tratamientos odontológicos derivados de una patología dental como consultas, caries dental, operatoria dental, odontopediatría, radiología, y cirugía dental, entre otros.

El límite de responsabilidad de esta cobertura quedará definido en el 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.

Los beneficios dentales que se otorgan serán los siguientes:

Beneficios dentales cubiertos		Copago
Servicios Básicos	Evaluación oral y periodontal, limpieza	0%
	Rayos X	20%
Restaurativo básico (Restauraciones con amalgamas y resinas)		20%
Procedimientos quirúrgicos menores (Extracciones simples y otros procedimientos menores)		20%
Periodoncia (Tratamiento de la enfermedad de encías y hueso)		20%

Límite anual por persona: 50 UMAM

UMAM: Unidad de Medida y Actualización Mensual.

I. Servicios básicos (evaluación oral, rayos X, limpiezas)		**(Aplica sobre el honorario máximo)**	
Descripción del tratamiento	**Alcance del beneficio**	**Dentro de la red pagas el copago[1]**	**Fuera de la red se reembolsa el porcentaje indicado**
Evaluación periodontal completa -paciente nuevo o establecido	1 (una) cada 12 (doce) meses	0%	100%
Intraoral - periapical de diagnóstico	Hasta 4 (cuatro) en 12 (doce) meses	20%	80%
Placa panorámica de diagnóstico	1 (una) cada 5 (cinco) años	20%	80%
Profilaxis (limpieza) en adulto y en niño menores de 14 (catorce) años de edad	Hasta 2 (dos) en 12 (doce) meses	0%	100%

II. Restaurativos básicos (restauraciones con amalgamas y resinas)		**(Aplica sobre el honorario máximo)**	
Descripción del tratamiento	**Alcance del beneficio**	**Dentro de la red pagas el copago[1]**	**Fuera de la red se reembolsa el porcentaje indicado**
Amalgama - de una a cuatro superficies en dientes primarios o permanentes	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie	20%	80%
Composite con base de resina – de una o más superficies en diente anterior	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie	20%	80%
Composite con base de resina - 1 (una) a 2 (dos) superficies - en diente posterior	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie	20%	80%

Restauración con resina fluida en dientes permanentes- hasta 16 (dieciséis) años	1 (una) cada 3 (tres) años por cada diente o superficie	20%	80%

III. Procedimientos quirúrgicos menores (extracciones simples y otros procedimientos menores)		**(Aplica sobre el honorario máximo)**	
Descripción del tratamiento	**Alcance del beneficio**	**Dentro de la red pagas el copago[1]**	**Fuera de la red se reembolsa el porcentaje indicado**
Extracción, restos coronales - dientes primarios*		20%	80%
Extracción, diente o raíz expuesta (remoción con elevador y/o fórceps)*		20%	80%
Reimplantación y/o estabilización de diente desprendido o desplazado por accidente Dental	1 (una) por diente de por vida	20%	80%
Biopsia en tejido oral - duro y blando (sin costo de laboratorio)	1 (una) en 12 (doce) meses cualquier combinación de ellas,	20%	80%
Incisión y drenaje de abscesos - tejido blando intraoral*		20%	80%

IV. Tratamientos o procedimientos de periodoncia		**(Aplica sobre el honorario máximo)**	
Descripción del tratamiento	**Alcance del beneficio**	**Dentro de la red pagas el copago[1]**	**Fuera de la red se reembolsa el porcentaje indicado**
Gingivectomía o gingivoplastía - uno o más dientes contiguos o espacios entre dientes por cuadrante	1 (una) cada 5 (cinco) años -mismo diente	20%	80%
Procedimiento de colgajo gingival, incluyendo alisado radicular - uno o más dientes contiguos o espacios entre dientes vinculados por cuadrante	1 (uno) cada 5 (cinco) años - mismo diente	20%	80%
Alargamiento de corona clínica - en tejido duro	1 (una) cada (cinco) años - mismo diente - máximo 2 (dos) sitios por cuadrante	20%	80%

Cirugía Ósea (incluyendo colgajo de entrada y cierre) – de uno o más dientes contiguos o espacios entre dientes, por cuadrante	1 (una) cada 5 (cinco) años - mismo diente	20%	80%
Injerto de reemplazo de hueso - primer sitio en el cuadrante (no incluye material)	1 (uno) cada 5 (cinco) años - mismo diente - máximo 2 (dos) sitios por cuadrante **(se excluye el material de reemplazo de hueso)**	20%	80%
Injerto para reemplazo de hueso - cada sitio adicional en cuadrante (no incluye material)	1 (Uno) cada 5 (cinco) años - mismo diente - máximo 2 (dos) sitios por cuadrante **(se excluye el material de reemplazo de hueso)**	20%	80%
Procedimiento de injerto de pedículo de tejido blando **(no incluye material)**	1 (uno) cada 5 (cinco) años - mismo diente - máximo 2 (dos) sitios por cuadrante	20%	80%
Procedimiento de cuña distal o proximal (cuando no es realizada en conjunto con procedimientos quirúrgicos en la misma área anatómica)	1 (uno) cada 5 (cinco) años - mismo diente	20%	80%
Aloinjerto de tejido blando **(no incluye material)**	1 (uno) cada 5 (cinco) años - mismo diente - máximo 2 (dos) sitios por cuadrante	20%	80%
Injerto de tejido conectivo combinado e injerto de pedículo doble, por diente	1 (uno) cada 5 (cinco) años - mismo diente - máximo 2 (dos) sitios por cuadrante	20%	80%
Raspado y alisado periodontal de raíz - de uno o más dientes por cuadrante	1 (una) cada 2 (dos) años - mismo cuadrante	20%	80%
Debridación completa de boca para permitir la evaluación y el diagnóstico periodontal completo	1 (una) de por vida	20%	80%

Procedimientos para el mantenimiento periodontal (siguiendo una terapia activa)	2 (dos) en 12 (doce) meses - solamente el primer año después de la cirugía	20%	80%

Para recibir los servicios dentales descritos bajo este beneficio, el Asegurado deberá mostrar credencial vigente de Gastos Médicos Mayores MetLife acompañada de una identificación oficial con fotografía.

Exclusiones

1. **Tratamientos o materiales por malformaciones óseas y dentales congénitas y tratamientos o procedimientos por afecciones durante el desarrollo de los dientes, por ejemplo: hipocalcificación o hipoplasia del esmalte.**

2. **Tratamientos o procedimientos dentales que incrementan la dimensión vertical de una oclusión, reemplacen la pérdida de la estructura de los dientes por desgaste, tales como, atrición, bruxismo, rechinamiento, apretamiento de los dientes, abrasión, erosión, abfracción y por hábitos orales que dañen la integridad de los dientes, excepto que sea parte del tratamiento dental necesario y debido a un accidente dental o lesión bucal y directamente atribuible a éste. Tampoco se cubren los protectores o guardas oclusales y los ajustes oclusales.**

3. **Tratamientos, procedimientos, intervenciones quirúrgicas o materiales realizados primariamente por motivos estéticos para mejorar la apariencia del Asegurado, mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos; tratamiento de fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes); tratamiento por pigmentación dental a consecuencia de medicamentos; carillas de porcelana u otras carillas que no tienen el propósito de restauración; así como cualquier otro tratamiento o material que sea considerado como tal, de acuerdo a los estándares generalmente aceptados de la práctica dental, excepto que sea parte de algún tratamiento dental necesario y debido a un accidente dental o lesión bucal directamente atribuible a éste. Si los tratamientos o procedimientos realizados en un diente en particular no están excluidos, el tratamiento cosmético de los dientes adyacentes o que están cerca del afectado se considerarán como excluidos.**

4. **Gastos dentales a consecuencia de tratamientos o procedimientos dentales incorrectos que hubieran sido proporcionados antes de la vigencia de la póliza de seguro o por dentistas fuera de la red DENTEGRA durante la vigencia de la póliza de seguro.**

5. **Tratamientos o procedimientos prestados o materiales suministrados por un dentista antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza de seguro o antes de la fecha de inicio de la cobertura de los asegurados.**

6. **Utilización de medicamentos por autoprescripción que causen una lesión bucal que amerite una urgencia dental.**

7. **Gastos por radiografías que se necesiten tomar para realizar los diferentes tratamientos y aquellas posteriores al tratamiento para comprobar la calidad del mismo, no serán pagados ya que su costo está incluido en el honorario máximo autorizado de cada tratamiento.**

8. **Ferulización para tratamiento de enfermedad periodontal, e injertos extra-orales (injertos de tejido en la parte de afuera de la boca).**

9. **Programas de control preventivo de la placa dento- bacteriana, incluyendo programas de instrucción de higiene oral, que no estén incluidos en el tratamiento o procedimiento de evaluación oral o consulta.**

10. **Terapia miofuncional (de la función de los músculos). Equilibrio de la oclusión, gnatología (estudio y o corrección de las fuerzas masticatorias y las partes anatómicas involucradas) y tratamientos o procedimientos asociados. diagnóstico y/o tratamiento por la disfunción de la articulación temporomandibular o musculatura, nervios u otros tejidos asociados.**

11. **Medicamentos y enjuagues bucales, incluyendo los de aplicación tópica para tratamientos de enfermedad periodontal, pre-medicación, analgesia, sedación intravenosa, anestesia general. Así mismo, los cargos separados por anestesia local no estarán cubiertos ya que éstos forman parte de los gastos del tratamiento o procedimiento dental.**

12. **Tratamientos o procedimientos, materiales para injerto de hueso o materiales similares usados con el mismo fin, para el relleno de defectos en zonas sin dientes.**

13. **Tratamientos o procedimientos de con Inlay (incrustaciones).**

14. **Tratamientos o procedimientos dentales de naturaleza experimental o de investigación, o que no sean considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la práctica dental.**

15. **Tratamientos o procedimientos dentales prestados o materiales suministrados después de la terminación de la vigencia de la póliza de seguro, a menos de que el tratamiento o procedimiento haya comenzado durante la vigencia de la póliza de seguro.**

16. **En los casos donde los tratamientos o procedimientos dentales requieran ser realizados o suministrados en un hospital o en cualquier instalación para tratamientos quirúrgicos, DENTEGRA no cubre cualquier honorario adicional cobrado por el dentista por dichos tratamientos o procedimientos dentales en hospital, ni cubrirá cualquier gasto del hospital y/o quirófano, de los materiales, de anestesia o de la instalación para tratamientos quirúrgicos.**

17. **Servicios de administración del consultorio dental, servicios de administración para el cobro de los siniestros y cualquier otro costo administrativo que no esté expresamente incluido en el plan.**

18. **Servicios de transportación de ambulancia, hospitalización por cualquier causa objeto de este seguro.**

19. **Cualquier servicio de fase de no-tratamiento como puede ser la provisión de un ambiente antiséptico, la esterilización de equipo o control de infecciones, así como cualquier material auxiliar que se use en el tratamiento o procedimiento cuando su costo deba estar incluido en el costo del tratamiento o procedimiento (honorario máximo del dentista), de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la práctica dental, como pueden ser, pero no limitados a algodones, mascarillas y las técnicas de relajación como música.**

20. **Tratamiento en dientes sin restaurar o reemplazo de restauraciones existentes para cualquier propósito diferente que el de restaurar lesiones por caries activas (con cavidad) o por desajuste demostrable de la restauración.**

21. **Tratamientos o procedimientos de ortodoncia (tratamientos para la corrección de dientes o mandíbulas mal posicionadas). No se cubren extracciones por indicación ortodóntica.**

22. **Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en la póliza de seguro.**

23. **Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico causada por negligencia del Asegurado a las indicaciones del dentista tratante.**

24. **Ningún tratamiento que no esté especificado dentro de los beneficios del plan.**

25. **En incisiones y drenajes de abscesos se excluye la “Angina de Ludwig”.**

26. **Gastos en que se incurra a consecuencia de hechos de guerra, alborotos populares, motines y epidemias declaradas oficialmente.**

27. **Gastos en que se incurra por accidentes o enfermedades dentales que se originen a consecuencia de:**

    I. **Delitos dolosos o intencionales en los cuales el Asegurado sea considerado como sujeto activo o partícipe del delito.**

    II. **Lesiones auto inflingidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental**

3.6. Gastos médicos de causas sujetas a condiciones específicas

3.6.1. Padecimientos del recién nacido

3.6.1.1. Quedarán cubiertos los gastos médicos del recién nacido por reflujo gastroesofágico, padecimientos congénitos, genéticos, nacimiento prematuro y complicaciones de la salud del recién nacido, siempre y cuando al momento del parto o cesárea el Asegurado titular o la madre biológica asegurada tenga al menos 10 meses de cobertura continua e ininterrumpida en el presente contrato y el recién nacido sea dado de alta en la póliza durante los siguientes 30 días naturales a la fecha de nacimiento del mismo, de lo contrario, **quedarán excluidos los padecimientos congénitos y/o genéticos detectados desde el nacimiento hasta el momento de la solicitud así como los gastos médicos por nacimiento prematuro y/o complicaciones de la salud del recién nacido.**

Las condiciones de la reclamación se establecerán con base en el producto contratado al momento del nacimiento.

3.6.1.2. Los padecimientos congénitos, genéticos, recién nacido prematuro y complicaciones en la salud del recién nacido de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza y para los nacidos sin que el Asegurado titular ni la madre biológica asegurada hayan tenido 10 meses de cobertura continua en el presente contrato al momento del parto o cesárea, estarán cubiertos siempre y cuando dichos padecimientos no sean preexistentes.

Para la cobertura de los padecimientos congénitos, genéticos, nacimiento prematuro y complicaciones del recién nacido sólo se reconocerá la antigüedad generada en MetLife.

Adicional a las exclusiones generales, descritas en el apartado 6, no quedarán cubiertos los gastos por padecimientos congénitos o nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción, o cuando la madre haya sido sometida a alguna técnica de reproducción asistida. Tampoco quedarán cubiertos los padecimientos o complicaciones que presente el recién nacido originados por otro padecimiento excluido o no cubierto de la madre asegurada.

3.6.2. Maternidad: parto y cesárea

Quedarán cubiertos los gastos médicos con motivo de la atención que reciba a consecuencia de parto normal o cesárea tanto en territorio nacional como en el extranjero, incluyendo óbito, siempre y cuando la madre biológica asegurada tenga por lo menos diez meses de cobertura continua a la fecha del parto o cesárea, en un plan de gastos médicos mayores individual en MetLife y el deducible contratado en la póliza sea igual o menor a la Suma Asegurada establecida para la maternidad en el presente apartado.

La Suma Asegurada para maternidad será la siguiente de acuerdo con el plan contratado diez meses antes de la fecha del parto o cesárea:

Plan contratado	Suma Asegurada
Internacional con gasto en territorio extranjero	32 UMAM
Internacional con gasto en territorio nacional	22 UMAM
Ejecutivo	22 UMAM
Más	17 UMAM
Básico	12 UMAM
Práctico	12 UMAM

Para este beneficio solo se reconocerá la antigüedad generada en MetLife.

No aplicará deducible, coaseguro, ni tabulador de honorarios médicos para el cirujano, ni los porcentajes establecidos para anestesiólogo y primer ayudante en el apartado 3.2 De honorarios médicos.

3.6.3. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio

Se cubrirán únicamente los gastos generados a causa de las siguientes complicaciones, del embarazo, parto y puerperio, siempre y cuando la madre asegurada cumpla con al menos diez meses de cobertura continua al momento del diagnóstico de la complicación en un plan de gastos médicos mayores individual en MetLife:

3.6.3.1. La intervención quirúrgica o tratamiento médico realizado con motivo de embarazo extrauterino.

3.6.3.2. Preeclampsia y eclampsia

3.6.3.3. La mola hidatiforme (embarazo molar)

3.6.3.4. Fiebre y sepsis puerperales

3.6.3.5. Placenta previa y acreta

3.6.3.6. Diabetes gestacional

3.6.3.7. Púrpura trombocitopénica

3.6.3.8. Huevo muerto retenido

3.6.3.9. Cerclaje

Para la reclamación deberá presentarse informe médico y ultrasonografía o estudio histopatológico que corrobore el diagnóstico.

Las condiciones de cobertura que se aplicarán a la reclamación procedente serán las establecidas en la carátula de la póliza vigente a la fecha de ocurrencia de la complicación.

Para este beneficio solo se reconocerá la antigüedad generada en MetLife.

3.6.4. Deportes

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

Adicional a las exclusiones generales, descritas en el apartado 6, no estarán cubiertos los gastos derivados de lesiones a consecuencia de la práctica de box, lucha libre o artes marciales.

3.6.5. Tratamientos dentales

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

Esta cobertura tiene un período máximo de beneficio de un año a partir de la fecha en la cual se erogó el gasto inicial derivado del evento cubierto.

3.6.6. 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.

3.6.7. Cirugía reconstructiva

Los tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter reconstructivo (no estético), sólo si son indispensables a consecuencia de un evento cubierto, **a excepción de los padecimientos de mama para los cuales no aplicará.**

3.6.8. Trasplantes

Se cubrirán los gastos médicos y hospitalarios en donde el Asegurado sea el receptor del órgano y para el donante final únicamente se cubrirán los relacionados con las pruebas de compatibilidad, los inherentes al acto quirúrgico para la extracción del órgano y sus gastos de recuperación intrahospitalaria inmediatos a dicho acto quirúrgico solo en caso de que dicha recuperación sea necesaria para el donante.

Las complicaciones derivadas de la donación del órgano no se cubrirán para el donante final.

En caso de que el donante sea el Asegurado no se cubrirán los gastos derivados de la donación del órgano ni sus complicaciones.

3.6.9. Infección por VIH

Los tratamientos que requiera el Asegurado afectado por la infección del VIH, 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

Para este beneficio solo se reconocerá la antigüedad generada en MetLife.

Para la determinación de la enfermedad se requerirá la prueba serológica de elisa así como la suplementaria de western blot.

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.

3.6.10. 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.

3.6.10.1. Pérdida orgánica derivada de un accidente.

3.6.10.2. Haber sido diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades, siempre y cuando haya sido cubierta por la póliza:

3.6.10.2.1. Cáncer

3.6.10.2.2. Accidente vascular cerebral

3.6.10.2.3. Infarto del miocardio

3.6.10.2.4. Insuficiencia renal

3.6.10.2.5. Intervención quirúrgica por enfermedad de las arterias coronarias

3.6.10.2.6. Infección por VIH

3.6.10.3. En caso de que el Asegurado haya sufrido cualquiera de los siguientes acontecimientos:

3.6.10.3.1. Robo con violencia,

3.6.10.3.2. Secuestro

3.6.10.3.3. Violación

Para la reclamación se deberá presentar copia certificada de la averiguación previa efectuada por el ministerio público o el diagnóstico del médico tratante comprobando que sufrió alguno de los eventos antes mencionados.

Los gastos cubiertos son:

3.6.10.4. Honorarios del médico psiquiatra y psicólogo, con un máximo de 0.25 UMAM por consulta y por un máximo de 20 consultas o un año a partir de la fecha de la primera consulta.

3.6.10.5. 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 UMAM.

Este beneficio sólo se brindará en la República Mexicana.

Adicional a las exclusiones generales, descritas en el apartado 6, quedan excluidos:

3.6.10.6. La ansiedad o depresión, a menos que se derive de un padecimiento descrito en los puntos 3.6.10.1., 3.6.10.2. o 3.6.10.3.

3.6.10.7. Los acontecimientos descritos anteriormente (cláusula 3.6.10.3), ocurridos con anterioridad al inicio de la vigencia de la presente póliza.

3.6.10.8. No aplica el periodo de beneficio.

3.6.11. Eventos preexistentes

Con este beneficio, se cubre únicamente los gastos derivados de eventos preexistentes a la contratación de la póliza, bajo lo siguiente casos:

3.6.11.1. Los eventos preexistentes declarados por el Asegurado en su solicitud no serán cubiertos durante los primeros dos años de vigencia, dichos padecimientos solo podrán ser cubiertos si una vez transcurrido este periodo, el Asegurado solicita por escrito a MetLife la cobertura de los eventos preexistentes declarados.

Con la solicitud de cobertura deberá adjuntar un dictamen médico de estado de salud, respecto del evento preexistente declarado a la contratación del seguro, emitido por un médico especialista para el tratamiento de dicho padecimiento, el cual estará sujeto a valoración por parte de MetLife para determinar la procedencia de la solicitud. MetLife podrá solicitar información médica adicional si así lo requiere. Como resultado de su solicitud, MetLife notificará al Contratante si los eventos preexistentes declarados estarán cubiertos o no, y en caso de que sí estén cubiertos será bajo las condiciones de Suma Asegurada, deducible y coaseguro de la cobertura básica vigente.

3.6.11.2. Los eventos preexistentes que no hayan sido declarados por el Asegurado en su solicitud no serán cubiertos durante los primeros cinco años de vigencia continua, y solo podrán ser cubiertos si una vez transcurrido este periodo, el Asegurado solicita por escrito a MetLife su cobertura.

Con la solicitud de cobertura deberá adjuntar un dictamen médico de estado de salud, respecto del evento preexistente declarado a la contratación del seguro, emitido por un médico especialista para el tratamiento de dicho padecimiento, el cual estará sujeto a valoración por parte de MetLife para determinar la procedencia de la solicitud. MetLife podrá solicitar información médica adicional si así lo requiere.

En caso de no resultar procedente su solicitud, MetLife notificará al Contratante los eventos preexistentes no declarados que no estarán cubiertos.

En caso de resultar procedente la solicitud, MetLife notificará al Contratante los eventos preexistentes no declarados que estarán cubiertos bajo las condiciones de deducible y coaseguro de la cobertura básica vigente y la Suma Asegurada que aplicará será la indicada conforme a la siguiente tabla:

Antigüedad con la póliza	Suma Asegurada
5-9 Años	$350,000 M.N.
10 Años en adelante	$700,000 M.N.

Para este beneficio solo se reconocerá la antigüedad generada en MetLife.

3.6.11.3. Adicional a las exclusiones generales, descritas en el apartado 6, se excluyen:

3.6.11.3.1. Cualquier evento preexistente declarado o no declarado que haya efectuado gastos o haya sido diagnosticado durante los periodos de espera indicados en las clausulas 3.6.11.1. y 3.6.11.2. cuyo vencimiento es necesario para tener derecho a los beneficios mencionados en esas mismas clausulas.

3.6.11.3.2. Eventos preexistentes que MetLife no haya aceptado cubrir, aún cuando hayan transcurrido los plazos indicados en las cláusulas 3.6.11.1. y 3.6.11.2.

3.6.12. Emergencias de gastos médicos no cubiertos

Se cubren en territorio nacional los gastos médicos originados a partir de cualquier emergencia médica por las complicaciones posteriores al alta hospitalaria del paciente Asegurado, de las siguientes exclusiones declaradas en el apartado 6 de exclusiones:

3.6.12.1. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, incluidos tratamientos para corregir el acné.

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

3.6.12.3. Tratamientos médicos o quirúrgicos por técnicas de reproducción asistida, control de la natalidad o disfunción eréctil psicógena.

3.6.12.4. Tratamientos con fines preventivos.

3.6.12.5. Tratamientos de acupuntura.

3.6.12.6. Tratamientos de origen dental, alveolar, gingival o maxilofacial.

3.6.12.7. Trasplantes en caso de que el donante sea el Asegurado.

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

La Suma Asegurada para este beneficio será de 250 UMAM.

No quedarán cubiertos los gastos médicos por las causas antes descritas si es preexistente al momento de la contratación de la póliza.

3.6.13. Cirugía bariátrica

Quedarán cubiertos los gastos médicos que realicen los Asegurados con motivo de la atención médica que reciba a consecuencia del tratamiento quirúrgico por obesidad mórbida, obesidad grave u obesidad clase III, aplicando el deducible y el coaseguro descritos en la carátula de la póliza con un periodo de espera de 12 meses en un plan de gastos médicos mayores individual en MetLife.

La Suma Asegurada será la siguiente de acuerdo con el plan contratado diez meses antes de la fecha de la cirugía:

Plan contratado	Suma Asegurada máxima
Internacional (gasto en territorio extranjero)	45 UMAM
Internacional (gasto en territorio nacional)	40 UMAM
Ejecutivo	40 UMAM
Más	35 UMAM
Básico	30 UMAM
Práctico	25 UMAM

Para este beneficio solo se reconocerá la antigüedad generada en MetLife.

3.6.14. Tratamiento sujeto a segunda valoración médica

MetLife podrá solicitar una segunda valoración médica, con el fin de determinar la procedencia de las reclamaciones de cualquier tratamiento. A continuación, se enlistan algunos de los tratamientos que pueden ser sujetos a segunda valoración médica:

Traumatología y ortopedia, tales como:

- Cirugía de rodilla
- Cirugía de columna
- Hernias de disco intervertebral
- Clínica de dolor
- Sesiones de fisioterapia
- Artroscopia diagnóstica

Otorrinolaringología, tales como:

- Cirugía de nariz y cornetes

Oftalmología, tales como:

- Cirugía de cataratas y retinopatía

Cirugía general, tales como:

- Hernias abdominales
- Hernias inguinales

3.7. Periodo de beneficio

MetLife pagará los gastos complementarios por cada evento cubierto, incurridos durante la vigencia de la póliza, de conformidad con las condiciones del plan vigente a la fecha de ocurrencia del evento, teniendo como límite lo que ocurra primero entre:

a) El agotamiento de la Suma Asegurada.

b) El monto de los gastos incurridos durante la vigencia de la póliza y hasta por 5 días naturales posteriores al término de esta.

c) Si el Asegurado renueva su póliza para el período inmediato siguiente, el período de beneficio se entenderá prorrogado por otros 365 días. Dicha prórroga también será aplicable en caso de cambio de plan solicitado por el Contratante y aceptado por MetLife. Lo anterior siempre y cuando el nuevo plan cubra la enfermedad y/o accidente dentro de la cobertura básica.

d) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al Asegurado.

e) En caso de cancelación del contrato, los gastos incurridos hasta 30 días naturales posteriores a la fecha de cancelación del contrato.

4. Apartado cuatro – Gastos médicos cubiertos con periodos de espera

Para los siguientes padecimientos y tratamientos médicos o quirúrgicos, aplicará el periodo de espera indicado, por lo que el Asegurado deberá cumplir con el periodo de cobertura continua en el presente seguro, considerando la antigüedad reconocida que proceda, para que los gastos médicos del evento sean cubiertos por el presente contrato, con excepción de los ocasionados a consecuencia de un accidente. Si antes de cumplirse el plazo requerido, ocurre el padecimiento o el tratamiento médico o quirúrgico, no quedarán cubiertos los gastos médicos del evento.

4.1. Padecimientos cubiertos con 10 meses de periodo de espera

4.1.1. Padecimientos congénitos, genéticos, nacimiento prematuro, complicaciones del recién nacido, en los términos de la cláusula 3.6.1 Padecimientos congénitos, genéticos, nacimiento prematuro y complicaciones del recién nacido.

4.1.2. Parto o cesárea de la madre biológica asegurada en los términos de la cláusula 3.6.2 Maternidad: parto y cesárea

4.1.3. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio de la asegurada en los términos de la cláusula 3.6.3 Complicaciones del embarazo, parto y puerperio

4.2. Padecimientos cubiertos con 12 meses de periodo de espera

4.2.1. Enfermedades ácido-pépticas incluida la enfermedad por reflujo gastroesofágico

4.2.2. Cirugía bariátrica en los términos de la cláusula 3.6.13 Cirugía bariátrica

4.2.3. Cáncer

4.3. Padecimientos cubiertos con 24 meses de periodo de espera

4.3.1. Hernias y eventraciones

4.3.2. Diástasis

4.3.3. Padecimientos de las glándulas mamarias

4.3.4. Padecimientos del útero y ovarios

4.3.5. Padecimientos relacionados con las amígdalas

4.3.6. Padecimientos ano-rectales

4.3.7. Padecimientos prostáticos

4.3.8. Padecimientos ginecológicos

4.3.9. Varices

4.3.10. Insuficiencia del piso perineal

4.3.11. Padecimientos de la vesícula y vías biliares

4.3.12. Cataratas

4.3.13. Litiasis renal y en vías urinarias

4.3.14. Operaciones y tratamientos de nariz y senos paranasales

4.3.15. Circuncisiones

4.3.16. Padecimientos de la columna vertebral, protrusión discal y hernia discal

4.3.17. Procedimientos médicos o quirúrgicos de cualquier estructura anatómica de la rodilla

4.4. Padecimientos cubiertos con 48 meses de periodo de espera

4.4.1. Infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en los términos de la cláusula 3.6.9 Infección por VIH

4.5. Padecimientos cubiertos con 60 meses de periodo de espera

4.5.1. Eventos preexistentes que no hayan sido declarados en la solicitud de seguro del Asegurado en los términos de la cláusula 3.6.11 Eventos preexistentes.

5. Apartado cinco – Características del producto contratado

5.1. Plan hospitalario

Los planes hospitalarios son

- MedicaLife Práctico
- MedicaLife Básico
- MedicaLife Mas
- MedicaLife Ejecutivo
- MedicaLife Internacional

El Contratante podrá elegir libremente al momento de adquirir el seguro el plan hospitalario con el que se emitirá su póliza. La contratación de un plan no limita ni excluye el derecho y la voluntad del Asegurado para que éste decida libremente ser atendido en el hospital, clínica o sanatorio de su elección y por el médico de su elección, independientemente de que sean o no prestadores de servicios médicos independientes.

El Asegurado o Contratante podrá consultar los prestadores de servicios médicos independientes de cada plan en la página www.metlife.com.mx.

El plan hospitalario aplicable será el que se encuentre vigente al momento de la reclamación del gasto médico ya sea inicial o complementario.

5.2. Suma Asegurada

La Suma Asegurada de cada cobertura del producto contratado será la establecida en la caratula de la póliza.

5.3. Deducible

El deducible establecido en la carátula de la póliza aplicará por cada evento cubierto por la póliza.

Para que la primera reclamación pueda ser procedente, será necesario que el total de los gastos médicos cubiertos del evento rebasen el deducible contratado, en las reclamaciones subsecuentes derivadas del mismo evento no se aplicará ningún deducible adicional.

El deducible que se aplicará a la reclamación procedente será el establecido en la carátula de la póliza vigente a la fecha de ocurrencia del evento.

5.3.1. Deducible para las pólizas del plan MedicaLife Práctico

Por la contratación del plan hospitalario MedicaLife Práctico, MetLife reducirá en un 50% el monto del deducible contratado, siempre y cuando la atención médica se realice en los hospitales clasificados dentro del plan MedicaLife Práctico y se utilicen los mecanismos de pago directo o cirugía programada. En caso contrario, aplicará el deducible establecido en la carátula de la póliza.

5.4. Coaseguro

El coaseguro establecido en la carátula de la póliza aplicará en todos los gastos médicos cubiertos de cada evento.

El coaseguro que se deberá pagar en cada reclamación será el establecido en la carátula de la póliza vigente en la fecha de ocurrencia del evento que lo originó.

5.4.1. Honorarios médicos

Se eliminará el coaseguro sobre los honorarios médicos si el Asegurado acude con médicos pertenecientes a los prestadores de servicios médicos independientes del mismo plan contratado o inferior y utiliza el mecanismo de pago directo y 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.

5.4.2. Hospital

Si el Asegurado decide acudir a un hospital, clínica o sanatorio clasificado en un plan igual o inferior al contratado, se aplicará el coaseguro indicado en la carátula de la póliza.

Si el Asegurado decide acudir a un hospital clasificado en un plan superior al contratado, el coaseguro indicado en la carátula de la póliza incrementará en diez puntos porcentuales por cada nivel hospitalario que ascienda, sobre los gastos de hospitalización.

Si el Asegurado decide acudir a un hospital en territorio nacional que no pertenece a hospitales que son prestadores de servicios médicos independientes, dicho hospital se considerará en el plan ejecutivo, por lo que si el plan contratado es menor a éste el Asegurado participará invariablemente con diez puntos porcentuales adicionales al coaseguro contratado por cada nivel que ascienda sobre los gastos de hospitalización.

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 con la combinación del plan hospitalario contratado y hospital en el que se realiza la atención médica.

Coaseguro por gastos de hospitalización		Plan al que pertenece el hospital en el que se realizó la atención médica				
		Práctico	Básico	Más	Ejecutivo	Internacional
Plan contratado	Práctico	**Coaseguro 0%**	+7.5 puntos porcentuales	+10 puntos porcentuales	+20 puntos porcentuales	Sin cobertura internacional
	Básico	Coaseguro contratado	**Coaseguro contratado**	+10 puntos porcentuales	+20 puntos porcentuales	Sin cobertura internacional
	Más	Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	**Coaseguro contratado**	+10 puntos porcentuales	Sin cobertura internacional
	Ejecutivo	Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	**Coaseguro contratado**	Sin cobertura internacional
	Internacional	Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	Coaseguro contratado	**Coaseguro contratado**	**Coaseguro contratado**

5.4.2.1. Coaseguro para las pólizas del plan MedicaLife Práctico

Por la contratación del plan MedicaLife Práctico, MetLife eliminará el coaseguro indicado en la carátula de la póliza, siempre y cuando la atención médica se realice en los hospitales clasificados dentro del plan MedicaLife Práctico y se utilicen los mecanismos de pago directo o cirugía programada. En caso contrario, aplicará el coaseguro establecido en la carátula de la póliza y con las reglas correspondientes al plan MedicaLife Básico incluyendo el tope de coaseguro.

5.4.3. Otros gastos

Aplicará el coaseguro estipulado en la carátula de la póliza para los gastos médicos correspondientes a medicamentos, auxiliares de diagnóstico y otros servicios médicos.

5.4.4. Medicamentos fuera del hospital por pago directo

Para los medicamentos fuera del hospital y que sean cubiertos mediante el mecanismo de programación pago directo no aplicará el coaseguro.

5.4.5. Tope de coaseguro

Es el monto máximo que el Asegurado pagará por concepto de coaseguro y variará dependiendo del porcentaje de coaseguro contratado y del plan al que pertenece el hospital en el que se realizó la atención médica, como se muestra en el siguiente cuadro:

Tope de coaseguro

Coaseguro contratado	Nivel contratado	Un nivel superior al contratado	Dos niveles superiores al contratado	Plan Internacional
0%	NA	$147,000	sin tope	sin tope
5%	$80,000	$147,000	sin tope	sin tope
10%	$80,000	$147,000	sin tope	sin tope
12%	$86,000	$158,000	sin tope	sin tope
14%	$91,000	$166,000	sin tope	sin tope
15%	$93,000	$170,000	sin tope	sin tope
16%	$94,000	$172,000	sin tope	sin tope
20%	$98,000	$180,000	sin tope	sin tope
25%	$110,000	$201,000	sin tope	sin tope
30%	$128,000	$234,000	sin tope	sin tope

MetLife podrá actualizar los topes de coaseguro de manera anual, en función a los criterios establecidos en la nota técnica previamente registrada ante la comisión nacional de seguros y fianzas, los topes de coaseguro aplicables se entregarán al Contratante dentro de la documentación de la póliza.

Para los casos en los que el evento presente reclamaciones en diferentes niveles hospitalarios, el tope de coaseguro que se asignará al evento será el que resulte mayor.

Si la atención del evento llega a su tope de coaseguro y por algún motivo el Asegurado presenta una reclamación adicional al evento en un nivel hospitalario superior al contratado, se ajustará el tope de coaseguro por atención en nivel superior.

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. Apartado seis –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:

6.1. Padecimientos o tratamientos no cubiertos

6.1.1. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales o maxilofaciales, salvo las coberturas de MetDental y MetDental Plus. 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, esterilidad o reproducción asistida. 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 dada de alta en la presente póliza.

6.1.2. Tratamientos médicos o quirúrgicos para el cambio de sexo.

6.1.3. Tratamientos médicos o quirúrgicos por esterilidad, infertilidad, control de la natalidad, disfunción eréctil de origen psicógena y sus complicaciones, independientemente de sus causas y/o sus orígenes, salvo que se trate de emergencia médica.

6.1.4. La enfermedad mental o trastorno mental, así como los tratamientos psiquiátricos, psicológicos o psíquicos, trastornos de enajenación mental, demencia, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria nerviosa, así como sus complicaciones, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas así como los tratamientos para corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje o alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías, aun las que resulten de enfermedades o accidentes cubiertos, salvo lo estipulado en el apartado de daño psiquiátrico y psicológico.

6.1.5. 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 farmacodependencias.

6.1.6. 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 de emergencias de gastos médicos no cubiertos y cirugía bariátrica.

6.1.7. Tratamientos dietéticos o quirúrgicos, para reducción de peso o para obesidad, a excepción de los necesarios para el tratamiento del síndrome de Prader-Willi y obesidad mórbida.

6.1.8. Tratamiento médico o quirúrgico por prematurez, malformaciones y padecimientos congénitos, de los Asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza o que ni el Asegurado titular ni la madre bilógica asegurada tengan al menos 10 meses de cobertura continua e ininterrumpida en el presente contrato 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.

6.1.9. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos y/o auxiliares de diagnóstico que sean naturaleza experimental o en fase de investigación.

6.1.10. Medicamentos que no estén autorizados por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) y por la Food Drug Administration (FDA).

6.1.11. Tratamientos con fines preventivos, salvo lo estipulado en el apartado de emergencias de gastos médicos no cubiertos.

6.1.12. 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**

6.2. Lesiones no cubiertas

6.2.1. 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.

6.2.2. 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 con lo estipulado en las conclusiones del acta del ministerio público.

6.2.3. Lesiones originadas por cualquier intento de suicidio y/o mutilación voluntaria, aun cuando se cometa en estado de cordura o demencia.

6.2.4. 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.

6.2.5. 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 salvo que sea declarado y/o sujeto a extraprima.

6.2.6. Lesiones a consecuencia de radiaciones atómicas, nucleares o cualquier otro similar.

6.2.7. 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; solo podrán ser cubiertas si el Asegurado demuestra a través de la prueba de alcohol expirado, que tenía una cantidad menor 40 ml/lt al momento del evento.

6.2.8. Lesiones que el Asegurado sufra a consecuencia de encontrarse bajo los efectos de estimulantes, medicamentos o drogas no prescritas médicamente.

6.2.9. 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.

6.3. Honorarios médicos no cubiertos

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

6.3.2. Honorarios de personas que no se encuentren legalmente autorizadas mediante cédula profesional vigente para ejercer la medicina.

6.3.3. Honorarios médicos cuando el médico tratante sea el Asegurado o tenga parentesco en línea directa o colateral o por afinidad con el Asegurado.

6.4. Gastos hospitalarios no cubiertos

6.4.1. Cualquier gasto no relacionado directamente con el tratamiento del accidente, enfermedad, embarazo, parto o cesárea.

6.4.2. Los generados en 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.

6.4.3. Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante el internamiento de éste en un hospital, clínica o sanatorio, salvo la cama extra.

6.4.4. Gastos personales del Asegurado o los acompañantes.

6.4.5 Gastos por la atención de recién nacidos sanos.

6.5. Otros servicios médicos no cubiertos

6.5.1. Aparatos y prótesis auditivas, implantes cocleares.

6.5.2. Anteojos y lentes de contacto, salvo que se contrate la cobertura de visión.

6.5.3. Reposición de aparatos ortopédicos o prótesis existentes a la fecha de la contratación de la póliza.

6.6. Otras exclusiones

6.6.1. Curas de reposo.

6.6.2. Exámenes médicos generales para la comprobación o revisión periódica del estado de salud conocidos comúnmente con el nombre de check-up.

6.6.3. Gastos efectuados fuera de la república mexicana, salvo los erogados bajo las coberturas que otorgan protección en el extranjero del apartado 8. Coberturas adicionales opcionales con costo de estas condiciones generales.

6.6.4. No procederá el pago de reclamaciones por enfermedades diagnosticadas y/o accidentes cubiertos ocurridos durante el periodo de espera.

6.6.5. Complementos vitamínicos, suplementos vitamínicos, independientemente del padecimiento que se trate.

6.6.6. Zapatos ortopédicos y plantillas, aunque sean médicamente necesarios.

6.6.7. Gastos derivados por tratamientos de miopía, presbicia, hipermetropía y astigmatismo.

6.6.8. Reclamaciones que administre o pague un tercero no autorizado por MetLife para hacerlo.

7. Apartado siete – Pago de reclamaciones

Cuando el Asegurado presente una reclamación amparada por la póliza, el pago de las reclamaciones se ajustará a los límites estipulados en la carátula, cláusulas y endosos de la póliza.

7.1. Pago de reclamaciones

En toda reclamación deberá comprobarse la realización del accidente, enfermedad, embarazo, parto o cesárea. El reclamante deberá presentar a MetLife los formatos de reclamación correspondientes, debidamente llenados, así como las facturas que reúnan los requisitos fiscales de los gastos médicos efectuados.

MetLife tendrá el derecho de exigir del Contratante y/o del Asegurado o beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el evento y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias de este.

Los resultados de los estudios de laboratorio o gabinete realizados deberán tener datos confiables de identificación y los formatos de interpretación o notas médicas deberán incluir la firma del médico que los hubiera realizado.

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).

De conformidad con el artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, MetLife cubrirá la indemnización correspondiente dentro del plazo de treinta días naturales, contados a partir de que MetLife reciba la documentación e información completa que acrediten la realización del evento. En consecuencia, mientras no se proporcione la documentación e información solicitada, MetLife no tendrá la obligación de cubrir el gasto correspondiente.

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

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.

Todas las reclamaciones y/o indemnizaciones cubiertas por MetLife serán liquidadas al Contratante o al Asegurado titular o a quien éste haya designado con la presentación de carta poder. En caso de fallecimiento o estado de inconciencia del Asegurado titular para ejercer su derecho de cobro, el pago se realizará al cónyuge o concubina(rio), a los hijos mayores de edad o en su defecto, a quién acredite haber hecho el gasto o ser responsable del mismo presentando la factura y/o recibo correspondiente.

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

7.1.1. Arbitraje médico

En caso de que MetLife notifique al reclamante la improcedencia de su reclamación por considerar que se trata de un evento 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.

Mecanismos para el pago de reclamaciones

7.1.2. Cirugía programada

El mecanismo de cirugía programada permite al Asegurado programar una intervención quirúrgica y/o tratamiento de hospitalización o cirugía ambulatoria, en cualquier hospital de los prestadores de servicios médicos independientes.

MetLife pagará directamente al hospital y/o médico que realizará la intervención, quedando únicamente a cargo del Asegurado el deducible y coaseguro que apliquen, así como los gastos hospitalarios no cubiertos y los gastos personales de acuerdo con el siguiente procedimiento:

7.1.2.1. Procedimiento

7.1.2.1.1. Solicitar al médico tratante que llene y firme completamente el informe médico con diagnóstico definitivo.

7.1.2.1.2. Solicitar al médico tratante el presupuesto de sus honorarios, en caso de que el médico no pertenezca a los prestadores de servicios médicos independientes, con el fin de determinar el monto de los honorarios médicos a cubrir.

7.1.2.1.3. Si el médico tratante no pertenece a los prestadores de servicios médicos independientes y no se ajusta al tabulador, los honorarios médicos se cubrirán mediante el mecanismo de reembolso.

7.1.2.1.4. Llenar el formato de “Solicitud de Reclamación de Gastos Médicos Mayores”.

Los formatos se encuentran a disposición del Asegurado en los centros de servicio de MetLife, oficinas del interior de la república y en la página de internet de MetLife.

7.1.2.1.5. El Asegurado deberá notificar a MetLife el hospital en que será atendido.

7.1.2.1.6. 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 estos.

Una vez que sea valorado el caso por MetLife, se informará al Asegurado por escrito si la programación de cirugía es procedente o no.

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.

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

En todas las hospitalizaciones por cirugías de corta estancia, es decir, que vayan a realizarse por un lapso menor a veinticuatro horas, el pago de la reclamación deberá tramitarse bajo el mecanismo de cirugía programada. En caso de que el Asegurado no haya seguido el procedimiento para cirugía programada, el pago de su reclamación lo podrá solicitar por el mecanismo de reembolso.

7.1.3. Pago directo

El mecanismo de pago directo permite al Asegurado atenderse en cualquier hospital de los prestadores de servicios médicos independientes.

MetLife pagará directamente al hospital y/o médico los gastos que resulten procedentes por la atención del Asegurado, quedando únicamente a cargo del Asegurado el deducible y coaseguro que apliquen, así como los gastos hospitalarios no cubiertos y los gastos personales.

En caso de que el médico tratante no pertenezca a los prestadores de servicios médicos independientes y éste acepte el proceso de pago de MetLife y el tabulador, los honorarios médicos podrán ser cubiertos mediante este mecanismo.

El mecanismo de pago directo solo operará en hospitalizaciones mayores a 24 horas, de acuerdo con el siguiente procedimiento:

7.1.3.1. Procedimiento

7.1.3.1.1. En cuanto el Asegurado llegue al hospital deberá acudir al departamento de admisión para identificarlo como Asegurado de MetLife.

7.1.3.1.2. Si por política de la institución hospitalaria es necesario cubrir un importe por concepto de depósito, éste será considerado como un gasto personal y deberá ser cubierto por el Asegurado.

7.1.3.1.3. Es necesario que el Asegurado tenga disponible en su habitación, una identificación oficial vigente con fotografía, además de la tarjeta de identificación de MetLife o algún otro dato que lo pueda identificar como Asegurado de MetLife.

7.1.3.1.4. 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.

En un lapso no mayor a 24 horas naturales, después de que MetLife haya tenido conocimiento de la hospitalización del Asegurado, se informará al Asegurado por escrito si el pago directo es procedente o no. En caso de que sea procedente, se le entregará al Asegurado la autorización de pago directo y se le indicarán los gastos a su cargo.

MetLife hará llegar una copia de la autorización de pago directo al departamento de admisión y una copia a la caja médica del hospital cuando el médico tratante pertenezca a los prestadores de servicios médicos independientes o se haya ajustado al tabulador.

En caso de que el Asegurado no haya seguido el procedimiento para el pago directo o su estancia hospitalaria no sea mayor a 24 horas, el pago de su reclamación lo podrá solicitar por el mecanismo de reembolso.

7.1.4. Reembolso

Mecanismo mediante el cual el Asegurado deberá pagar todos los gastos médicos en que se incurra y posteriormente solicitar el pago de la reclamación.

MetLife reembolsará los gastos que resulten procedentes por la atención del Asegurado, quedando únicamente a cargo del Asegurado el deducible y coaseguro que apliquen, así como los gastos hospitalarios no cubiertos y los gastos personales.

Este mecanismo se utilizará para el pago de reclamaciones en caso de que el Asegurado decida atenderse en un hospital y/o con un médico no perteneciente a los prestadores de servicios médicos independientes y operará de acuerdo con el siguiente procedimiento:

7.1.4.1. Procedimiento

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

7.1.4.1.1. Formato de “Solicitud de Reclamación de Gastos Médicos Mayores”.

7.1.4.1.2. 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 de MetLife.

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

7.1.4.1.4. 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, será necesario un informe detallado y claro del mismo acerca de su intervención.

7.1.4.1.5. En caso de medicamentos u otro tipo de insumos médicos se deberá anexar la receta médica y las facturas correspondientes, especificando cada uno de los medicamentos o insumos comprados.

7.1.4.1.6. Facturas y resultados de estudios de laboratorio y gabinete que se hayan realizado.

7.1.4.1.7. 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.

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.

Una vez que sea valorado el caso por MetLife, se informará al Asegurado por escrito si el reembolso es procedente o no.

7.1.5. Pago de reclamaciones en el extranjero
(La contratación de coberturas que cubran gastos en el extranjero debe especificarse en la carátula de la póliza)

Si el Asegurado se encuentra de viaje en el extranjero y requiere hospitalización mayor a 48 horas, un prestador de servicios médicos independiente proporcionará asistencia y coordinación con el hospital para la atención médica.

El Asegurado deberá comunicarse de inmediato a los números telefónicos que aparecen al reverso de la credencial de MetLife y/o tarjeta de identificación.

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

7.1.5.1. Pago directo no programado en el extranjero

7.1.5.1.1. 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.

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

En caso de procedencia del evento:

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

7.1.5.1.4. La administradora otorgará una autorización previa a los proveedores y lo notificará al Asegurado.

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

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

7.1.5.1.7. 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.

7.1.5.2. Pago directo programado en el extranjero

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

7.1.5.2.1. 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, clínica o sanatorio y el nombre del médico tratante en el extranjero.

7.1.5.2.2. Formato de “Solicitud de Reclamación de Gastos Médicos Mayores”.

7.1.5.2.3. Historia clínica amplia y detallada por parte del médico tratante.

7.1.5.2.4. Estudios y resultados de estos que avalen el diagnóstico.

7.1.5.2.5. 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 con 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.

En caso de procedencia del evento:

7.1.5.2.6. 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.

7.1.5.2.7. MetLife avisará a la administradora del internamiento del Asegurado.

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

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

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

7.1.5.2.11. MetLife, a través de la administradora, se encargará de cubrir los montos de hospitalización y honorarios médicos procedentes.

8. Apartado ocho – Coberturas adicionales con costo

8.1. 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.

Detalles de la cobertura	
Suma Asegurada	Lo que resulte menor entre el equivalente en moneda nacional a US $100,000.00 y el equivalente en dólares americanos de la Suma Asegurada de la cobertura básica.
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.

Los gastos de habitación que quedan cubiertos son los correspondientes a la tarifa de cuarto semiprivado.

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo con las condiciones de la presente póliza, serán reembolsados con base a lo estipulado en la cláusula 9.14.4. Moneda.

8.1.1. Exclusiones

Además de las señaladas en el apartado 6, exclusiones, esta cobertura no aplicará en caso de:

8.1.1.1. Parto, cesárea y cualquier atención a recién nacido prematuro y/o padecimientos congénitos, cualquiera que sea su causa.

8.1.1.2. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

8.1.1.3. Servicios de enfermería fuera del hospital.

8.1.1.4. Tratamientos de rehabilitación.

8.1.1.5. 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.

8.2. 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.

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

a) Cáncer (excluido el de piel)

b) Enfermedades neurológicas y cerebro vasculares

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

Además de las señaladas en el apartado 6, exclusiones, quedan excluidos los procedimientos quirúrgicos como angioplastia con colocación de stent y sus complicaciones como la trombosis.

d) Trasplante de los siguientes órganos: corazón, hígado, médula ósea y pulmón

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

El uso 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.

Detalles de la cobertura	
Suma Asegurada	Lo que resulte menor entre el equivalente en moneda nacional a US $1,000,000.00 y el equivalente en dólares americanos de la Suma Asegurada de la cobertura básica. La Suma Asegurada aplicada en el evento por esta cobertura será descontada de la Suma Asegurada básica.
Deducible	El mismo contratado para la cobertura básica.
Coaseguro	10% o el contratado en la básica, lo que resulte mayor. Para esta cobertura no opera el tope de coaseguro.

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo con las condiciones de la presente póliza, serán reembolsados con base a lo estipulado en la cláusula 9.14.4. Moneda.

8.3. 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:

Detalles de la cobertura	
Suma Asegurada	La contratada en la cobertura básica. La Suma Asegurada será única por evento, independientemente de donde se reciba la atención médica, es decir, la Suma Asegurada aplicada en el evento por este beneficio será descontada de la Suma Asegurada básica. El límite de Suma Asegurada para padecimientos congénitos y/o prematuros será de $300,000.00 USD o la Suma Asegurada contratada, lo que resulte menor.
Deducible	Contratado para la cobertura en el extranjero estipulado en la carátula de la póliza.
Coaseguro	10% o el contratado en la básica, lo que resulte mayor. Para esta cobertura se aplica el monto máximo por concepto de tope de coaseguro especificado en el apartado 5.4.5. 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.

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 el apartado 3.6.2. Maternidad: parto y cesárea, sin aplicar deducible, ni coaseguro, siempre y cuando la madre biológica asegurada 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 con las condiciones de la presente póliza, serán reembolsados con base a lo estipulado en la cláusula 9.14.4. Moneda.

8.4. 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 para esta cobertura 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 para esta cobertura.

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

Además de las señaladas en el apartado 6, exclusiones, 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.

8.4.1. Límites de edad

De 1 a 69 años para la contratación de la cobertura. Edad de última renovación de 74 años.

8.5. 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 en que haya ocurrido el accidente. 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 para esta cobertura, 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.

8.5.1. Exclusiones

Además de las señaladas en el apartado 6, exclusiones, esta cobertura no cubre:

La muerte accidental originada por participar en:

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

8.5.1.2. Actos delictivos intencionales donde el Asegurado participe como sujeto activo.

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

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

Los siguientes eventos:

8.5.1.5. La muerte del Asegurado debida a enfermedades de cualquier naturaleza.

8.5.1.6. Suicidio o cualquier intento de este, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.

8.5.1.7 Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.

8.5.1.8. Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.

8.5.1.9. 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.

8.5.1.10. 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.

8.5.2. Terminación

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

a) Concluir la vigencia de la póliza de la cual esta cobertura forma parte.
b) Cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado.
c) Al efectuar MetLife el pago de la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura.

8.6. 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.

La hospitalización inicia en el momento en que el Asegurado ingresa al hospital, clínica o sanatorio y concluye con el alta que otorgue el médico tratante, o con la carta responsiva que firme él, los familiares o el médico que, en tal caso, serán responsables del paciente Asegurado.

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 la madre biológica asegurada tenga un periodo mínimo de 10 meses de haber contratado esta cobertura para poder hacer uso de esta.

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.

8.6.1. Exclusiones

Además de las señaladas en el apartado 6, exclusiones, se excluye la renta diaria por hospitalización, en los siguientes casos:

8.6.1.1. 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.

8.6.1.2. Lesiones que por culpa grave del Asegurado sufra al encontrarse bajo los efectos de drogas o estimulantes no prescritos médicamente.

8.6.1.3. Exámenes médicos de rutina, tratamiento de obesidad, adelgazamiento o cualquier fin estético, abortos provocados intencionalmente.

8.6.1.4. Hospitalizaciones por infecciones a causa del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o enfermedades relacionadas.

8.6.1.5. Hospitalizaciones en establecimientos no reconocidos como hospitales, clínicas o sanatorios.

8.6.1.6. 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.

8.6.2. Límites de edad

De 1 a 64 años para la contratación de la cobertura. Edad de última renovación de 69 años.

8.7. Cobertura de visión
(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

Los beneficios y servicios otorgados por esta cobertura serán otorgados por MetLife a través de la compañía articuladora de servicios de visión con la cual MetLife ha celebrado un contrato.

Los servicios prestados por la Compañía Articuladora de Servicios de Visión se describen a continuación:

Beneficio	Descripción
Examen de la vista	Para la prescripción de anteojos en caso de que sea necesario.
Anteojos completos (armazón y lentes graduados)	Un par durante la vigencia de la póliza, hasta el límite anual del plan contratado, si por prescripción son necesarios (no cosméticos), conformado por: • Armazón y lentes (micas oftálmicas). Las ópticas de la red **del prestador** te pueden ofrecer diversos modelos. No se podrá adquirir el armazón por separado • Un estuche duro por armazón y una microfibra para el cuidado de tus anteojos.
Lentes de contacto graduados	• Para lentes de contacto de cambio frecuente, si por prescripción son necesarios (no cosméticos), podrás obtener la dotación equivalente a un año, hasta el límite anual del plan contratado. •Solución para el cuidado de los lentes de contacto por una ocasión durante la vigencia de la póliza.
Descuento de 30%*	En reposiciones de micas oftálmicas cubiertas por el plan contratado, por una ocasión durante la vigencia de la póliza.
Descuento de 15%*	En modelos de mayor costo al límite anual del plan contratado o en productos no cubiertos, identificándose como Asegurado de **MetLife**.

Beneficio

Concepto	Plan Enfoque
Límite anual de anteojos completos graduados, no cosméticos: armazón y lentes (micas oftálmicas). Incluye IVA	$1,500
Límite anual de lentes de contacto graduados, no cosméticos. Incluye IVA	$1,050
Deducible	$100 + IVA

Descripción

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.

En esta cobertura no aplica el concepto de reembolso.

Para recibir los servicios de visión descritos bajo esta cobertura, el Asegurado deberá mostrar credencial vigente de Gastos Médicos Mayores MetLife acompañada de una identificación oficial con fotografía.

8.7.1. Exclusiones

1. **Además de las señaladas en el apartado 6, Exclusiones, quedan excluidos los gastos erogados a consecuencia de tratamientos de corrección visual que no se encuentren señalados como cubiertos.**

2. **Cualquier tipo de consulta médica o procedimiento médico preventivo efectuado por un oftalmólogo y/o cualquier otra persona autorizada para llevarlo a cabo.**

3. **Cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico para los ojos**

4. **Ejercicios ortópticos o entrenamiento visual para tratar la visión baja.**

5. **Visión baja.**

6. **Apoyos para visión baja o subnormal.**

7. **Aniseiconía (trastorno ocular que genera imágenes de diferente tamaño entre las retinas).**

8. **Cualquier tipo de examen o análisis necesario para detectar alteraciones en el campo visual.**

9. **Tomografías.**

10. **Angiografía fluorescente.**

11. **Reemplazo de armazones o lentes como consecuencia de extravío, robo, maltrato o rotura.**

12. **Tratamientos adicionales a los anteojos que no sean utilizados para la corrección de la visión, tales como los tratamientos antirreflejantes, antirayas, ultravioletas, de protección solar o cualquier otro que tenga por finalidad motivos estéticos.**

13. **Anteojos comprados con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza de seguro o con anterioridad a la fecha de inicio de la cobertura de los asegurados, o con posterioridad a la terminación de la vigencia de la cobertura del Asegurado o de la póliza de seguro.**

14. **Medicamentos.**

15. **Ningún servicio que no esté especificado dentro de los servicios ópticos cubiertos por el plan contratado.**

8.8. 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 3.5.10.

Los beneficios y servicios otorgados por esta cobertura serán otorgados por MetLife a través de la compañía articuladora de servicios dentales con la cual MetLife ha celebrado un contrato.

Los servicios prestados por la Compañía Articuladora de Servicios Dentales serán los siguientes:

I. Servicios de endodoncia (remoción de nervio dental)		**(Aplica sobre el honorario máximo)**	
Descripción del tratamiento	**Alcance del beneficio**	**Dentro de la red pagas el copago[1]**	**Fuera de la red se reembolsa el porcentaje indicado**
Pulpotomía terapéutica (excluyendo restauración final)-- remoción de pulpa coronaria hasta la unión dentinocemental y aplicación de medicamento. Dientes primarios*		20%	80%
Terapia de conducto radicular (endodoncia) en diente anterior, premolar y molar (no incluye restauración final)*		20%	80%
Retratamiento de terapia de conducto radicular (endodoncia) previa - en diente anterior, premolar y molar	1 (uno) por diente	20%	80%
Apexificación/ recalcificación (reparación de perforaciones por cierre/calcificación apical, reabsorción de raíz, etc.) - visita inicial, reemplazo de medicamento provisional y visita finalque incluye terapia de canal radicular(endodoncia) completa*	1 (uno) por diente	20%	80%

II. Servicios de endodoncia (remoción de nervio dental)		**(Aplica sobre el honorario máximo)**	
Descripción del tratamiento	**Alcance del beneficio**	**Dentro de la red pagas el copago[1]**	**Fuera de la red se reembolsa el porcentaje indicado**
Cirugía de apicectomía/ perirradicular - diente anterior, premolar y molar (primera raíz o cada raíz adicional)*		20%	80%
Obturación retrógrada - por raíz	1 (una) de por vida - mismo diente	20%	80%
Amputación radicular - por raíz*		20%	80%
Hemisección (incluyendo cualquier remoción de raíz), no incluye tratamiento de conducto radicular*		20%	80%

III. Servicios de remoción de terceros molares y procedimientos quirúrgicos complejos (extracción de muelas del juicio y otros procedimientos complejos)		(Aplica sobre el honorario máximo)	
Descripción del tratamiento	**Alcance del beneficio**	**Dentro de la red pagas el copago[1]**	**Fuera de la red se reembolsa el porcentaje indicado**
Remoción quirúrgica de diente erupcionado mediante elevación de colgajo mucoperióstico y remoción ósea y/o sección del diente*		20%	80%
Remoción de diente impactado -tejido blando*		20%	80%
Remoción de diente impactado - parcialmente o completamente cubierto por hueso*		20%	80%
Remoción quirúrgica de residuos de raíces de dientes*		20%	80%
Incisión y drenaje de abscesos - tejido blando intraoral y extraoral - complicado (incluye drenaje de múltiples espacios faciales)	**Se excluye la "Angina de Ludwig". Asimismo, no incluye medicamentos, anestesia general ni gastos hospitalarios de ningún tipo**	20%	80%
Frenilectomía (frenectomía o frenotomía) - procedimiento por separado	1 (una) de por vida	20%	80%

IV. Coronas		(Aplica sobre el honorario máximo)	
Descripción del tratamiento	**Alcance del beneficio**	**Dentro de la red pagas el copago[1]**	**Fuera de la red se reembolsa el porcentaje indicado**
Corona Individual de porcelana fundida sobre metal no precioso	1 (una) cada 5 (cinco) años – mismo diente	50%	50%
Poste y muñón para retener una corona, prefabricado o fabricado en laboratorio.	1 (una) cada 5 (cinco) años – mismo diente	50%	50%
Onlay - metal tipo III o albacast -de 2 (dos) a 4 (cuatro) superficies	1 (una) cada 5 (cinco) años - mismo diente	50%	50%

Póntico - porcelana fundida sobre metal no precioso*	1 (una) cada 5 (cinco) años - mismo diente	50%	50%

Para recibir los servicios dentales descritos bajo esta cobertura, el Asegurado deberá mostrar credencial vigente de Gastos Médicos Mayores MetLife acompañada de una identificación oficial con fotografía.

8.8.1. Exclusiones

Además de las señaladas en el apartado 6, Exclusiones, la presente cobertura en ningún caso cubre los gastos especificados a continuación:

1. **Tratamientos o materiales por malformaciones óseas y dentales congénitas y tratamientos o procedimientos por afecciones durante el desarrollo de los dientes, por ejemplo: hipocalcificación o hipoplasia del esmalte.**

2. **Tratamientos o procedimientos dentales que incrementan la dimensión vertical de una oclusión, reemplacen la pérdida de la estructura de los dientes por desgaste, tales como, atrición, bruxismo, rechinamiento, apretamiento de los dientes, abrasión erosión, abfracción y por hábitos orales que dañen la integridad de los dientes, excepto que sea parte del tratamiento dental necesario y debido a un accidente dental o lesión bucal y directamente atribuible a éste. Tampoco se cubren los protectores o guardas oclusales y los ajustes oclusales.**

3. **Tratamientos, procedimientos, intervenciones quirúrgicas o materiales realizados primariamente por motivos estéticos para mejorar la apariencia del Asegurado, mediante restauración plástica, corrección o eliminación de defectos; tratamiento de fluorosis (un tipo de decoloración de los dientes); tratamiento por pigmentación dental a consecuencia de medicamentos; carillas de porcelana u otras carillas que no tienen el propósito de restauración; así como cualquier otro tratamiento o material que sea considerado como tal, de acuerdo a los estándares generalmente aceptados de la práctica dental, excepto que sea parte de algún tratamiento dental necesario y debido a un accidente dental o lesión bucal directamente atribuible a éste. Si los tratamientos o procedimientos realizados en un diente en particular no están excluidos, el tratamiento cosmético de los dientes adyacentes o que están cerca del afectado se considerarán como excluidos.**

4. **Gastos dentales a consecuencia de tratamientos o procedimientos dentales incorrectos que hubieran sido proporcionados antes de la vigencia de la póliza de seguro o por dentistas fuera de la red DENTEGRA durante la vigencia de la póliza de seguro.**

5. **Tratamientos o procedimientos prestados o materiales suministrados por un dentista antes de la fecha de inicio de vigencia de la póliza de seguro o antes de la fecha de inicio de la cobertura de los asegurados.**

6. **Utilización de medicamentos por autoprescripción que causen una lesión bucal que amerite una urgencia dental.**

7. **Gastos por radiografías que se necesiten tomar para realizar los diferentes tratamientos y aquellas posteriores al tratamiento para comprobar la calidad del mismo, no serán pagados ya que su costo está incluido en el honorario máximo autorizado de cada tratamiento.**

8. **Ferulización para tratamiento de enfermedad periodontal, e injertos extra-orales (injertos de tejido en la parte de afuera de la boca).**

9. **Programas de control preventivo de la placa dento- bacteriana, incluyendo programas de instrucción de higiene oral, que no estén incluidos en el tratamiento o procedimiento de evaluación oral o consulta.**

10. **Terapia miofuncional (de la función de los músculos). Equilibrio de la oclusión, gnatología (estudio y o corrección de las fuerzas masticatorias y las partes anatómicas involucradas) y tratamientos o procedimientos asociados. Diagnóstico y/o tratamiento por la disfunción de la articulación temporomandibular o musculatura, nervios u otros tejidos asociados.**

11. **Medicamentos y enjuagues bucales, incluyendo los de aplicación tópica para tratamientos de enfermedad periodontal, pre-medicación, analgesia, sedación intravenosa, anestesia general. Así mismo, los cargos separados por anestesia local no estarán cubiertos ya que éstos forman parte de los gastos del tratamiento o procedimiento dental.**

12. **Tratamientos o procedimientos, materiales para injerto de hueso o materiales similares usados con el mismo fin, para el relleno de defectos en zonas sin dientes.**

13. **Tratamientos o procedimientos de con Inlay (incrustaciones).**

14. **Tratamientos o procedimientos dentales de naturaleza experimental o de investigación, o que no sean considerados como necesarios y acostumbrados de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la práctica dental.**

15. **Tratamientos o procedimientos dentales prestados o materiales suministrados después de la terminación de la vigencia de la póliza de seguro, a menos de que el tratamiento o procedimiento haya comenzado durante la vigencia de la póliza de seguro.**

16. **En los casos donde los tratamientos o procedimientos dentales requieran ser realizados o suministrados en un hospital o en cualquier instalación para tratamientos quirúrgicos, DENTEGRA no cubre cualquier honorario adicional cobrado por el dentista por dichos tratamientos o procedimientos dentales en hospital, ni cubrirá cualquier gasto del hospital y/o quirófano, de los materiales, de anestesia o de la instalación para tratamientos quirúrgicos.**

17. **Servicios de administración del consultorio dental, servicios de administración para el cobro de los siniestros y cualquier otro costo administrativo que no esté expresamente incluido en el plan.**

18. **Servicios de transportación de ambulancia, hospitalización por cualquier causa objeto de este seguro.**

19. **Cualquier servicio de fase de no-tratamiento como puede ser la provisión de un ambiente antiséptico, la esterilización de equipo o control de infecciones, así como cualquier material auxiliar que se use en el tratamiento o procedimiento cuando su costo deba estar incluido en el costo del tratamiento o procedimiento (honorario máximo del dentista), de acuerdo a los estándares generalmente aceptados en la práctica dental, como pueden ser, pero no limitados a algodones, mascarillas y las técnicas de relajación como música.**

20. **Tratamiento en dientes sin restaurar o reemplazo de restauraciones existentes para cualquier propósito diferente que el de restaurar lesiones por caries activas (con cavidad) o por desajuste demostrable de la restauración.**

21. **Tratamientos o procedimientos de ortodoncia (tratamientos para la corrección de dientes o mandíbulas mal posicionadas). No se cubren extracciones por indicación ortodóntica.**

22. **Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en la póliza de seguro.**

23. **Cualquier complicación derivada o que surja durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico causada por negligencia del Asegurado a las indicaciones del dentista tratante.**

24. **Ningún tratamiento que no esté especificado dentro de los beneficios del plan.**

25. **En incisiones y drenajes de abscesos se excluye la "Angina de Ludwig".**

26. **Gastos en que se incurra a consecuencia de hechos de guerra, alborotos populares, motines y epidemias declaradas oficialmente.**

27. **Gastos en que se incurra por accidentes o enfermedades dentales que se originen a consecuencia de:**

    I. **Delitos dolosos o intencionales en los cuales el Asegurado sea considerado como sujeto activo o partícipe del delito.**

    II. **Lesiones auto inflingidas, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental**

8.9. 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:

Detalles de la cobertura	
Suma Asegurada	Lo que resulte menor entre el equivalente en moneda nacional a US $1,000,000.00 y el equivalente en dólares americanos de la Suma Asegurada de la cobertura básica. La Suma Asegurada aplicada en el evento por esta cobertura será descontada de la Suma Asegurada básica
Deducible	El doble del contratado para la cobertura básica..
Coaseguro	20 puntos porcentuales adicionales al coaseguro contratado. Para esta cobertura no opera el tope de coaseguro.

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.

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 el apartado 3.6.2. Maternidad: parto y cesárea, sin aplicar deducible, ni coaseguro, siempre y cuando la madre biológica asegurada tenga por lo menos diez meses de cobertura continua en un plan de Seguro de Gastos Médicos Mayores individual en MetLife.

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo con las condiciones de la presente póliza, serán reembolsados con base en lo estipulado en la cláusula 9.14.4. Moneda.

Para esta cobertura no aplica la cobertura de reducción de deducible por accidente.

8.10. 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 $2,000 (dos mil pesos) y hasta $100,000 (cien mil pesos), siempre y cuando la primera atención y gasto procedente 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 $100,000 (cien mil pesos) se eliminará el total del deducible, siempre que la reclamación sea mayor a$2,000 (dos mil pesos).

En el caso de que el deducible contratado y establecido en la carátula de la póliza sea mayor a $100,000 (cien mil pesos), MetLife responderá por los primeros $100,000 (cien mil pesos) del deducible, siempre que la reclamación sea mayor a $2,000 (dos mil pesos) 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 mecanismos de pago directo y reembolso.

Son aplicables los términos, condiciones generales y exclusiones de la cobertura básica. Si a causa del accidente se detecta un evento preexistente al accidente, éste será cubierto como un evento independiente y no aplicará la reducción de deducible por accidente.

Además de lo indicado en el apartado 6. 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.

8.11. Incremento al tabulador de honorarios médicos
(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.

Además de las señaladas en el apartado 6, exclusiones, esta cobertura no incrementará en ningún caso la base de los tabuladores médicos para eventos cuya fecha de ocurrencia sea previa a la contratación de esta cobertura adicional.

8.12. Protección garantizada
(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

En caso de contratación de esta cobertura el Asegurado tendrá los siguientes beneficios:

a) Ampliar la Suma Asegurada del plan básico de gastos médicos mayores colectivo contratado en MetLife u otra compañía de seguros. Para ello deberán elegir un deducible que se ajuste al importe que se aproxime a la Suma Asegurada de la póliza básica colectiva en vigor de acuerdo con los deducibles establecidos para esta cobertura siendo requisito indispensable demostrar con documentación fehaciente la existencia de una póliza básica colectiva vigente a la fecha de la solicitud, teniendo como beneficios:

    1. Que la presente cobertura cubra los gastos médicos mayores que excedan el deducible de este contrato, siempre y cuando el primer gasto del padecimiento en la póliza de gastos médicos mayores colectiva sea posterior a la fecha de alta del Asegurado en la presente póliza.

    2. El accidente, enfermedad, embarazo, parto o cesárea será procedente, siempre y cuando la causa de este se encuentre cubierto en las condiciones generales de la póliza colectiva y en las condiciones generales de la presente póliza.

    3. La siniestralidad pagada en la póliza colectiva del mismo padecimiento se considerará para el deducible contratado en la presente póliza.

    4. Reconocer la antigüedad de planes colectivos para la eliminación de periodos de espera de este contrato y no así para los eventos preexistentes indicados en esta póliza.

5. Para las reclamaciones realizadas dentro de la póliza individual aplicara el coaseguro contratado en la póliza individual.

6. El coaseguro pagado en la póliza colectiva del mismo evento no se considerará para el tope de coaseguro contratado en la póliza individual.

b) Reducción o incremento de deducible sin selección médica siempre y cuando este sea igual o superior al deducible indicado en el momento de la contratación de esta cobertura y sea indicado en la solicitud correspondiente y se encuentre en vigor en el producto al momento del cambio.

1. Reducir el deducible de la presente póliza sin selección médica bajo las mismas condiciones.

2. El inicio de vigencia de la póliza con el nuevo deducible será la fecha de baja de la póliza colectiva ya sea por renuncia, liquidación, retiro por edad avanzada, dependientes sin relación de titular, hijos que rebasan la edad máxima de aceptación en la póliza colectiva.

3. Incrementar el deducible de la póliza MedicaLife Familiar sin selección médica en el caso de que ingrese nuevamente a una póliza básica colectiva.

La reducción o incremento de deducible deberá realizarse dentro de los 60 días naturales posteriores a la baja o alta de la póliza colectiva, de lo contrario perderá todos los derechos arriba citados incluyendo la continuidad de pago de eventos originados dentro de la póliza básica colectiva posteriores a la contratación de la cobertura de Protección Garantizada.

En caso de que un evento hubiera iniciado en el periodo arriba señalado y aún no hubiera hecho el trámite respectivo de la reducción y/o el incremento de deducible, éste deberá tramitarse vía reembolso en forma posterior al movimiento.

c) Cambio de condiciones de la póliza de gastos médicos colectiva

Si el Asegurado cambia de empresa y/o de condiciones de la póliza colectiva de gastos médicos, deberá notificar por escrito a MetLife dentro de los primeros 60 días posteriores al cambio, para ello será necesario presentar el certificado vigente de la póliza colectiva de gastos médicos.

Si el Asegurado dentro de los primeros 60 días posteriores al cambio no avisa por escrito a MetLife, ésta no tendrá la obligación de otorgar la reducción o incremento de deducible sin selección médica, por lo que la solicitud de cambio de deducible podrá ser aceptada o rechazada conforme al dictamen de la selección médica.

d) Continuidad en el pago de eventos abiertos en póliza colectiva

La continuidad de pago de eventos abiertos en la póliza colectiva se dará siempre y cuando el padecimiento se encuentre cubierto en las condiciones generales de la presente póliza y el cúmulo de gastos por evento rebase el deducible contratado al momento de la reducción o incremento, la continuidad se dará cuando el evento haya ocurrido en fecha posterior a la contratación de la cobertura de protección garantizada de lo contrario quedará sujeta a la cláusula de prexistencia de la presente póliza.

Para las reclamaciones realizadas dentro de la póliza individual como continuidad de un evento abierto en la póliza colectiva aplicara el coaseguro contratado en la póliza individual. El coaseguro pagado en la póliza colectiva del mismo evento no se considerará para el tope de coaseguro contratado en la póliza individual.

e) Renovación de contratos realizados en forma colectiva

Para aquellos contratos realizados en forma colectiva, la renovación quedará sujeta a la renovación de la cobertura básica colectiva en MetLife.

El derecho de la contratación de la póliza individual con reducción de deducible no aplica en caso de cancelación de la cobertura básica colectiva o cambio de ésta a otra compañía de seguros.

8.13. Estudiantes en el extranjero
(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

En caso de contratación de esta cobertura adicional, el Asegurado que por motivos de estudios en el extranjero 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.

Detalles de la cobertura	
Suma Asegurada	Lo que resulte menor entre el equivalente en moneda nacional a US $100,000.00 y el equivalente en dólares americanos de la Suma Asegurada de la cobertura básica.
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 el evento.

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 semiprivado.

Los gastos efectuados en el extranjero y que procedan de acuerdo con las condiciones de la presente póliza, serán reembolsados con base a lo estipulado en la cláusula 9.14.4. Moneda.

Para la contratación de esta cobertura es indispensable que al menos un ascendiente de los estudiantes este Asegurado en la compañía con una póliza individual de gastos médicos mayores.

8.13.1. Exclusiones

Además de las señaladas en el apartado 6, exclusiones, esta cobertura no aplicará en caso de:

8.13.1.1. Parto, cesárea y cualquier atención a recién nacido prematuro y/o padecimientos congénitos, cualquiera que sea su causa.

8.13.1.2. Servicios de enfermería fuera del hospital.

8.13.1.3. Tratamientos de rehabilitación.

8.13.1.4. 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.

8.14. Incremento de Suma Asegurada
(Su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

En caso de contratación de esta cobertura adicional, el Asegurado quedará cubierto por los gastos que excedan el deducible de esta cobertura bajo el siguiente alcance:

Detalles de la cobertura	
Suma Asegurada	25,500 UMAM
Deducible	26,000 UMAM
Coaseguro	no aplica

8.14.1. Exclusiones

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.

8.15. Conversiones derivadas de contratos colectivos

Se entenderá por derecho de conversión al beneficio incluido en un contrato colectivo de gastos médicos con MetLife, que le da la facultad a los integrantes de la colectividad asegurada de contratar una póliza individual de gastos médicos mayores con MetLife del producto que se encuentre vigente al momento de su separación de la póliza colectiva de gastos médicos MetLife, bajo condiciones similares respecto a Suma Asegurada, tabulador de honorarios médicos, nivel hospitalario, deducible y coaseguro, sin que le aplique selección médica si contrata dicha póliza individual dentro del número de días pactados en el beneficio de derecho de conversión, y cumple con todoslos requisitos establecidos en el mismo. La póliza individual no incluirá las condiciones endosadas en la póliza de gastos médicos mayores colectivo. Si el asegurado solicita una cobertura o alcance diferente al que le permite el derecho de conversión, el cambio solicitado quedará sujeto a las reglas o políticas de suscripción vigentes del producto individual.

Las pólizas individuales que se adquieran gracias al derecho de conversión, serán llamadas pólizas de conversión.

Las pólizas de conversión se emitirán con un endoso que establezca los siguientes beneficios de acuerdo al derecho de conversión que se tuviera:

8.15.1. La antigüedad reconocida

8.15.2. La regla para identificar los siniestros complementos de la póliza colectiva, que serán aquellos que ocurrieron y/o tuvieron pagos durante la cobertura del asegurado en la póliza colectiva y cuyos gastos médicos podrán tener continuidad de cobertura en la póliza de conversión.

8.15.3. El periodo y límite máximo de beneficio de la cobertura de gastos médicos de los siniestros complementos de la póliza colectiva.

Para la cobertura de los siniestros que ocurran después del inicio de vigencia de la póliza de conversión, se aplicarán las condiciones de la póliza individual.

9. Apartado nueve – Cláusulas generales

9.1. Altas de Asegurados

El alta de Asegurados es exclusiva para los siguientes casos:

a) Los hijos que nazcan durante la vigencia de la póliza quedarán Asegurados desde la fecha de su nacimiento sin necesidad de selección médica, siempre y cuando el Asegurado titular o la madre biológica asegurada tenga al menos 10 meses de cobertura continua e ininterrumpida en el presente contrato y el recién nacido sea dado de alta en la póliza durante los siguientes 30 días naturales a la fecha de nacimiento del mismo, en caso contrario, quedarán sujetos a selección médica y demás requisitos de asegurabilidad que MetLife solicite.

b) La inclusión del cónyuge o concubino, hijos adoptivos o ascendientes del Asegurado titular quedará sujeta a la aprobación por parte de MetLife, cuando se cumpla con los requisitos de asegurabilidad de acuerdo con las políticas vigentes al momento de la solicitud.

Para cualquier alta de Asegurado es necesario que el Asegurado titular lo solicite por escrito a MetLife anexando copia certificada del acta de nacimiento, de matrimonio o documento que acredite el concubinato, según sea el caso.

9.2. Baja de Asegurados

Causarán baja de la presente póliza las personas que determine el Contratante, para lo cual deberá comunicarlo por escrito 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 periodo de beneficio y MetLife devolverá al Contratante la prima no devengada correspondiente a dicho Asegurado, siempre y cuando no se hubiera presentado ningún evento para el mismo.

El Asegurado que cause baja de la presente póliza podrá ser Asegurado nuevamente siempre y cuando cumpla con los requisitos de asegurabilidad, de acuerdo con las políticas vigentes al momento de la solicitud.

9.3. Edad

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.

Inexactitud en la indicación de la edad

Para efectos de este contrato de seguro se entenderá como edad real del Asegurado, aquella que haya cumplido a la fecha de inicio de vigencia del seguro.

La fecha de nacimiento del Asegurado deberá comprobarse legalmente y por una sola ocasión cuando MetLife lo solicite, antes o después de su fallecimiento y lo hará constar ya sea en la póliza o en cualquier otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

Será motivo de rescisión automática del contrato de seguro, que la edad real del Asegurado a la fecha de celebración del contrato se encuentre fuera de los límites de admisión establecidos anteriormente, reduciéndose la obligación de MetLife a pagar el 70% de la prima neta no devengada existente a la fecha de rescisión.

De acuerdo con el artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro: si la edad del Asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por MetLife, se aplicarán las siguientes reglas:

Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se hubiese pagado una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de MetLife 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;

Si MetLife 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 hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviera pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, MetLife estará obligada a reembolsar el 70% de la prima que en exceso hubiere pagado el Contratante dentro del periodo de seguro en curso, las primas posteriores deberán reducirse 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.

9.4. Prima

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 vigencia de la póliza dadas las características del producto contratado, zona de contratación, edad, sexo y ocupación de cada Asegurado, y en su caso, la extraprima correspondientes; y vence en el momento de inicio de vigencia del contrato.

9.5. Pago de prima

Las primas podrán ser pagadas a través de los medios que se convengan como, por medio de tarjetas bancarias, transferencias electrónicas, depósito en cuenta, entre otros. El estado de cuenta en donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de dicho pago.

En caso de existir un evento, 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.

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

Artículo 40 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

“Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, 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 un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

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”

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 artículos 93 y 151 de la Ley del Impuesto Sobre la Renta.

En caso de alta de Asegurados el Contratante se obliga a efectuar el pago de la prima correspondiente del nuevo Asegurado.

9.6. Periodicidad de pago

La prima se calcula por periodos anuales, sin embargo, el Contratante puede optar por pagar la prima de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral. Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado.

9.7. Carencia de restricciones

Este contrato de seguro no se afectará por razones de cambio de residencia, viajes y estilo de vida del Asegurado en esta póliza, posteriores a la contratación del seguro.

Lo anterior no aplica en caso de actividades relacionadas con cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139 a 139 quinquies, 193 a 199, 400 y 400 bis del Código Penal Federal y/o cualquier disposición relativa a la delincuencia organizada en territorio nacional.

9.8. Cambio de ocupación

Si posterior a la contratación y durante la vigencia del seguro el Asegurado cambia de ocupación, inicia la práctica profesional de algún deporte o alguna otra actividad remunerada o realiza una ocupación adicional a la señalada en la contratación, el Contratante o Asegurado deberá notificar por escrito a MetLife durante los 30 (treinta) días naturales siguientes de haberse efectuado dicho cambio.

MetLife evaluará si el cambio de ocupación notificado afecta el riesgo pactado y, en caso de ser procedente modificará las condiciones inicialmente pactadas, lo cual se notificará al Asegurado.

Si el Asegurado omitiera el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, MetLife notificará la rescisión del contrato de seguro y los efectos del seguro cesarán quince días después de la fecha en que comunique su resolución al Asegurado. (artículos 52 y 56 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

En los casos de dolo o mala fe en la agravación al riesgo, el Asegurado perderá las primas anticipadas. (artículo 60 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

9.9. Agravación del riesgo

Las obligaciones de MetLife cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en el artículo 52 y 53 fracción i de la Ley sobre el contrato del seguro.

“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 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

II. Que el Asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del Asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.” (Artículo 53 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Las obligaciones de MetLife México, S.A. de C.V., 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 casos de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

En caso de que, en el pasado, en el presente o en el futuro, el Contratante, Asegurado o beneficiario realice o se relacione con “las actividades ilícitas”, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de Ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el Contratante, Asegurado o beneficiario, en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere condenado mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los artículos 139 a 139 quinquies, 193 a 199, 400 y 400 bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, así como por autoridades competentes de carácter extranjero cuyo gobierno tenga celebrado con México un tratado internacional relativo a los puntos señalados en el presente párrafo; o, si el nombre del Contratante, Asegurado o beneficiario, sus actividades, los bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades son publicados en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el gobierno mexicano tenga celebrado alguno de los tratados internacionales en la materia antes mencionada, ello en términos del acuerdo por el que se emiten las disposiciones de carácter general a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, aplicables a Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros. .

En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que MetLife México, S.A. de C.V., tenga conocimiento de que el nombre del Contratante, Asegurado o beneficiario deje de encontrarse en las listas antes mencionadas.

MetLife México, S.A. de C.V., consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este contrato de seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

Esta cláusula es una excepción a la cláusula de carencia de restricciones

9.10. Rehabilitación

El Contratante podrá dentro de los sesenta (60) días naturales posteriores a la fecha de cancelación de su póliza, solicitar la rehabilitación del contrato de seguro, si éste hubiera cesado en sus efectos por falta de pago de primas.

MetLife podrá solicitar pruebas de asegurabilidad para determinar la procedencia de la rehabilitación.

Una vez que MetLife ha aceptado la rehabilitación de este contrato de seguro deberá notificarlo por escrito al Contratante, indicándole si es el caso, los términos de la rehabilitación, la cantidad necesaria que por concepto de primas y/o intereses que deberá pagar para restablecer su seguro.

9.11. Régimen fiscal

El régimen fiscal de la presente póliza estará sujeto a la legislación fiscal vigente en la fecha en que se efectúe el pago del evento.

9.12. Reconocimiento de antigüedad

Para que aplique el reconocimiento de antigüedad se deberá comprobar a MetLife que durante ese período la prima de las pólizas en donde haya estado el Asegurado fue pagada, siempre y cuando no exista un periodo al descubierto mayor a 30 días naturales.

La antigüedad reconocida se especifica en la carátula de póliza y será tomada en cuenta para los períodos de espera señalados en estas condiciones generales, con excepción de los padecimientos que indiquen lo contrario, para los cuales deberá transcurrir el período señalado de forma estricta a través de la antigüedad generada en MetLife.

Si el Asegurado decide cambiar de producto en MetLife, los beneficios ganados por antigüedad del Asegurado no se verán afectados siempre y cuando la nueva póliza los contemple.

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

9.13. Cláusulas operativas

9.13.1. Cobertura del contrato

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

La cobertura por enfermedad o tratamiento quedará amparada transcurridos los primeros 30 días naturales contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del seguro; el periodo de espera antes señalado no será aplicable en los casos de enfermedad o tratamiento derivados de emergencia médica, lo anterior no aplica para padecimientos con periodos de espera.

9.13.2. Cancelación

9.13.1.1. Cancelación automática

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.

9.13.1.2. Cancelación a petición del Contratante o Asegurado titular

El Contratante y/o Asegurado podrán solicitar la cancelación o terminación anticipada del contrato en cualquier momento después de los primeros 30 días de vigencia, previa solicitud por escrito presentada en las oficinas de MetLife, así como por cualquier otro medio o tecnología a que se refiere el artículo 214 de la LISF y capítulo 4.10. de la CUSF, o bien por cualquier otro medio acordado entre el Contratante y MetLife o su representante, para tales efectos y en tal caso MetLife emitirá el acuse de recepción de dicha solicitud.

La cancelación causará efecto a partir de la fecha en que la solicitud sea recibida en las oficinas de MetLife, o a partir de la fecha solicitada en el documento respectivo, la que sea posterior. Para ello el Contratante o Asegurado titular deberá identificarse previamente y MetLife deberá emitir el documento correspondiente que certifique la cancelación. En este caso MetLife devolverá al Contratante el 70% de la prima neta no devengada, siempre y cuando no existan reclamaciones por un evento en la vigencia en que solicita la cancelación.

El monto correspondiente a la prima objeto de cancelación se encontrará a disposición del contratante a los 10 días hábiles posteriores de que MetLife reciba su solicitud.

En caso de cancelación antes de los 30 primeros días naturales de vigencia de la póliza se cobrarán los derechos de póliza completos.

9.13.3. 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:

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

b) El término del período de gracia antes del pago de la prima vencida o de cada una de las fracciones de esta pactadas en este contrato, salvo que sea rehabilitado en términos de la presente póliza.

c) Que el Contratante o alguno de los Asegurados que forman parte de la póliza, incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisión.

9.13.4. 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.

9.13.5. Rescisión del contrato

MetLife podrá rescindir el presente contrato, en términos de lo previsto en el artículo 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 este caso, se devolverá al Contratante el 70% de la prima no devengada. De ser así, MetLife comunicará por escrito 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) Las demás causas consignadas en la Ley Sobre el Contrato de Seguro y en estas condiciones generales.

9.13.6. Modificaciones al contrato

El Contratante podrá solicitar un cambio a las condiciones del producto contratado, dentro de los 30 días naturales posteriores al inicio de vigencia de la renovación. MetLife se reserva el derecho de aceptar o rechazar el cambio.

Los cambios o modificaciones al Contrato serán válidos siempre y cuando hayan sido acordados por escrito entre el Contratante y MetLife y registrados de manera previa ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los nuevos padecimientos que se presenten a partir de la fecha en que se realizó el cambio de condiciones, 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 eventos que se hayan presentado en vigencia o vigencias anteriores quedarán cubiertos bajo los límites, condiciones generales y endosos que correspondan a la póliza anterior.

Dichas modificaciones se harán constar mediante cláusulas adicionales o endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes de seguros o cualquier otra persona no autorizada por MetLife, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones al presente contrato.

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, de acuerdo con 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.

9.13.7. 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 alguna 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 evento 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.

Este apartado no aplica para la cobertura estudiantes en el extranjero.

9.14. Cláusulas contractuales

9.14.1. Derecho del Contratante para conocer el porcentaje de intermediación

Durante la vigencia de la póliza el Contratante podrá solicitar por escrito a MetLife 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.

9.14.2. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la unidad especializada de la Aseguradora.

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

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

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

9.14.3. 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 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 276 de la Ley de instituciones de seguros y de fianzas. 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.

9.14.4. 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.

Los gastos que se originen en el extranjero y que procedan de acuerdo con las estipulaciones de este contrato, se reembolsarán de acuerdo con el 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.

9.14.5. 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.

9.14.6. 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 (artículo 8, 9, 10 y 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

Si la omisión o inexacta declaración se descubre al ocurrir un evento, MetLife quedará facultada para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del evento (artículo 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.

9.14.7. Prescripción

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

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

En términos del artículo 66 bis 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 evento producirá la interrupción de la prescripción, mientras que la suspensión de la prescripción solo procede por la interposición de la reclamación ante la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones de esta institución, conforme lo dispuesto por el artículo 50-bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

9.14.8. 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.

9.14.9. Subrogación

De conformidad con el art. 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la empresa 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.

9.14.10. 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 151, 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 93, fracción VI, que establece que se exentarán de dicha contribución los ingresos percibidos con motivo del reembolso de gastos médicos, dentales, hospitalarios y funerales, que se concedan de manera general, de acuerdo con las leyes.

9.14.11. Renovación

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

La renovación se realizará en condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas, por lo que no se modificarán las limitaciones de las coberturas de los riesgos en detrimento del Asegurado, ampliar periodos de espera, reducir límites de edad, ni solicitar requisitos de asegurabilidad, en razón del derecho de antigüedad adquirido por el Asegurado.

En caso de que el Asegurado cambie de residencia u ocupación, la renovación de la póliza quedará sujeta a la aprobación de MetLife México.

La renovación:

- Se realizará sin requisitos de asegurabilidad.
- No implicará modificación de los periodos de espera.
- No considerará los límites de edades de aceptación.

En cada renovación se respetará la antigüedad del Asegurado con MetLife.

La prima que deberá pagarse en términos de la cláusula respectiva se aplicará de acuerdo con la edad y sexo del Asegurado. El incremento que se efectuará para cada renovación será el que corresponda conforme a los procedimientos y parámetros calculados conforme a la nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

La renovación no surtirá efectos cuando el Asegurado o MetLife manifiesten por escrito su voluntad de no renovar el contrato, cuando menos con treinta días hábiles antes del vencimiento de la póliza. La notificación se deberá efectuar en el domicilio o correo electrónico declarado por el Asegurado o en su caso en las oficinas de MetLife y/o su representante para tales efectos.

9.14.12. Referencias legales

De conformidad con el artículo 8 de las “Disposiciones de Carácter General en Materia de Sanas Prácticas, Transparencia y Publicidad aplicables a las Instituciones de Seguros “ emitidas por la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, las disposiciones legales citadas en las presentes condiciones generales podrán ser consultadas por el Asegurado/Contratante/beneficiario en la siguiente página web www.metlife.com.mx. Adicionalmente se podrán consultar en el anexo de las presente condiciones generales.

10. Anexo referencias legales

Ley Sobre el Contrato de Seguro

Artículo 7.- Las condiciones generales del seguro deberán figurar en el mismo formulario de ofertas suministrado por la empresa Aseguradora, o bien remitirse al proponente para que éste las incluya en la oferta del contrato que ha de firmar y entregar a la empresa. El proponente no estará obligado por su oferta si la empresa no cumple con esta disposición.

Las declaraciones firmadas por el Asegurado serán la base para el contrato.

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 21.- El contrato de seguro:

I. Se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviese conocimiento de la aceptación de la oferta. En los seguros mutuos será necesario, además, cumplir con los requisitos que la Ley o los estatutos de la empresa establezcan para la admisión de nuevos socios;

II. No puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la póliza o de cualquier otro documento en que conste la aceptación, ni tampoco a la condición del pago de la prima;

III. Puede celebrarse sujeto a plazo, a cuyo vencimiento se iniciará su eficacia para las partes, pero tratándose de seguro de vida el plazo que se fije no podrá exceder de treinta días a partir del examen médico, si éste fuere necesario, y si no lo fuere, a partir de la oferta.

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 fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, 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 un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

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 66.- Tan pronto como el Asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa Aseguradora.

Salvo disposición en contrario de la presente Ley, el Asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa.

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 69.- La empresa Aseguradora tendrá derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

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

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

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

Artículo 172 si la edad del Asegurado estuviera 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 pagará 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 hubiese 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 estuviera 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 hubiesen 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 175. 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.
En todo caso, la Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones si paga con base en la designación de beneficiarios más reciente, realizada conforme a lo previsto en el contrato de seguro respectivo.

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 66.- La reclamación que reúna los requisitos señalados, por su sola presentación, Interrumpirá la prescripción de las acciones legales correspondientes, hasta que concluya el procedimiento.

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;

Así mismo, 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 de seguros y de fianzas 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.

Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas

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

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

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

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

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.2.5. La tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

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

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

Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

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

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

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

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

En caso de que la institución de seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se:

Aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

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

IX. Si la institución de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la comisión nacional para la protección y defensa de los usuarios de servicios financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 días de salario.

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

Código Penal Federal

Artículo 139.- Se impondrá pena de prisión de quince a cuarenta años y cuatrocientos a mil doscientos días multa, sin perjuicio de las penas que correspondan por otros delitos que resulten:

I. A quien utilizando sustancias tóxicas, armas químicas, biológicas o similares, material radioactivo, material nuclear, combustible nuclear, mineral radiactivo, fuente de radiación o instrumentos que emitan radiaciones, explosivos, o armas de fuego, o por incendio, inundación o por cualquier otro medio violento, intencionalmente realice actos en contra de bienes o servicios, ya sea públicos o privados, o bien, en contra de la integridad física, emocional, o la vida de personas, que produzcan alarma, temor o terror en la población o en un grupo o sector de ella, para atentar contra la seguridad nacional o presionar a la autoridad o a un particular, u obligar a éste para que tome una determinación.

II. Al que acuerde o prepare un acto terrorista que se pretenda cometer, se esté cometiendo o se haya cometido en territorio nacional.

Las sanciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo se aumentarán en una mitad, cuando además:

I. El delito sea cometido en contra de un bien inmueble de acceso público;
II. Se genere un daño o perjuicio a la economía nacional, o
III. En la comisión del delito se detenga en calidad de rehén a una persona.

Artículo 139 bis.- Se aplicará pena de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a un terrorista, teniendo conocimiento de sus actividades o de su identidad.

Artículo 139 ter.- Se aplicará pena de cinco a quince años de prisión y de doscientos a seiscientos días multa al que amenace con cometer el delito de terrorismo a que se refiere el párrafo primero del artículo 139.

Artículo 139 quáter.- Se impondrá la misma pena señalada en el artículo 139 de este código, sin perjuicio de las penas que corresponden por los demás delitos que resulten, al que por cualquier medio que fuere ya sea directa o indirectamente, aporte o recaude fondos económicos o recursos de cualquier naturaleza, con conocimiento de que serán destinados para financiar o apoyar actividades de individuos u organizaciones terroristas, o para ser utilizados, o pretendan ser utilizados, directa o indirectamente, total o parcialmente, para la comisión, en territorio nacional o en el extranjero, de cualquiera de los delitos previstos en los ordenamientos legales siguientes:

I. Del Código Penal Federal, los siguientes:

1) Terrorismo, previstos en los artículos 139, 139 bis y 139 ter;
2) Sabotaje, previsto en el artículo 140;
3) Terrorismo internacional, previsto en los artículos 148 bis, 148 ter y 148 quáter;
4) Ataques a las vías de comunicación, previstos en los artículos 167, fracción IX, y 170, párrafos primero, segundo y tercero, y
5) Robo, previsto en el artículo 368 quinquies.

II. De la Ley que declara reservas mineras los yacimientos de uranio, torio y las demás substancias de las cuales se obtengan isótopos hendibles que puedan producir energía nuclear, los previstos en los artículos 10 y 13.

Artículo 139 quinquies.- Se aplicará de uno a nueve años de prisión y de cien a trescientos días multa, a quien encubra a una persona que haya participado en los delitos previstos en el artículo 139 quáter de este código.

Artículo 193.- Se consideran narcóticos a los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la Ley General de Salud, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia.

Para los efectos de este capítulo, son punibles las conductas que se relacionan con los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias previstos en los artículos 237, 245, fracciones I, II y III y 248 de la Ley General de Salud, que constituyen un problema grave para la salud pública.

El juzgador, al individualizar la pena o la medida de seguridad a imponer por la comisión de algún delito previsto en este capítulo, tomará en cuenta, además de lo establecido en los artículos 51 y 52, la cantidad y la especie de narcótico de que se trate, así como la menor o mayor lesión o puesta en peligro de la salud pública y las condiciones personales del autor o participe del hecho o la reincidencia en su caso.

Los narcóticos empleados en la comisión de los delitos a que se refiere este capítulo se pondrán a disposición de la autoridad sanitaria federal, la que procederá de acuerdo con las disposiciones o Leyes de la materia a su aprovechamiento lícito o a su destrucción.

Tratándose de instrumentos y vehículos utilizados para cometer los delitos considerados en este capítulo, así como de objetos y productos de esos delitos, cualquiera que sea la naturaleza de dichos bienes, se estará a lo dispuesto en los artículos 40 y 41. Para ese fin, el ministerio público dispondrá durante la averiguación previa el aseguramiento que corresponda y el destino procedente en apoyo a la procuración de justicia, o lo solicitará en el proceso, y promoverá el decomiso para que los bienes de que se trate o su producto se destinen a la impartición de justicia, o bien, promoverá en su caso, la suspensión y la privación de derechos agrarios o de otra índole, ante las autoridades que resulten competentes conforme a las normas aplicables.

Artículo 194.- Se impondrá prisión de diez a veinticinco años y de cien hasta quinientos días multa al que:

I. Produzca, transporte, trafique, comercie, suministre aun gratuitamente o prescriba alguno de los narcóticos señalados en el artículo anterior, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud;

Para los efectos de esta fracción, por producir se entiende: manufacturar, fabricar, elaborar, preparar o acondicionar algún narcótico, y por comerciar: vender, comprar, adquirir o enajenar algún narcótico.

Por suministro se entiende la transmisión material de forma directa o indirecta, por cualquier concepto, de la tenencia de narcóticos.

El comercio y suministro de narcóticos podrán ser investigados, perseguidos y, en su caso sancionados por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

II. Introduzca o extraiga del país alguno de los narcóticos comprendidos en el artículo anterior, aunque fuere en forma momentánea o en tránsito.

Si la introducción o extracción a que se refiere esta fracción no llegare a consumarse, pero de los actos realizados se desprenda claramente que esa era la finalidad del agente, la pena aplicable será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el presente artículo.

III. Aporte recursos económicos o de cualquier especie, o colabore de cualquier manera al financiamiento, supervisión o fomento para posibilitar la ejecución de alguno de los delitos a que se refiere este capítulo; y

IV. Realice actos de publicidad o propaganda, para que se consuma cualesquiera de las sustancias comprendidas en el artículo anterior.

Las mismas penas previstas en este artículo y, además, privación del cargo o comisión e inhabilitación para ocupar otro hasta por cinco años, se impondrán al servidor público que, en ejercicio de sus funciones o aprovechando su cargo, permita, autorice o tolere cualesquiera de las conductas señaladas en este artículo.

Artículo 195.- Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos cincuenta días multa, al que posea alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud, siempre y cuando esa posesión sea con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en el artículo 194, ambos de este código.

La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

Cuando el inculpado posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla prevista en el artículo 479 de la Ley General de Salud, en cantidad igual o superior a la que resulte de multiplicar por mil las ahí referidas, se presume que la posesión tiene como objeto cometer alguna de las conductas previstas en el artículo 194 de este código.

Artículo 195 bis.- Cuando por las circunstancias del hecho la posesión de alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización a que se refiere la Ley General de Salud, no pueda considerarse destinada a realizar alguna de las conductas a que se refiere el artículo 194, se aplicará pena de cuatro a siete años seis meses de prisión y de cincuenta a ciento cincuenta días multa.

El Ministerio Público Federal no procederá penalmente por este delito en contra de la persona que posea:

I. Medicamentos que contengan narcóticos, cuya venta al público se encuentre supeditada a requisitos especiales de adquisición, cuando por su naturaleza y cantidad dichos medicamentos sean los necesarios para el tratamiento de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder.

II. Peyote u hongos alucinógenos, cuando por la cantidad y circunstancias del caso pueda presumirse que serán utilizados en las ceremonias, usos y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas, así reconocidos por sus autoridades propias.

Para efectos de este capítulo se entiende por posesión: la tenencia material de narcóticos o cuando éstos están dentro del radio de acción y disponibilidad de la persona.

La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

Artículo 196.- Las penas que en su caso resulten aplicables por los delitos previstos en el artículo 194 serán aumentadas en una mitad, cuando:

I. Se cometa por servidores públicos encargados de prevenir, denunciar, investigar o juzgar la comisión de los delitos contra la salud o por un miembro de las fuerzas armadas mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo. En este caso, se impondrá, a dichos servidores públicos además, suspensión para desempeñar cargo o comisión en el servicio público, hasta por cinco años, o destitución, e inhabilitación hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta. Si se trata de un miembro de las fuerzas armadas mexicanas en cualquiera de las situaciones mencionadas se le impondrá, además la baja definitiva de la fuerza armada a que pertenezca, y se le inhabilitará hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta, para desempeñar cargo o comisión públicos en su caso;

II. La víctima fuere menor de edad o incapacitada para comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente;

III. Se utilice a menores de edad o incapaces para cometer cualesquiera de esos delitos;

IV. Se cometa en centros educativos, asistenciales, policiales o de reclusión, o en sus inmediaciones con quienes a ellos acudan;

V. La conducta sea realizada por profesionistas, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud en cualesquiera de sus ramas y se valgan de esa situación para cometerlos. En este caso se impondrá, además, suspensión de derechos o funciones para el ejercicio profesional u oficio hasta por cinco años e inhabilitación hasta por un tiempo equivalente al de la prisión impuesta;

VI. El agente determine a otra persona a cometer algún delito de los previstos en el artículo 194, aprovechando el ascendiente familiar o moral o la autoridad o jerarquía que tenga sobre ella; y

VII. Se trate del propietario poseedor, arrendatario o usufructuario de un establecimiento de cualquier naturaleza y lo empleare o para realizar algunos de los delitos previstos en este capítulo o permitiere su realización por terceros. En este caso además, se clausurará en definitiva el establecimiento.

Artículo 196 bis.- (Se deroga).

Artículo 196 ter.- Se impondrán de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos días multa, así como decomiso de los instrumentos, objetos y productos del delito, al que desvíe o por cualquier medio contribuya a desviar precursores químicos, productos químicos esenciales o máquinas, al cultivo, extracción, producción, preparación o acondicionamiento de narcóticos en cualquier forma prohibida por la Ley.

La misma pena de prisión y multa, así como la inhabilitación para ocupar cualquier empleo, cargo o comisión públicos hasta por cinco años, se impondrá al servidor público que, en ejercicio de sus funciones, permita o autorice cualquiera de las conductas comprendidas en este artículo.

Son precursores químicos, productos químicos esenciales y máquinas los definidos en la Ley de la materia.

Artículo 197.- Al que, sin mediar prescripción de médico legalmente autorizado, administre a otra persona, sea por inyección, inhalación, ingestión o por cualquier otro medio, algún narcótico a que se refiere el artículo 193, se le impondrá de tres a nueve años de prisión y de sesenta a ciento ochenta días multa, cualquiera que fuera la cantidad administrada. Las penas se aumentarán hasta una mitad más si la víctima fuere menor de edad o incapaz comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente.

Al que indebidamente suministre gratis o prescriba a un tercero, mayor de edad, algún narcótico mencionado en el artículo 193, para su uso personal e inmediato, se le impondrá de dos a seis años de prisión y de cuarenta a ciento veinte días multa. Si quien lo adquiere es menor de edad o incapaz, las penas se aumentarán hasta una mitad.

Las mismas penas del párrafo anterior se impondrán al que induzca o auxilie a otro para que consuma cualesquiera de los narcóticos señalados en el artículo 193.

Artículo 198.- Al que dedicándose como actividad principal a las labores propias del campo, siembre, cultivo o coseche plantas de marihuana, amapola, hongos alucinógenos, peyote o cualquier otro vegetal que produzca efectos similares, por cuenta propia, o con financiamiento de terceros, cuando en él concurran escasa instrucción y extrema necesidad económica, se le impondrá prisión de uno a seis años.

Igual pena se impondrá al que en un predio de su propiedad, tenencia o posesión, consienta la siembra, el cultivo o la cosecha de dichas plantas en circunstancias similares a la hipótesis anterior.

Si en las conductas descritas en los dos párrafos anteriores no concurren las circunstancias que en ellos se precisan, la pena será de hasta las dos terceras partes de la prevista en el artículo 194, siempre y cuando la siembra, cultivo o cosecha se hagan con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en las fracciones I y II de dicho artículo. Si falta esa finalidad, la pena será de dos a ocho años de prisión.

Si el delito fuera cometido por servidor público de alguna corporación policial, se le impondrá, además la destitución del empleo, cargo o comisión públicos y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar otro, y si el delito lo cometiere un miembro de las fuerzas armadas mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo, se le impondrá, además de la pena de prisión señalada, la baja definitiva de la fuerza armada a que pertenezca y se le inhabilitará de uno a cinco años para desempeñar cargo o comisión públicos.

La siembra, cultivo o cosecha de plantas de marihuana no será punible cuando estas actividades se lleven a cabo con fines médicos y científicos en los términos y condiciones de la autorización que para tal efecto emita el ejecutivo federal.

Artículo 199.- El ministerio público o la autoridad judicial del conocimiento, tan pronto conozca que una persona relacionada con algún procedimiento por los delitos previstos en los artículos 195 o 195 bis, es farmacodependiente, deberá informar de inmediato y, en su caso, dar intervención a las autoridades sanitarias competentes, para los efectos del tratamiento que corresponda.

En todo centro de reclusión se prestarán servicios de rehabilitación al farmacodependiente.

Para el otorgamiento de la condena condicional o del beneficio de la libertad preparatoria, cuando procedan, no se considerará como antecedente de mala conducta el relativo a la farmacodependencia, pero sí se exigirá en todo caso que el sentenciado se someta al tratamiento médico correspondiente para su rehabilitación, bajo vigilancia de la autoridad ejecutora.

Artículo 400.- Se aplicará prisión de tres meses a tres años y de quince a sesenta días multa, al que:

I. Con ánimo de lucro, después de la ejecución del delito y sin haber participado en éste, adquiera, reciba u oculte el producto de aquél a sabiendas de esta circunstancia.

   Si el que recibió la cosa en venta, prenda o bajo cualquier concepto, no tuvo conocimiento de la procedencia ilícita de aquélla, por no haber tomado las precauciones indispensables para asegurarse de que la persona de quien la recibió tenía derecho para disponer de ella, la pena se disminuirá hasta en una mitad;

II. Preste auxilio o cooperación de cualquier especie al autor de un delito, con conocimiento de esta circunstancia, por acuerdo posterior a la ejecución del citado delito;

III. Oculte o favorezca el ocultamiento del responsable de un delito, los efectos, objetos o instrumentos del mismo o impida que se averigüe;

IV. Requerido por las autoridades, no dé auxilio para la investigación de los delitos o para la persecución de los delincuentes;

V. No procure, por los medios lícitos que tenga a su alcance y sin riesgo para su persona, impedir la consumación de los delitos que sabe van a cometerse o se están cometiendo, salvo que tenga obligación de afrontar el riesgo, en cuyo caso se estará a lo previsto en este artículo o en otras normas aplicables;

VI. Altere, modifique o perturbe ilícitamente el lugar, huellas o vestigios del hecho delictivo, y

VII. Desvíe u obstaculice la investigación del hecho delictivo de que se trate o favorezca que el inculpado se sustraiga a la acción de la justicia.

No se aplicará la pena prevista en este artículo en los casos de las fracciones III, en lo referente al ocultamiento del infractor, y IV, cuando se trate de:

a) Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines;

b) El cónyuge, la concubina, el concubinario y parientes colaterales por consanguinidad hasta el cuarto grado, y por afinidad hasta el segundo; y

c) Los que estén ligados con el delincuente por amor, respeto, gratitud o estrecha amistad derivados de motivos nobles.

El juez, teniendo en cuenta la naturaleza de la acción, las circunstancias personales del acusado y las demás que señala el artículo 52, podrá imponer en los casos de encubrimiento a que se refieren las fracciones I, párrafo primero y II a IV de este artículo, en lugar de las sanciones señaladas, hasta las dos terceras partes de las que correspondería al autor del delito; debiendo hacer constar en la sentencia las razones en que se funda para aplicar la sanción que autoriza este párrafo.

Capítulo II

Operaciones con recursos de procedencia ilícita

Artículo 400 bis. Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de mil a cinco mil días multa al que, por sí o por interpósita persona realice cualquiera de las siguientes conductas:

I. Adquiera, enajene, administre, custodie, posea, cambie, convierta, deposite, retire, dé o reciba por cualquier motivo, invierta, traspase, transporte o transfiera, dentro del territorio nacional, de éste hacia el extranjero o a la inversa, recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita, o

II. Oculte, encubra o pretenda ocultar o encubrir la naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento, propiedad o titularidad de recursos, derechos o bienes, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita.

Para efectos de este capítulo, se entenderá que son producto de una actividad ilícita, los recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando existan indicios fundados o certeza de que provienen directa o indirectamente, o representan las ganancias derivadas de la comisión de algún delito y no pueda acreditarse su legítima procedencia.

En caso de conductas previstas en este capítulo, en las que se utilicen servicios de instituciones que integran el sistema financiero, para proceder penalmente se requerirá la denuncia previa de la secretaría de hacienda y crédito público.

Cuando la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, en ejercicio de sus facultades de fiscalización, encuentre elementos que permitan presumir la comisión de alguno de los delitos referidos en este capítulo, deberá ejercer respecto de los mismos las facultades de comprobación que le confieren las Leyes y denunciar los hechos que probablemente puedan constituir dichos ilícitos.

Artículo 400 bis 1. Las penas previstas en este capítulo se aumentarán desde un tercio hasta en una mitad, cuando el que realice cualquiera de las conductas previstas en el artículo 400 bis de este código tiene el carácter de consejero, administrador, funcionario, empleado, apoderado o prestador de servicios de cualquier persona sujeta al régimen de prevención de operaciones con recursos de procedencia ilícita, o las realice dentro de los dos años siguientes de haberse separado de alguno de dichos cargos.

Además, se les impondrá inhabilitación para desempeñar empleo, cargo o comisión en personas morales sujetas al régimen de prevención hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta. La inhabilitación comenzará a correr a partir de que se haya cumplido la pena de prisión.

Las penas previstas en este capítulo se duplicarán, si la conducta es cometida por servidores públicos encargados de prevenir, detectar, denunciar, investigar o juzgar la comisión de delitos o ejecutar las sanciones penales, así como a los ex servidores públicos encargados de tales funciones que cometan dicha conducta en los dos años posteriores a su terminación. Además, se les impondrá inhabilitación para desempeñar empleo, cargo o comisión hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta. La inhabilitación comenzará a correr a partir de que se haya cumplido la pena de prisión.

Asimismo, las penas previstas en este capítulo se aumentarán hasta en una mitad si quien realice cualquiera de las conductas previstas en el artículo 400 bis, fracciones I y II, utiliza a personas menores de dieciocho años de edad o personas que no tienen capacidad para comprender el significado del hecho o que no tiene capacidad para resistirlo.

Ley de Impuesto Sobre la Renta

Artículo 93. No se pagará el Impuesto Sobre la Renta por la obtención de los siguientes ingresos:

…

VI. Los percibidos con motivo del reembolso de gastos médicos, dentales, hospitalarios y de funeral, que se concedan de manera general, de acuerdo con las Leyes o contratos de trabajo.

Artículo 151. Las personas físicas residentes en el país que obtengan ingresos de los señalados en este título, para calcular su impuesto anual, podrán hacer, además de las deducciones autorizadas en cada capítulo de esta Ley que les correspondan, las siguientes deducciones personales:

…

VI. 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.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de instituciones de seguros y de fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la comisión nacional de seguros y fianzas, a partir del día 21 de enero de 2022 con el número CNSF-S0034-0261-2021 / CONDUSEF-004961-03.

MetLife México, S.A. de C.V.

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

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

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

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

Centros de servicio

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

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

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

Monterrey
Calzada del Valle número 120 oriente
planta baja, Colonia del Valle
Código postal 66220
San Pedro Garza García, Nuevo León

Xalapa
Avenida Ruis Cortines número 1706
Colonia Francisco Moreno y Ferrer Guardia
Código postal 91020
Xalapa-Enriquez, Veracruz

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

Puebla
Calle 39 Poniente número 3515
Local L1-A
Colonia Las Ánimas
Código postal 72400
Puebla, Puebla

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

metlife.com.mx
800 00 METLIFE