

Met 99 2026

Condiciones generales

RECAS: CONDUSEF-007125-05

1. Apartado uno - Objeto del seguro	1
2. Apartado dos – Definiciones	1
2.1. Contratante	1
2.2. Asegurado titular	1
2.3. Asegurado complementario	1
2.4. Cónyuge	1
2.5. Hijo Asegurado	1
2.6. Beneficiario(s)	1
2.7. Fideicomiso	1
2.8. Endoso	2
2.9. Domiciliación	2
2.10. Suma Asegurada	2
2.11. Prima total	2
2.12. Extraprima	2
2.13. Certificación médica	2
2.14. Periodo de espera	2
2.15. Enfermedad o padecimiento preexistente	2
2.16. Primera ocurrencia	3
2.17. Soporte diagnóstico	3
2.18. Hospital autorizado	3
2.19. Médico legalmente autorizado	3
2.20. Médico especialista	3
2.21. Siniestro	3
2.22. Exclusiones	4
2.23. Culpa grave	4
3. Apartado tres - Descripción de coberturas	4
3.1. Coberturas por Fallecimiento del Asegurado titular	4
3.1.1. Cobertura Básica por Fallecimiento (BAS)	4
3.1.2. Cobertura Adicional de Pago por Fallecimiento Temprano (PFT)	4
3.1.3. Cobertura Adicional de Gastos Funerarios del Asegurado (GFT)	4
3.1.4. Cobertura adicional de pago anticipado por Enfermedad Terminal (ET)	4
3.1.4.1. Definiciones	4
3.1.4.1.1. Enfermedad terminal	4
3.1.4.2. Descripción de la cobertura Pago Anticipado por Enfermedad Terminal (ET)	6
3.1.4.3. Periodo de espera de Enfermedad Terminal (ET)	6
3.1.4.4. Ajuste de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal (ET)	6
3.1.4.5. Indemnización de Enfermedad Terminal (ET)	6
3.1.4.6. Exclusiones de Enfermedad Terminal (ET)	7
3.1.4.7. Terminación de la cobertura de Enfermedad Terminal (ET)	7
3.1.5. Cobertura adicional de Garantía Escolar (GE)	7
3.1.5.1. Vigencia de Garantía Escolar (GE)	8
3.1.5.2. Terminación de Garantía Escolar (GE)	8
3.1.6. Edades de aceptación para las coberturas por Fallecimiento del Asegurado titular	8
3.2. Coberturas por Fallecimiento de Asegurados Complementarios	8
3.2.1. Cobertura adicional Conyugal (BACY)	8
3.2.2. Cobertura adicional de Gastos Funerarios Cónyuge (GFC)	8
3.2.3. Cobertura adicional Complementario (BAC)	9
3.2.4. Cobertura adicional de Gastos Funerarios Complementario (GFX)	9

3.2.5. Edades de aceptación para las coberturas por Fallecimiento de Asegurados Complementarios	9
3.2.6. Terminación de las coberturas por Fallecimiento de Asegurados Complementarios	9
3.2.7. Documentos para reclamación	9
3.2.8. Cobertura adicional de Gastos Funerarios Hijos (GFH)	10
3.2.8.1. Edades de aceptación de Gastos Funerarios Hijos (GFH)	10
3.2.8.2. Terminación de la cobertura Adicional de Gastos Funerarios Hijos (GFH)	10
3.3. Coberturas por Invalidez Total y Permanente	10
3.3.1. Definición	10
3.3.2. Pruebas para acreditar la invalidez total y permanente	11
3.3.3. Cobertura Adicional de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (BIT)	11
3.3.4. Cobertura Adicional de Indemnización por Invalidez Total y Permanente (CII)	12
3.3.5. Edades de aceptación para las coberturas por Invalidez Total y Permanente	12
3.3.6. Exclusiones aplicables a las coberturas por Invalidez Total y Permanente	12
3.3.7. Terminación de las coberturas por Invalidez Total y Permanente	13
3.4. Coberturas por Accidente	13
3.4.1. Definición	13
3.4.2. Cobertura Adicional por Muerte Accidental (CMA)	13
3.4.3. Cobertura Adicional por Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas (TIBA)	13
3.4.3.1. Indemnización de la cobertura Adicional TIBA por Fallecimiento	13
3.4.3.2. Indemnización de la cobertura Adicional TIBA por Pérdidas Orgánicas	13
3.4.3.3. Indemnización de la cobertura Adicional TIBA por Fallecimiento Colectivo	14
3.4.4. Pruebas requeridas en las coberturas por Accidente	14
3.4.5. Edades de aceptación para las coberturas por Accidente	14
3.4.6. Exclusiones de las coberturas por Accidente	14
3.4.7. Terminación de las coberturas por Accidente	15
3.5. Otras coberturas Adicionales	15
3.5.1. Cobertura Adicional por Cáncer (CAT para titular y CAC para complementarios)	16
3.5.1.1. Definiciones	16
3.5.1.1.1. Cáncer con metástasis	16
3.5.1.1.2. Cáncer “in situ”	16
3.5.1.1.3. TNM	16
3.5.1.1.4. Tumor	16
3.5.1.2. Cobertura de Indemnización Parcial por Cáncer “in situ”	17
3.5.1.3. Cobertura de Indemnización total por Cáncer	17
3.5.1.4. Pruebas para acreditar la indemnización de la cobertura de Cáncer	17
3.5.1.5. Periodo de espera de la cobertura de Cáncer	18
3.5.1.6. Edades de aceptación para la cobertura de Cáncer	18
3.5.1.7. Beneficiarios para la cobertura de Cáncer	18
3.5.1.8. Exclusiones de la cobertura de Cáncer	19
3.5.1.8.1. Exclusiones de la cobertura de indemnización parcial por cáncer “in situ”	19
3.5.1.8.2. Exclusiones de la cobertura de Indemnización Total por Cáncer	19
3.5.1.9. Terminación de la cobertura de Cáncer	20
3.5.2. Cobertura Adicional por Accidentes Personales (APT para titular y APX para complementarios)	21
3.5.2.1. Definiciones	21
3.5.2.1.1. Accidente	21

3.5.2.1.1.1. Fractura	21
3.5.2.1.1.2. Quemadura	21
3.5.2.1.1.3. Herida	22
3.5.2.1.1.4. Intoxicación	22
3.5.2.2. Descripción de la cobertura de Accidentes Personales (AP)	22
3.5.2.3. Pruebas para acreditar la indemnización de la cobertura de Accidentes Personales (AP)	23
3.5.2.4. Edades de aceptación de la cobertura de Accidentes Personales (AP)	24
3.5.2.5. Exclusiones de la cobertura de Accidentes Personales (AP)	24
3.5.2.6. Terminación de la cobertura de Accidentes Personales (AP)	25
3.5.3. Cobertura Adicional por Enfermedades Graves (EGT para titular y EGX para complementarios)	26
3.5.3.1. Definiciones	26
3.5.3.1.1. Enfermedad grave	26
3.5.3.2. Descripción de la cobertura de Enfermedades Graves (EG)	28
3.5.3.3. Pruebas para acreditar la indemnización de la cobertura de Enfermedades Graves (EG)	28
3.5.3.4. Periodo de espera de la cobertura de Enfermedades Graves (EG)	29
3.5.3.5. Edades de aceptación de la cobertura de Enfermedades Graves (EG)	29
3.5.3.6. Beneficiarios de la cobertura de Enfermedades Graves (EG)	29
3.5.3.7. Suma Asegurada de la cobertura de Enfermedades Graves (EG)	29
3.5.3.8. Exclusiones de la cobertura de Enfermedades Graves (EG)	29
3.5.3.9. Terminación de la cobertura de Enfermedades Graves (EG)	30
3.5.4. Cobertura Adicional de Cirugías (CRT para titular y CRX para complementarios)	31
3.5.4.1. Definiciones	31
3.5.4.1.1. Cirugía	31
3.5.4.1.2. Procedimiento quirúrgico médicamente necesario	31
3.5.4.2. Descripción de la cobertura de Cirugías (CR)	31
3.5.4.3. Periodo de espera de la cobertura de Cirugía (CR)	33
3.5.4.4. Edades de aceptación de la cobertura de Cirugía (CR)	34
3.5.4.5. Beneficiarios de la cobertura de Cirugía (CR)	34
3.5.4.6. Suma Asegurada de la cobertura de Cirugía (CR)	34
3.5.4.7. Exclusiones de la cobertura de Cirugías (CR)	34
3.5.4.8. Terminación de la cobertura de Cirugía (CR)	35
3.5.5. Cobertura Adicional de Apoyo por Hospitalización (PHT para titular y PHX para complementarios)	35
3.5.5.1. Definiciones	35
3.5.5.1.1. Hospitalización	35
3.5.5.1.2. Aborto	35
3.5.5.2. Descripción de la cobertura de Apoyo por Hospitalización (PH)	36
3.5.5.3. Pruebas para acreditar la indemnización de la cobertura Apoyo por Hospitalización (PH)	36
3.5.5.4. Periodo de espera de la cobertura de Apoyo por Hospitalización (PH)	36
3.5.5.5. Edades de aceptación de la cobertura de Apoyo por Hospitalización (PH)	37
3.5.5.6. Beneficiarios de la cobertura de Apoyo por Hospitalización (PH)	37
3.5.5.7. Exclusiones de la cobertura de Apoyo por Hospitalización (PH)	37
3.5.5.8. Terminación de la cobertura de Apoyo por Hospitalización (PH)	39
3.5.6. Cobertura adicional Cuidándote + (CMT para titular y CMCX para complementarios)	40
3.5.6.1. Definiciones	40

3.5.6.2. Cobertura de Indemnización Parcial Cuidándote +	41
3.5.6.3. Cobertura de Indemnización Total Cuidándote +	41
3.5.6.4. Pruebas para acreditar la indemnización de la cobertura Cuidándote +	41
3.5.6.5. Periodo de espera de la cobertura Cuidándote +	42
3.5.6.6. Edades de aceptación de la cobertura Cuidándote +	42
3.5.6.7. Beneficiarios de la cobertura Cuidándote +	42
3.5.6.8. Suma Asegurada de la cobertura de Cuidándote +	42
3.5.6.9. Exclusiones de la cobertura Cuidándote +	43
3.5.6.10. Terminación de las coberturas de Cuidándote +	43
4. Apartado cuatro – Cláusulas particulares	44
4.1. Beneficios de reducción en la edad	44
4.1.1. Descuentos para mujeres	44
4.1.2. Descuentos para asegurados titulares	44
4.2. Costo del seguro	44
4.3. Fondo de reserva	44
4.4. Aplicación del fondo de reserva	44
4.5. Retiros del fondo de reserva	45
4.6. Detalle de movimientos	45
4.7. Suma Asegurada por fallecimiento	45
4.8. Liquidación de gastos funerarios	45
4.8.1. Opciones de liquidación para la cobertura de Gastos Funerarios	45
4.8.1.1. Servicio de asistencia funeraria	45
4.8.1.2. Pago de la Suma Asegurada	47
5. Apartado cinco – Cláusulas generales	47
5.1. Contrato de seguro	47
5.2. Moneda	47
5.3. Fecha de inicio de vigencia	47
5.4. Vigencia del seguro	47
5.5. Terminación del seguro	47
5.6. Cancelación del seguro	47
5.7. Rehabilitación	48
5.8. Pago de primas	48
5.9. Periodicidad de pago	49
5.10. Omisiones o inexactas declaraciones	49
5.11. Indisputabilidad	49
5.12. Modificaciones y notificaciones	49
5.13. Cambio de condiciones	49
5.14. Actualización de la operación del seguro	50
5.15. Carencia de restricciones	50
5.16. Agravación de riesgo	50
5.17. Cambio de ocupación	50
5.18. Edad del Asegurado	51
5.19. Suicidio	52
5.20. Exclusión por estado de ebriedad	52
5.21. Exclusión por exceso de velocidad	52
5.22. Indemnizaciones	52
5.23. Indemnización por mora	53
5.24. Deducciones	53
5.25. Beneficiarios	53

5.26. Prescripción	54
5.27. Competencia	54
5.28. Derecho del Contratante para conocimiento del porcentaje de intermediación	55
5.29. Referencias legales	55
5.30. Entrega de condiciones generales	55

1. Apartado uno - Objeto del seguro

MetLife México, S.A. de C.V. en adelante denominada MetLife, se obliga a pagar a los beneficiarios designados o en su caso a los asegurados según corresponda, siempre que la póliza se encuentre vigente a la fecha del siniestro, la Suma Asegurada o indemnización prevista en este contrato de seguro al recibir las pruebas requeridas de la ocurrencia del evento amparado bajo la cobertura contratada.

2. Apartado dos – Definiciones

2.1. Contratante

Es aquella persona física mayor de 18 años, que lleva a cabo con MetLife la celebración del contrato y que realizará el pago de la prima y para los efectos de este seguro será la misma persona que el Asegurado titular.

2.2. Asegurado titular

Persona física mayor de 18 años sobre quien recae el riesgo cubierto conforme a cada cobertura que tenga contratada y que realizará el pago de la prima de esta póliza de seguro.

2.3. Asegurado complementario

Persona física en cuyo favor el Asegurado titular haya decidido extender la protección del seguro a través de alguna de las coberturas complementarias contratadas.

En términos del artículo 170 se entenderá como Asegurado complementario recíproco cuando se trata del cónyuge o hijo mayor de edad del Asegurado titular.

El Asegurado titular en su calidad de proponente deberá declarar 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 contratación de la cobertura para un Asegurado complementario.

2.4. Cónyuge

Persona física que mantenga con el Asegurado titular un vínculo matrimonial civil vigente, el cual deberá acreditarse mediante el acta de matrimonio correspondiente. Asimismo, se considerará cónyuge a la persona que mantenga con el Asegurado titular una relación de concubinato, acreditada mediante el documento jurídico aplicable.

2.5. Hijo Asegurado

Persona física a quien así se le denominará y que tiene tal carácter por estar en los registros de MetLife como hijo del Asegurado titular cuya relación deberá acreditar mediante el documento jurídico correspondiente.

2.6. Beneficiario(s)

Persona o personas físicas o morales que, por designación del Asegurado, y a falta de designación del Asegurado por disposición legal, tiene(n) derecho a recibir la Suma Asegurada contratada, en proporción correspondiente.

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

2.7. Fideicomiso

Es una operación mercantil mediante la cual el Asegurado titular (fideicomitente) transmite la Suma Asegurada al momento de su fallecimiento para que ésta sea administrada por MetLife en su calidad de fiduciaria y que será pagada conforme a la carta de instrucción debidamente llenada por el Asegurado titular.

2.8. Endoso

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

2.9. Domiciliación

Opción para pago de la prima a través de una cuenta bancaria del Contratante. Para poder operar la domiciliación es necesaria la carta de autorización del Contratante para que se cargue a su cuenta el importe de la prima respectiva, dicho cargo puede operar en forma programada o por requerimiento del Contratante.

2.10. Suma Asegurada

Es la cantidad máxima establecida en la carátula de la póliza o en los endosos, que podrán recibir los beneficiarios del seguro, al ocurrir el evento amparado.

2.11. Prima total

Es el valor determinado por MetLife, que el contratante deberá pagar por las coberturas del seguro contratadas. Dado que se trata de un seguro flexible, el contratante podrá realizar aportaciones superiores a las estipuladas para cada cobertura, con el fin de incrementar su protección.

2.12. 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 en la solicitud del seguro al momento de la contratación.

2.13. Certificación médica

El diagnóstico u ocurrencia (confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, imagenológicas, histológicas, de laboratorio y/o de gabinete), efectuado por un médico legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y en su caso certificado por el consejo de la especialidad como experto en la materia respectiva.

2.14. Periodo de espera

Es el lapso que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada Asegurado desde la fecha de inicio de vigencia de la póliza, del incremento o de la inclusión de la cobertura para que la indemnización por diagnóstico de enfermedades y/o padecimientos sea cubierta.

No serán cubiertos los padecimientos que, durante el periodo de espera, le hayan sido declarados al Asegurado o que se compruebe 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 practicado al Asegurado.

2.15. Enfermedad o padecimiento preexistente

Se entenderá como enfermedad o padecimiento preexistente, aquel:

- Que previamente a la celebración del contrato haya presentado el Asegurado, o que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- Cuando MetLife cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico para resolver la procedencia de la reclamación.

- Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de una enfermedad y/o padecimiento.

2.16. Primera ocurrencia

Se referirá a la primera ocasión en que el Asegurado experimenta las manifestaciones y/o es diagnosticado mediante un soporte médico con la enfermedad y/o padecimiento cubierto por la cobertura contratada.

2.17. Soporte diagnóstico

Los resultados de los estudios clínicos, radiológicos y/o de laboratorio y gabinete practicados al Asegurado que sustenten el diagnóstico base de reclamación de la cobertura contratada que para efecto de la reclamación se deben presentar, así como el dictamen emitido por un médico que cuente con la especialidad médica en la enfermedad y/o padecimiento que se reclame, así como la historia clínica.

2.18. Hospital autorizado

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

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

Tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos originados a consecuencia de un siniestro, 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:

- **Clínicas para el tratamiento de enfermedades mentales o cuyo principal objetivo sea el tratamiento de enfermedades psiquiátricas.**
- **Casas para ancianos, casas de descanso, centros para el tratamiento de drogadictos, alcohólicos y neuróticos.**
- **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.**

2.19. Médico legalmente autorizado

Persona legalmente autorizada mediante Cédula Profesional vigente para ejercer la medicina, incluyendo médico cirujano homeópata.

2.20. Médico especialista

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

2.21. Siniestro

Es la realización del evento amparado en la póliza de seguro, la procedencia del pago dependerá del cumplimiento de las condiciones generales aplicables.

2.22. Exclusiones

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

2.23. Culpa grave

Cuando un acontecimiento es el resultado de una acción realizada por el Asegurado de forma atrevida, con exceso de confianza o con la intención de lograr el resultado obtenido.

3. Apartado tres - Descripción de coberturas

Estas coberturas operarán sólo si han sido contratadas y se indican en la carátula de la póliza o endoso correspondiente.

La Suma Asegurada que MetLife pagará por las coberturas será la que se indica en la carátula de la póliza o endosos correspondientes vigentes a la fecha de ocurrencia del siniestro.

3.1. Coberturas por Fallecimiento del Asegurado titular

3.1.1. Cobertura Básica por Fallecimiento (BAS)

Si el Asegurado titular fallece durante el plazo de vigencia del seguro, MetLife pagará a los beneficiarios designados por el mismo, la Suma Asegurada correspondiente a esta cobertura más el saldo del fondo de reserva.

En caso de que el Asegurado continúe con vida al término del plazo del seguro contratado, MetLife pagará al Asegurado el saldo del fondo de reserva.

Para el caso de un seguro recíproco, la Suma Asegurada se pagará al cónyuge o hijo mayor de edad del Asegurado titular según corresponda.

3.1.2. Cobertura Adicional de Pago por Fallecimiento Temprano (PFT)

Si el fallecimiento del Asegurado titular ocurre dentro de los cinco primeros años de vigencia de la póliza, MetLife pagará a los beneficiarios designados, y en el porcentaje que les corresponda, una Suma Asegurada adicional a la cobertura básica, equivalente al monto de la prima básica pagada para las coberturas contratadas. Esta cobertura no cubre el monto de las primas excedentes.

3.1.3. Cobertura Adicional de Gastos Funerarios del Asegurado (GFT)

Si el fallecimiento del Asegurado titular ocurre dentro de la vigencia de la póliza, se pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura conforme a lo que se describe en la sección 4.8. "Liquidación de GF"

3.1.4. Cobertura adicional de pago anticipado por Enfermedad Terminal (ET)

3.1.4.1. Definiciones

3.1.4.1.1. Enfermedad terminal

Se considera como enfermedad terminal a todo padecimiento con diagnóstico emitido dentro de la vigencia de la póliza, cuyo pronóstico es fatal para la vida del Asegurado dentro de un lapso menor a 365 días naturales contados a partir de la fecha en que se emitió el diagnóstico.

Los padecimientos que se consideran como enfermedad en fase terminal son: cáncer, insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepática crónica, insuficiencia renal crónica o insuficiencia respiratoria crónica.

Enfermedad terminal cubierta	Descripción
Cáncer	Enfermedad caracterizada por un crecimiento descontrolado de células derivadas de tejidos normales que forman un tumor maligno mediante la propagación de las células malignas desde el sitio de origen hasta sitios distantes, o por propagación local. Para los efectos de estas condiciones generales, se considera terminal cuando se declara al paciente fuera de tratamiento oncológico, esto es, que no es candidato a quimioterapia, cirugía o radioterapia con fines curativos, aunque sí lo sea con fines paliativos.
Insuficiencia cardíaca	Incapacidad del corazón para funcionar normalmente. Es el estado fisiopatológico en el que una anomalía cardíaca es responsable de la insuficiencia del corazón para bombear la sangre. Se considera terminal cuando es de Clase III o IV (New York Heart Association) o presenta una fracción de eyección del 25% o menos del ventrículo izquierdo.
Insuficiencia hepática crónica	Incapacidad del hígado para transformar los productos del metabolismo de la ingesta de líquidos y alimentos, así como los desechos de la sangre a un ritmo normal. Se considera terminal cuando se llega a la Clase funcional Child C.
Insuficiencia renal crónica	La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es un estado de enfermedad irreversible en el que los riñones no son capaces de llevar a cabo sus funciones de depuración y regularización hidroelectrolítica, acumulándose en la sangre sustancias derivadas del metabolismo o de la dieta. Se considera terminal cuando el paciente tiene 8 mgs o más de creatinina sérica y 5 mgs posterior a la sesión de tratamiento dialítico o hemodiálisis. Sin posibilidades de trasplante renal.
Insuficiencia respiratoria crónica	Es la pérdida del equilibrio del proceso de ventilación mediante el cual los pulmones rellenan el gas de los alvéolos, ocasionando una disminución de la función ventilatoria y por consiguiente del volumen gaseoso contenido dentro de los pulmones en determinadas circunstancias y velocidad con que puede ser expedido del pulmón, independientemente de la causa. Se considera terminal cuando esta limitación está asociada a una reacción inflamatoria pulmonar exagerada frente a partículas o gases tóxicos y cuyo valor de Volumen de Espiración Forzada (VEF1) sea igual o menor al 80% del predicho.

3.1.4.2. Descripción de la cobertura Pago Anticipado por Enfermedad Terminal (ET)

Mediante esta cobertura, MetLife otorgará al Asegurado titular, por una sola vez, un anticipo de 30% de la Suma Asegurada correspondiente a la cobertura básica por fallecimiento, una vez que se presenten las pruebas de que el Asegurado ha sido diagnosticado como enfermo terminal.

Esta cobertura será efectiva siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor.

3.1.4.3. Periodo de espera de Enfermedad Terminal (ET)

La cobertura procederá, siempre y cuando el diagnóstico del Asegurado titular como enfermo terminal, se realice después de 180 días naturales de la fecha de inicio de vigencia de la póliza.

La documentación mínima requerida para la comprobación del diagnóstico:

Documentación	Requisitos
Pruebas clínicas, radiológicas, imagenológicas, histológicas, de laboratorio y/o de gabinete	Se debe acreditar que la enfermedad es terminal. MetLife se reserva el derecho de solicitar la confirmación de dicho diagnóstico por un médico de la especialidad que corresponda.
Dictamen médico	Deberá ser elaborado por el médico especialista tratante que precise conforme al expediente clínico del Asegurado que deberá incluir al menos la siguiente información: • Padecimiento actual. • Fecha en que se estableció el diagnóstico definitivo (criterios diagnósticos).
Historial Clínico	Deberá precisar los antecedentes personales patológicos (crónico-degenerativos, traumáticos, quirúrgicos, transfusionales, hospitalizaciones previas), con énfasis en fechas de diagnóstico (día, mes y año), evolución y tratamiento de patologías contenidos en la historia clínica del expediente.

3.1.4.4. Ajuste de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal (ET)

El importe del pago correspondiente a esta cobertura reducirá la Suma Asegurada de la cobertura Básica por Fallecimiento del Asegurado titular.

En consecuencia, en el momento en que el Asegurado titular fallezca, se entregará a los beneficiarios designados la Suma Asegurada en vigor, menos el monto que se haya dado por esta cobertura.

3.1.4.5. Indemnización de Enfermedad Terminal (ET)

El importe del pago (anticipo) correspondiente a esta cobertura se pagará al mismo Asegurado titular, en caso de que el Asegurado titular fallezca sin haber hecho efectivo el cobro de este anticipo se pagará el 100% de la Suma Asegurada de la cobertura Básica por Fallecimiento a los beneficiarios designados.

3.1.4.6. Exclusiones de Enfermedad Terminal (ET)

Quedan excluidas las enfermedades originadas por:

- **Enfermedades desarrolladas a consecuencia de intento de suicidio o autolesión, aún y cuando se cometan en estado de cordura o demencia**
- **Adicción al alcohol, drogas, estupefacientes y/o psicotrópicos**
- **Enfermedades desarrolladas a consecuencia del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH)**
- **Cualquier cáncer “in situ”, sin invasión o metástasis, así como el cáncer de piel, los considerados como lesiones premalignas, excepto el melanoma de invasión**
- **Procedimientos no quirúrgicos de las arterias coronarias como angioplastia y/o cualquier otra intervención intraarterial**
- **Padecimientos y/o enfermedades preexistentes**
- **Enfermedades cuya causa sea a consecuencia del uso o exposición a sustancias de índole nuclear o radiactiva**

3.1.4.7. Terminación de la cobertura de Enfermedad Terminal (ET)

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

- Concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de que esta cobertura forma parte
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado titular
- Al efectuar MetLife el pago de la Suma Asegurada establecida para esta cobertura
- A la terminación anticipada de la póliza de que esta cobertura forma parte, a solicitud del Asegurado titular

3.1.5. Cobertura adicional de Garantía Escolar (GE)

Si dentro de la vigencia de esta cobertura ocurre el fallecimiento del Asegurado titular, MetLife pagará a los beneficiarios designados, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, o en su caso directamente al fideicomiso establecido por MetLife.

Para este efecto se deberán presentar las pruebas correspondientes que acrediten el fallecimiento del Asegurado titular.

Documentación	Requisitos
Acta de defunción	Original y certificada por el registro civil

La Suma Asegurada contratada para esta cobertura será la cantidad que se indique en la carátula de la póliza.

Salvo instrucción en contrario, la indemnización correspondiente por el fallecimiento del Asegurado titular se pagará a los beneficiarios a través del fideicomiso que MetLife tiene contratado para este propósito y cuyos términos y condiciones se señalan en el contrato de fideicomiso correspondiente. Así mismo, se establece que la forma de liquidación de la cobertura se realizará siguiendo las indicaciones que para tal efecto se señalan en la denominada carta de instrucción, documento mediante el cual el Asegurado manifiesta la forma en cómo se pagará el fideicomiso.

Cuando sea voluntad del Asegurado titular establecer una forma de pago: Suma Asegurada, deberá especificarlo y efectuar la designación de sus beneficiarios en los formatos que MetLife tiene establecidos.

3.1.5.1. Vigencia de Garantía Escolar (GE)

Esta cobertura tiene 20 años de vigencia a partir de su contratación.

3.1.5.2. Terminación de Garantía Escolar (GE)

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

- Concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de la cual forma parte esta cobertura
- La cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado titular
- Al concluir la vigencia de esta cobertura
- Al realizar MetLife el pago de la Suma Asegurada de esta cobertura

3.1.6. Edades de aceptación para las coberturas por Fallecimiento del Asegurado titular

Los límites establecidos de aceptación para las coberturas de fallecimiento son de 18 años como mínimo y 80 años como máximo. Para la cobertura de Garantía Escolar la edad máxima de aceptación será de 70 años.

3.2. Coberturas por Fallecimiento de Asegurados Complementarios

Las coberturas por Fallecimiento de los Asegurados Complementarios podrán operar como seguro recíproco como se indica en el artículo 170 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

Artículo 170.- El seguro recíproco podrá celebrarse en un solo acto. El seguro sobre la vida del cónyuge o del hijo mayor de edad será válido sin el consentimiento a que se refiere el artículo 167.

Artículo 167.- El seguro para el caso de muerte de un tercero será nulo si el tercero no diere su consentimiento, que deberá constar por escrito antes de la celebración del contrato, con indicación de la Suma Asegurada.

En caso de convenirse el seguro recíproco, el beneficiario de la cobertura será el Asegurado titular.

3.2.1. Cobertura adicional Conyugal (BACY)

Si dentro de la vigencia de esta cobertura ocurre el fallecimiento del cónyuge asegurado, MetLife pagará al Asegurado titular por una sola vez, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Para este efecto el Asegurado titular deberá presentar la correspondiente acta de defunción que acredite este fallecimiento.

3.2.2. Cobertura adicional de Gastos Funerarios Cónyuge (GFC)

Si dentro de la vigencia de esta cobertura ocurre el fallecimiento del cónyuge asegurado, MetLife pagará al Asegurado titular por una sola vez, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Para este efecto el Asegurado titular deberá presentar la correspondiente acta de defunción que acredite este fallecimiento.

3.2.3. Cobertura adicional Complementario (BAC)

Si dentro de la vigencia de esta cobertura ocurre el fallecimiento del “Asegurado complementario”, MetLife pagará a los beneficiarios designados, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Para este efecto los beneficiarios deberán presentar la correspondiente acta de defunción que acredite este fallecimiento. La Suma Asegurada contratada para esta cobertura será la cantidad que se indique en la carátula de la póliza.

Para el caso de un Asegurado complementario de un seguro recíproco, la Suma Asegurada se pagará al Asegurado titular y a falta de este a la sucesión del Asegurado complementario.

3.2.4. Cobertura adicional de Gastos Funerarios Complementario (GFX)

Si dentro de la vigencia de esta cobertura ocurre el fallecimiento del “Asegurado complementario”, MetLife pagará a los beneficiarios designados por éste, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura. Para este efecto se deberán presentar la correspondiente acta de defunción que acredite este fallecimiento.

Para el caso de un Asegurado complementario de un seguro recíproco, la Suma Asegurada se pagará al Asegurado titular y a falta de este a la sucesión del Asegurado complementario.

3.2.5. Edades de aceptación para las coberturas por Fallecimiento de Asegurados Complementarios

Los límites establecidos de aceptación son de 15 años como mínimo y 80 años como máximo.

3.2.6. Terminación de las coberturas por Fallecimiento de Asegurados Complementarios

La vigencia de estas coberturas terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- Concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de la cual forman parte estas coberturas
- La cancelación de estas coberturas a solicitud del Asegurado titular
- Al efectuar MetLife el pago de la Suma Asegurada establecida para la cobertura
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado titular

3.2.7. Documentos para reclamación

Los beneficiarios designados deberán presentar las pruebas correspondientes que acrediten este fallecimiento, así como la siguiente documentación:

Documentación	Requisitos
Identificación oficial vigente de los beneficiarios	Pasaporte, cédula profesional, credencial de elector
Último talón de pago	En caso de pagar a través de “descuento por nómina” solo en el caso de que el beneficiario la tenga en su posesión.

Comprobante de domicilio de los beneficiarios	Con vigencia no mayor a 3 meses (agua, luz, teléfono fijo, gas, estado de cuenta bancario).
Designación de beneficiarios	Se encuentra en la póliza de seguro solo en el caso de que el beneficiario la tenga en su posesión.
Acta de defunción del Asegurado complementario	Original y certificada por el registro civil.
Solicitud de pago de los beneficiarios correspondientes	Se puede obtener en las oficinas de MetLife o en su página de internet.

3.2.8. Cobertura adicional de Gastos Funerarios Hijos (GFH)

Esta cobertura tiene como finalidad reparar la pérdida monetaria del Asegurado titular por los gastos relacionado al fallecimiento del “hijo Asegurado”.

Para este efecto el Asegurado titular deberá presentar la correspondiente acta de defunción que acredite este fallecimiento.

Para cada “hijo Asegurado”, el monto contratado para esta cobertura será el que se especifique en la carátula de la póliza.

En caso de que fallezcan simultáneamente el Asegurado titular y el “hijo Asegurado”, el pago del monto se hará a los beneficiarios designados por el Asegurado titular.

3.2.8.1. Edades de aceptación de Gastos Funerarios Hijos (GFH)

Las edades de aceptación establecidas por MetLife para esta cobertura son de los 0 a los 24 años para cada “hijo Asegurado”.

3.2.8.2. Terminación de la cobertura Adicional de Gastos Funerarios Hijos (GFH)

Esta cobertura terminará para cada “hijo Asegurado” al ocurrir su fallecimiento o a partir del aniversario de la póliza en que el “hijo Asegurado” haya cumplido la edad de 25 años.

Así mismo, la vigencia de esta cobertura terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- Concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de la cual forma parte esta cobertura
- La cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado titular
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado titular
- Al ocurrir el fallecimiento del último “hijo Asegurado”.
- En el aniversario inmediato posterior de la póliza en que el menor “hijo Asegurado” haya cumplido la edad de 25

3.3. Coberturas por Invalidez Total y Permanente

3.3.1. Definición

Se entenderá como invalidez total y permanente, cuando a consecuencia de un accidente o enfermedad el Asegurado se encuentre imposibilitado para desempeñar en forma total y permanentemente su trabajo habitual o no pueda desempeñar cualquier otro trabajo compatible con sus conocimientos, aptitudes que le permita recibir una remuneración superior al cincuenta por ciento de la que venía percibiendo durante el último año de trabajo.

También será considerada como invalidez total y permanente si el Asegurado sufre la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de las dos manos o de los dos pies, o de una mano y un pie, o una mano junto con la vista de un ojo o un pie con la vista de un ojo, entendiéndose por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, y por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella. En cuyo caso el dictamen podrá ser emitido por una institución de seguridad social y no aplicará el periodo de espera teniendo efectos el estado de invalidez total y permanente a partir de la fecha de emisión del dictamen, o bien por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo.

3.3.2. Pruebas para acreditar la invalidez total y permanente

Para acreditar la invalidez total y permanente, el Asegurado debe presentar las pruebas descritas a continuación, así como la documentación mencionada en este párrafo:

- Si el Asegurado está sujeto a la seguridad social, se necesita dictamen médico del Instituto de Seguridad Social correspondiente. La fecha de invalidez será la del dictamen.
- Si el Asegurado no está adscrito al sistema de seguridad social, el dictamen debe ser emitido por un médico especialista en medicina del trabajo legalmente autorizado por una dependencia y que cuente con una cédula profesional vigente.

MetLife se reserva el derecho de revisar el dictamen médico y estudios complementarios del Asegurado para verificar la invalidez total y permanente.

Documentación mínima requerida para la comprobación de la invalidez total y permanente:

Documentación	Requisitos
Dictamen médico	Elaborado por el médico especialista en medicina del trabajo, que precise conforme al expediente clínico del Asegurado lo siguiente: • Fecha de elaboración del dictamen. • Ficha de identificación del Asegurado. • Antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y patológicos. • Fecha en que se estableció el diagnóstico definitivo (criterios diagnósticos). • Descripción del puesto de trabajo. • Padecimiento actual. • Exploración física. • Estudios que se utilizaron como apoyo al diagnóstico, diagnósticos nosológicos o definitivos, conclusiones medico legales. • Porcentaje de pérdida órgano- funcional definitivo. • Nombre y firma del médico especialista con cédula profesional.
Historial clínico	Informe médico que precise todos los antecedentes patológicos del Asegurado (crónico-degenerativos, traumáticos, quirúrgicos, transfusionales, hospitalizaciones previas), con énfasis en fechas de diagnóstico (día, mes y año), evolución y tratamiento de patologías. Así como presencia de tabaquismo y alcoholismo (tiempo de evolución, frecuencia e intensidad) y si es el caso fecha de suspensión. Lo anterior para determinar las circunstancias de la realización del siniestro y las consecuencias de este.

3.3.3. Cobertura Adicional de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (BIT)

Si estando en vigor esta cobertura y antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado titular cumpla la edad de 60 años, el Asegurado titular se invalida total y permanentemente, MetLife dejará de cobrar al Asegurado el pago de la prima de la cobertura básica por fallecimiento, y si se hubieran contratado antes de que se presente la invalidez, la prima de las siguientes coberturas:

- Cobertura Adicional de Gastos Funerarios del Asegurado (GFT)
- Cobertura Adicional de Garantía Escolar (GE)
- Cobertura Adicional Conyugal (BACY)
- Cobertura Adicional de Gastos Funerarios Cónyuge (GFC)
- Cobertura Adicional Complementario (BAC)
- Cobertura Adicional de Gastos Funerarios Complementario (GFX)
- Cobertura Adicional de Gastos Funerarios Hijos (GFH)
- Cobertura Adicional de Cáncer del Asegurado Titular (CAT)
- Cobertura Adicional de Cáncer del Complementario (CAC)
- Cobertura Adicional de Accidentes Personales Complementario (APX)
- Cobertura Adicional de Indemnización por Enfermedades Graves Complementario (EGX)
- Cobertura Adicional de Cirugías Complementario (CRX)
- Cobertura Adicional de Apoyo por Hospitalización Titular (PHT)
- Cobertura Adicional de Apoyo por Hospitalización Complementario (PHX)
- Cobertura Adicional de Cuidándote + Complementario (CMCX)

Esta cobertura no cubre la exención de pago de primas de cualquier otra cobertura o importe de prima adicional que no se encuentre mencionado en el listado anterior. Si la póliza se siniestra por exención de pago de primas las coberturas no mencionadas en el listado anterior quedarán canceladas.

En caso de que la póliza se encuentre en estado de exención de pago de primas, no podrán realizarse movimientos posteriores de incrementos de sumas aseguradas o inclusión de coberturas adicionales. De igual forma, no podrán realizarse retiros parciales de reserva ya que la vigencia del contrato depende de la suficiencia de dicho fondo.

3.3.4. Cobertura Adicional de Indemnización por Invalidez Total y Permanente (CII)

Si estando en vigor esta cobertura y antes del aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado titular cumpla la edad de 60 años, el Asegurado titular se invalida total y permanentemente, MetLife pagará al propio Asegurado la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

3.3.5. Edades de aceptación para las coberturas por Invalidez Total y Permanente

Los límites establecidos de aceptación son de 18 años como mínimo y 55 años como máximo.

3.3.6. Exclusiones aplicables a las coberturas por Invalidez Total y Permanente

Las coberturas de Invalidez Total y Permanente no cubren:

1. Estado de invalidez total y permanente originado por participar en:

- Servicio Militar, actos de guerra, rebelión o insurrección**
- Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado como sujeto activo**
- Por accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajara como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular. Salvo convenio expreso está excluida la transportación en vehículos aéreos privados**
- Carreras o pruebas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.**

2. Estado de Invalidez total y permanente por cualquier intento de suicidio o lesiones o enfermedades provocadas por el Asegurado titular.

3. Estado de Invalidez originado por una enfermedad preexistente a la fecha de la contratación de esta cobertura y/o al incrementar la Suma Asegurada de estas coberturas y/o al incluir alguna cobertura que ampare esta cobertura

3.3.7. Terminación de las coberturas por Invalidez Total y Permanente

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

- Concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de la cual forman parte estas coberturas
- La cancelación de estas coberturas a solicitud del Asegurado titular
- En el aniversario inmediato posterior de la póliza en que el Asegurado titular haya cumplido la edad de 60 años
- Al realizar MetLife el pago de la Suma Asegurada de estas coberturas
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado titular

3.4. Coberturas por Accidente

3.4.1. Definición

Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado titular, que produzca lesiones corporales o la muerte del Asegurado titular dentro de los noventa días siguientes a la fecha de haberse suscitado dicho evento. **No se considera accidente a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente o por culpa grave del propio Asegurado titular.**

Las coberturas que son descritas a continuación no pueden ser contratadas de forma simultánea.

3.4.2. Cobertura Adicional por Muerte Accidental (CMA)

MetLife pagará por una sola vez a los beneficiarios correspondientes, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura si el Asegurado titular fallece en un accidente o a consecuencia de él que haya ocurrido dentro de la vigencia de la póliza, siempre que la muerte ocurra dentro de los noventa días naturales siguientes a la fecha del accidente.

3.4.3. Cobertura Adicional por Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas (TIBA)

MetLife pagará por una sola vez al Asegurado titular o a sus beneficiarios, según sea el caso, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura si el Asegurado titular fallece en un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza o a consecuencia de él y/o sufre pérdidas orgánicas dentro los noventa días naturales siguientes a la fecha del accidente.

3.4.3.1. Indemnización de la cobertura Adicional TIBA por Fallecimiento

Si el Asegurado titular fallece en un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza o a consecuencia de este siempre que la muerte ocurra dentro de los noventa días naturales siguientes a la fecha del accidente, MetLife pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

3.4.3.2. Indemnización de la cobertura Adicional TIBA por Pérdidas Orgánicas

Si el Asegurado sufre la pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos; o la pérdida de ambas manos; o la pérdida de ambos pies; o la pérdida de una mano y un pie; o la pérdida de una mano y la vista de un ojo; o la pérdida de un pie junto con la vista de un ojo, MetLife pagará la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Si el Asegurado sufre la pérdida de la vista de un ojo, o la pérdida de una mano, o de un pie; MetLife pagará una cantidad igual a la mitad de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

Tabla de indemnización por pérdidas orgánicas	% de Suma Asegurada
Muerte del Asegurado titular	100%
Ambas manos, ambos pies o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, junto con la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie o la vista de un ojo	50%

Se entenderá por pérdida de una mano, su anquilosamiento o separación completa a nivel de la articulación del puño o arriba de ella.

Se entenderá por pérdida de un pie, su anquilosamiento o separación completa a nivel de la articulación del tobillo o arriba de ella.

Se entenderá por pérdida de la vista de un ojo, la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

3.4.3.3. Indemnización de la cobertura Adicional TIBA por Fallecimiento Colectivo

Si la muerte o las lesiones corporales que resultaren del accidente, fueran sufridas por el Asegurado titular mientras viajare como pasajero en cualquier vehículo de servicio público, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeto a itinerarios regulares, o mientras viajare como pasajero en un ascensor que opere para servicio público con exclusión de los elevadores industriales o de minas; o a causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrare el Asegurado titular al iniciarse el incendio; MetLife pagará una cantidad igual al doble de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

3.4.4. Pruebas requeridas en las coberturas por accidente

Al tramitarse la reclamación que a estas coberturas compete, el Asegurado titular o sus beneficiarios deberán presentar:

Documentación	Requisitos
Copia certificada de las actuaciones del Ministerio Público	Necesarios para acreditar que se cumplan las características que se marcan en la definición de accidente, o que su realización no esté considerada en las exclusiones de estas mismas coberturas.

En caso de reclamación por pérdidas orgánicas MetLife tendrá el derecho solicitar se practiquen los exámenes médicos que considere necesarios al Asegurado y estos serán cubiertos por MetLife, con el fin de acreditar la procedencia del siniestro.

3.4.5. Edades de aceptación para las coberturas por Accidente

Los límites establecidos de aceptación son de 18 años como mínimo y 65 años como máximo.

3.4.6. Exclusiones de las coberturas por accidente

Estas coberturas por accidente no cubren:

1. Accidentes originados por participar en:

- a) **Servicio Militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o riña siempre y cuando el Asegurado sea el provocador**
- b) **Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado como sujeto activo**
- c) **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo**
- d) **Viajes a bordo de una aeronave, excepto cuando viajara en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular. Salvo convenio expreso.**

2. Los siguientes eventos:

- a) **La muerte o pérdida de miembros del Asegurado titular debida directamente, a enfermedades de cualquier naturaleza**
- b) **Suicidio o cualquier intento de este, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental**
- c) **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental**
- d) **Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental**
- e) **Accidentes que se originen debido a que el Asegurado titular estaba bajo la influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico**
- f) **Accidentes que se originen por culpa grave del Asegurado titular, si de la documentación presentada se desprende que ocurrieron a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol.**

3.4.7. Terminación de las coberturas por Accidente

La vigencia de estas coberturas terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- Concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de la cual forma parte esta cobertura
- La cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado titular
- En el aniversario de la póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado titular haya cumplido la edad de 70 años.
- Al realizar MetLife el pago de la Suma Asegurada de esta cobertura
- Cuando MetLife otorgue el beneficio de exención de pago de primas por invalidez total y permanente, las coberturas por accidente terminarán, toda vez que, de conformidad con lo establecido en el numeral 3.3.3, dicho beneficio no ampara ni contempla el pago de las primas correspondientes a dichas coberturas.

3.5. Otras coberturas Adicionales

3.5.1. Cobertura Adicional por Cáncer (CAT para titular y CAC para complementarios)

La cobertura podrá otorgarse al Asegurado titular de la póliza, y máximo a tres asegurados complementarios.

3.5.1.1. Definiciones

3.5.1.1.1. Cáncer con metástasis

Enfermedad caracterizada por un crecimiento descontrolado de células derivadas de tejidos normales que forman un tumor maligno mediante la propagación de las células malignas desde el sitio de origen hasta sitios distantes, o por propagación local desde los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyendo entre otras la enfermedad de Hodgkin, leucemias (excepto la leucemia linfocítica crónica) y el carcinoma “in situ”.

3.5.1.1.2. Cáncer “in situ”

Enfermedad crónica degenerativa, caracterizada por un crecimiento descontrolado de células derivadas de tejidos normales que forman un tumor y que no presenta la propagación de las células malignas desde el sitio de origen hasta sitios distantes.

3.5.1.1.3. TNM

Clasificación de cáncer desarrollada por el American Joint Commission on Cancer.

TNM emplea (T) para referenciar el tamaño, (N, ganglio en inglés) para referenciar el número de ganglios linfáticos afectados y (M) para referenciar si hay metástasis a distancia.

Los médicos tienen en cuenta estos tres factores para determinar el estadio clínico del cáncer:

- El sistema TNM es una herramienta o metodología que los médicos utilizan para describir el estadio clínico.
- Este sistema utiliza tres criterios para juzgar el estadio del cáncer: el tumor primario mismo, los ganglios linfáticos vecinos al tumor y si el tumor se ha diseminado al resto del cuerpo. Los resultados se combinan para determinar el estadio del cáncer de cada persona.
- El estadio es una forma común de describir el cáncer de manera que los médicos puedan de común acuerdo planificar el mejor tratamiento.

3.5.1.1.4. Tumor

Mediante el sistema TNM, se utiliza la “T” más una letra o número (0 a 4) para describir la profundidad con que el tumor primario ha penetrado las paredes del tejido. A continuación, se presenta información específica sobre la penetración del tumor:

TX: No se puede evaluar el tumor primario.

T0: No hay evidencia de cáncer.

Tis: Se refiere al carcinoma “in situ”.

T1: El tumor ha invadido la submucosa.

T2: El tumor ha invadido la lámina muscular propia.

T3: El tumor ha crecido a través de la lámina muscular propia y en la subserosa.

T4: El tumor ha invadido otros órganos o ha causado una perforación.

Ganglio: La “N” en el sistema TNM corresponde a la abreviación para ganglio en inglés. Los ganglios linfáticos son órganos minúsculos que ayudan a combatir infecciones, ya que forman parte del sistema inmunológico del cuerpo. Existen ganglios linfáticos regionales y ganglios linfáticos distantes.

NX: No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales debido a la falta de información.
N0: No se detecta metástasis de ganglios linfáticos regionales (el cáncer no se ha diseminado a los ganglios linfáticos regionales).
N1: Hay compromiso metastásico en uno, dos o tres ganglios linfáticos regionales.
N2: Hay compromiso metastásico en cuatro o más ganglios linfáticos regionales.

Metástasis a distancia: La letra “M” en el sistema TNM describe el cáncer diseminado a otras partes del cuerpo.

MX: No se puede evaluar la metástasis a distancia.
M0: La enfermedad no se ha metastatizado.
M1: Hay metástasis a distancia.

Combinación de estadios del cáncer: Una vez que se conocen las categorías TNM del paciente, esta información se agrupa en un estadio por ejemplo:

Estadio 0: Se refiere al cáncer “in situ”.
Estadio I: El cáncer ha crecido a través de la mucosa invadiendo la capa muscular.
Estadio IIA: El cáncer se ha diseminado a través de la pared del tejido y posiblemente se ha diseminado al tejido cercano. No se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos.
Estadio IIB: El cáncer se ha diseminado a través del tejido a los órganos cercanos. No se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos
Estadio IIIA: El cáncer ha crecido a través del revestimiento interno o en las capas musculares del tejido y en uno, dos o tres ganglios linfáticos, pero no se ha diseminado hacia otras partes del cuerpo.
Estadio IIIB: El cáncer ha crecido a través de la pared del tejido a los órganos que lo rodean y en uno a tres ganglios linfáticos, pero no se ha diseminado hacia otras partes del cuerpo.
Estadio IIIC: El cáncer (de cualquier tamaño) se ha diseminado a cuatro o más ganglios linfáticos, pero no a otras partes distantes del cuerpo.
Estadio IV: El cáncer se ha metastatizado a partes distantes del cuerpo.
Recurrente: cáncer recurrente significa que el cáncer ha vuelto a aparecer después del tratamiento.

3.5.1.2. Cobertura de Indemnización Parcial por Cáncer “in situ”

MetLife pagará al Asegurado titular y/o complementario una indemnización equivalente al 25% de la Suma Asegurada contratada para la indemnización total por cáncer, si durante la vigencia del contrato, al Asegurado titular y/o complementario se le diagnostica por el médico especialista tratante, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente al campo de enfermedad tratada la primera ocurrencia de alguno de los siguientes casos de cáncer, que se enlistan a continuación:

- Carcinoma “in situ”, de la que se determina la necesidad médica de cirugía, quimioterapia o radioterapia, de acuerdo con el criterio que para este fin emite un médico certificado en la especialidad del tipo de carcinoma involucrado
- Tumores malignos clasificados como T1N0M0 o mayores
- Melanomas malignos, clasificados como T1N0M0

3.5.1.3. Cobertura de Indemnización total por Cáncer

Si durante la vigencia del contrato, un médico certificado en la especialidad de oncología diagnostica al Asegurado titular y/o complementario la primera ocurrencia de cáncer metastásico que le implica la necesidad médica de cirugía mayor, radioterapia, quimioterapia, MetLife pagará la Suma Asegurada contratada y señalada para esta cobertura en la carátula de la póliza, con lo que termina la cobertura.

3.5.1.4. Pruebas para acreditar la indemnización de la cobertura de Cáncer

El Asegurado deberá demostrar a MetLife la ocurrencia del evento que ampara esta cobertura, mediante pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, la evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes y/o diseminación a distancia (metástasis) demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen, misma que será presentada en un reporte patológico por un médico certificado por el consejo de la especialidad como experto en la materia relativa al padecimiento cáncer.

Documentación	Requisitos
Resumen clínico	Elaborado por el médico especialista en oncología que precise con forme al expediente clínico del Asegurado: • Fecha de inicio del padecimiento, diagnóstico, primer evento de cáncer. • Antecedentes personales patológicos. • Clasificación o estadificación, evolución, estudios realizados, tratamiento y pronóstico.
Historial clínico	Deberá precisar todos los antecedentes patológicos del Asegurado (crónico-degenerativos, traumáticos, quirúrgicos, transfusionales, hospitalizaciones previas), con énfasis en fechas de diagnóstico (día, mes y año), evolución y tratamiento de patologías. Así como presencia de tabaquismo y alcoholismo (tiempo de evolución, frecuencia e intensidad) y si es el caso fecha de suspensión. Lo anterior para determinar las circunstancias de la realización del siniestro y las consecuencias de este.
Estudios clínicos	Deberá anexar los resultados radiológicos y/o de laboratorio que sustenten el diagnóstico base de reclamación de alguno de los padecimientos descritos en estas condiciones generales como: marcadores tumorales, tomografía, ultrasonido, resonancia magnética, estudios de Rx (radiografías, mastografías, etc.).
Estudio histopatológico	Reporte elaborado por un médico certificado por el consejo de la especialidad como experto en la materia relativa al padecimiento cáncer con la descripción microscópica y macroscópica de tejido (posterior a una biopsia o una cirugía), diagnóstico, tamaño de tumoración, márgenes del tumor (márgenes positivos o negativos), nombre y firma del médico patólogo, dirección del laboratorio y fecha de realización.

En su caso MetLife se reserva el derecho de confirmar el diagnóstico a través de un médico certificado por el consejo de la especialidad como experto en la materia relativa al padecimiento cáncer, específicamente nombrado por la compañía.

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

3.5.1.5. Periodo de espera de la cobertura de cáncer

Para el inicio de la cobertura se establece un periodo de espera de tres meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la presente póliza o endoso correspondiente.

3.5.1.6. Edades de aceptación para la cobertura de Cáncer

Las edades de aceptación establecidas por MetLife para estas coberturas son de los 18 a los 65 años para el Asegurado titular y de 0 a 65 años para el Asegurado complementario.

3.5.1.7. Beneficiarios para la cobertura de Cáncer

Cuando se presente el evento relacionado a la cobertura de esta póliza y ocurriese el fallecimiento del Asegurado titular y/o complementario, antes de la presentación de la reclamación para esta cobertura adicional, la indemnización que llegara a proceder, se liquidará a:

- En caso de muerte del Asegurado titular a los beneficiarios designados en la cobertura de fallecimiento del Asegurado titular, en los mismos términos y porcentajes ahí definidos
- En caso de muerte del Asegurado complementario al Asegurado titular o en su caso a los beneficiarios designados

Siempre que se demuestre que fue imposible realizar la reclamación correspondiente en los términos y plazos establecidos en las condiciones generales de este contrato y que dicho atraso no fue con el fin de evitar la comprobación del evento

Si el Asegurado complementario es menor de edad, la cobertura se pagará al Asegurado titular de la póliza.

3.5.1.8. Exclusiones de la cobertura de cáncer

Esta cobertura no aplicará cuando la causa de dicho evento sea atribuible a:

- **Cualquier tumor benigno, displasia, neoplasia inter o intraepitelial, o un crecimiento premaligno dictaminado por el médico especialista como diagnóstico final**
- **Cualquier tumor papilar de la vejiga, clasificado como T1 a menor**
- **Cualquier tumor papilar de la tiroides que sea clasificado como T1N0M0 o menor a la etapa TNM**
- **Cualquier tumor en presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH**
- **Cualquier cáncer derivado de algún padecimiento y/o enfermedad preexistente**

En adición a las exclusiones antes descritas, aplicarán las siguientes exclusiones dependiendo del tipo de cobertura.

3.5.1.8.1. Exclusiones de la cobertura de indemnización parcial por cáncer “in situ”

- **Cualquier melanoma “in situ” clasificado como Tis N0M0**
- **Cualquier cáncer “in situ” clasificado como Tis N0M0 o menor**
- **Cualquier recurrencia o persistencia de lesiones previamente diagnosticadas como cáncer “in situ”**
- **Cualquier tipo de cáncer de piel no melanoma**

3.5.1.8.2. Exclusiones de la cobertura de Indemnización Total por Cáncer

- **Cualquier tipo de cáncer no-melanoma a menos que haya metástasis**

- **Leucemia Crónica Linfocítica (CLL), menor que etapa III, tal como la definida por clasificación RAI. Dicha clasificación es utilizada en el ámbito médico para medir el grado de propagación de la Leucemia Crónica Linfocítica y considera 5 etapas:**

Etapa 0. La cuenta de glóbulos blancos en sangre es demasiado alta y todas las células muestran el mismo patrón químico en exámenes especiales. Los ganglios linfáticos, el bazo y el hígado no se han agrandado y las cuentas de glóbulos rojos y plaquetas son casi normales.

Etapa I. Linfocitosis (cuenta de linfocitos alta), ganglios linfáticos agrandados. El bazo y el hígado no se han agrandado, las cuentas de glóbulos rojos y plaquetas son casi normales.

Etapa II. Linfocitosis más bazo agrandado (y posiblemente hígado agrandado), con o sin aumento de tamaño de los ganglios linfáticos. Las cuentas de glóbulos rojos y de plaquetas son casi normales.

Etapa III. Linfocitosis más anemia (muy pocos glóbulos rojos), con o sin agrandamiento de los ganglios linfáticos, bazo o hígado. La cuenta de plaquetas es casi normal.

Etapa IV. Linfocitosis más trombocitopenia (muy pocos glóbulos rojos), con o sin agrandamiento de los ganglios linfáticos, bazo o hígado.

- **Cualquier condición que es referida a la cobertura de Indemnización parcial por cáncer “in situ”**
- **Cualquier cáncer metastásico sin confirmación histopatológica o sin evidencia radiológica concluyente compatible con metástasis**
- **Cualquier cáncer metastásico cuando este sea a consecuencia de un cáncer “in situ” que no haya superado el periodo de espera**

3.5.1.9. Terminación de la cobertura de Cáncer

La vigencia de estas coberturas terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- Concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de la cual forma parte la cobertura
- La cancelación de la cobertura a solicitud del Asegurado titular
- Al aniversario inmediato posterior de la póliza en el que el Asegurado titular y/o complementario cuente con 70 años, terminará la cobertura del Asegurado que hubiese alcanzado la edad señalada
- Al efectuar MetLife el pago de la Suma Asegurada establecida para la cobertura terminará la cobertura para el Asegurado titular y/o complementario cuyo siniestro fue pagado

- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado titular
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado complementario, terminará la cobertura del Asegurado complementario fallecido

3.5.2. Cobertura Adicional por Accidentes Personales (APT para titular y APX para complementarios)

La cobertura podrá otorgarse al Asegurado titular de la póliza, y máximo a cuatro asegurados complementarios.

3.5.2.1. Definiciones

3.5.2.1.1. Accidente

Acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que ocasione lesiones corporales en el Asegurado que se requiera de atención médica.

Las lesiones corporales derivadas de un accidente que serán amparadas por la cobertura Adicional de Accidentes Personales son las siguientes, cada una de ellas en lo individual para los efectos de esta cobertura se considerarán como evento:

3.5.2.1.1.1. Fractura

Interrupción parcial o total de la continuidad de una estructura ósea.

3.5.2.1.1.2. Quemadura

Lesión en piel y/o anexos (pelos, uñas, glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas) por factores externos, que conducen a su destrucción total o parcial. Los factores externos considerados son: físicos (calor), sustancias químicas, radiación o electricidad.

Quedarán cubiertas las quemaduras por zona corporal.

La zona corporal se dividirá por regiones del cuerpo:

- Cabeza y cuello
- Extremidades superiores (brazos, antebrazos y manos)
- Extremidades inferiores (muslos, piernas y pies)
- Tronco (tórax y abdomen, tanto anterior como posterior)
- Región genital

En caso de quemaduras de segundo grado, aplicará cuando tengan una extensión mayor al 70% de la zona corporal y en caso de quemaduras de tercer grado aplicará cuando tenga una extensión mayor al 20% de la zona corporal.

Para efectos de la presente cobertura se realizan las siguientes definiciones:

- Quemaduras de primer grado (superficiales). Las quemaduras de primer grado afectan únicamente la epidermis, o capa externa de la piel. El sitio de la quemadura es rojo, doloroso, seco y sin ampollas. Las quemaduras leves del sol son un ejemplo.
- Quemaduras de segundo grado (espesor parcial). Las quemaduras de segundo grado involucran la epidermis y parte de la capa de la dermis de la piel. El sitio de la quemadura se ve rojo, con ampollas y puede estar inflamado y ser doloroso.

- Quemaduras de tercer grado (espesor total). Las quemaduras de tercer grado destruyen la epidermis y dermis y pueden dañar el tejido subcutáneo. La quemadura puede verse blanca o carbonizada. La zona afectada pierde sensibilidad.

3.5.2.1.1.3. Herida

Lesiones ocasionadas por factores externos que genere pérdida de continuidad y que la herida sea mayor a 5 cm. y que traspasen las siguientes 4 capas de la piel:

- Piel
- Músculo
- Tejido subcutáneo
- Tendones o nervios

3.5.2.1.1.4. Intoxicación

Reacción del organismo a la entrada de, o al contacto con cualquier sustancia tóxica que ocasiona ataque al estado general de salud y/o la muerte.

3.5.2.2. Descripción de la cobertura de Accidentes Personales (AP)

Mediante esta cobertura, MetLife otorgará al Asegurado afectado el monto de indemnización correspondiente de acuerdo con el tipo de lesión ocurrida y al plan de cobertura contratado, siempre que el accidente se haya presentado encontrándose la cobertura en vigor.

Monto de indemnización por accidente según plan de cobertura:

Monto de indemnización		
Lesiones por accidente	Plan de cobertura	
	Nivel básico	Nivel extra
Fractura Quemadura	\$3,000	\$5,000
Herida Intoxicación	\$2,000	\$3,000

Para efecto de la cobertura, las lesiones previamente descritas serán cubiertas siempre y cuando:

- Hayan sido atendidas en el área de urgencias de un centro hospitalario, ya sea público o privado
- El Asegurado haya requerido de la atención médica en un plazo no mayor a 5 días posteriores a la fecha de haber ocurrido el accidente
- Que dicha reclamación se lleve a cabo dentro de los 90 días posteriores a la fecha del accidente
- El Asegurado presente el soporte diagnóstico realizado para su confirmación

La indemnización correspondiente en el accidente del Asegurado titular será pagada al mismo, en caso de fallecimiento de éste se pagará a los beneficiarios designados por éste en la póliza del seguro. Para la indemnización de un Asegurado complementario se pagará al mismo, en caso de que éste fallezca, se pagará al Asegurado titular de la póliza, en caso de que fallezcan simultáneamente el Asegurado titular y el complementario, el pago de la indemnización se hará a los beneficiarios designados por el Asegurado titular. Si el Asegurado complementario es menor de edad, la cobertura se pagará al Asegurado titular de la póliza.

El Asegurado titular o complementario podrá reclamar hasta un máximo de 2 eventos por año cobertura, por los cuales MetLife pagará hasta un máximo de 3,000 pesos por evento en el caso de haber contratado el nivel de cobertura básico y de 5,000 pesos por evento en el caso de haber contratado el nivel de cobertura extra.

Si en un evento se reclaman más de una cobertura, sólo se pagará una, la de mayor Suma Asegurada. La cobertura no podrá ser adquirida por un mismo Asegurado más de una vez ya sea dentro de la misma póliza o en una póliza diferente, como titular o como complementario.

Los eventos se volverán a generar de manera automática al cumplirse el aniversario de la cobertura.

3.5.2.3. Pruebas para acreditar la indemnización de la cobertura de Accidentes Personales (AP)

Para determinar la procedencia de la reclamación por accidente personal, será necesario que el Asegurado haya sido atendido en el área de urgencias hospitalarias los siguientes documentos:

Documento	Especificaciones
Notas médicas de urgencias	• Tipo (público o privado), nombre y domicilio del hospital autorizado y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece. • Razón y denominación social • Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente. Deberá elaborarla el médico y contener lo siguiente: • Fecha y hora en que se otorga el servicio, - signos vitales, motivo de la atención, mecanismo de la lesión, antecedentes personales patológicos, resumen clínico, exploración física y estado mental (en caso de aplicar). • Resultados de los estudios utilizados que confirmen el diagnóstico y tratamientos que hayan sido solicitados previamente. • Diagnósticos definitivos. • Tratamiento y pronóstico. Quemaduras - Nota médica (urgencias y hospitalización) con porcentaje de la superficie de la zona corporal, grado y tratamiento otorgado. Fracturas - Nota de ingreso a urgencias de centro hospitalario con diagnóstico final Reporte de estudios radiológicos (radiografías de la región) Herida - Nota de ingreso a urgencias donde mencione tamaño de la lesión y capas que traspasó, especifique tamaño de la herida (si traspasa las 4 capas de la piel) deberá contener nombre y firma de médico quien realice el reporte Intoxicación medicamentosa. - Nota de ingreso a urgencias, especificando tipo de ingesta y cantidad de fármaco administrado, deberá hacer referencia de signos y síntomas que presenta el Asegurado.
Nota de evolución, (elaborada por el médico cada vez que proporciona atención al paciente)	En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista, deberá quedar por escrito y la deberá realizar el médico solicitante, así como la nota de interconsulta que deberá realizar el médico especialista. • Nombre completo • Cédula profesional • Firma de quien lo elabora • Fecha y hora de elaboración

Nota de egreso hospitalario	Deberá indicar: • Fecha de ingreso/egreso. • Motivo del egreso. • Diagnósticos finales, (resumen de accidente). • Resumen de evolución y estado actual. • Manejo durante la estancia hospitalaria (procedimientos y/o tratamientos realizados). • Plan de manejo y tratamiento. • Recomendaciones. • Pronóstico. • Anexar los resultados de las pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio que comprueben que la atención por accidente era médicamente necesaria. • Precisar los antecedentes personales patológicos generales contenidos en la historia clínica del expediente.
Reportes de estudios clínicos y/o gabinete	• Tipo, nombre y domicilio del hospital autorizado y en su caso, nombre de la institución a la que pertenece. • Razón y denominación social. • Nombre, sexo, edad y domicilio del paciente, • Estudio solicitado. • Diagnóstico clínico en estudio, especificando incidentes o accidentes. • Descripción de resultados e interpretación por el médico tratante. • Nombre completo. • Firma del médico. • Cédula profesional.

Toda la documentación deberá ser expedida por los médicos legalmente autorizados para ejercer la profesión con la especialidad médica que sustentan.

En caso de omitir alguno de los elementos, MetLife solicitará nuevamente el documento, además podrá solicitar los informes médicos, clínicos, radiológicos, histológicos y de laboratorio, o cualquier aclaración relacionada con éstos, los cuales le permitirán determinar la procedencia de la reclamación realizada, por cualquiera de los padecimientos cubiertos dentro de accidentes personales.

3.5.2.4. Edades de aceptación de la cobertura de Accidentes Personales (AP)

Los límites de edad de aceptación establecidos por MetLife para esta cobertura son de 18 años como mínimo y 55 años como máximo para el Asegurado titular y de 0 años como mínimo y de 55 años como máximo para el Asegurado complementario.

3.5.2.5. Exclusiones de la cobertura de Accidentes Personales (AP)

Para efectos de esta cobertura, quedan excluidas:

- **Lesiones preexistentes a la contratación del seguro.**
- **Intento de suicidio o lesión causada a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia.**
- **Lesiones por eventos ocurridos a consecuencia de riña o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el Asegurado o estando bajo influencia de algún enervante, estimulante o similar que no haya sido prescrito por un médico.**

- **Lesiones que se originen por participación del Asegurado como sujeto activo en eventos derivados a consecuencia de Servicio Militar de cualquier clase, actos de guerra, terrorismo, insurrección, revolución o rebelión.**
- **Lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de viajar como ocupante de algún automóvil, motocicleta o cualquier otro vehículo similar en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- **Lesiones derivadas por la práctica profesional de cualquier deporte.**
- **Lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves, que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio del transporte regular de pasajeros.**
- **Intoxicaciones derivadas por el uso o adicción al alcohol, drogas, estupefacientes y/o psicotrópicos.**
- **Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- **Intoxicación por ingesta de alimentos.**
- **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, incluidos tratamientos para corregir el acné.**
- **Quemaduras de primer grado.**
- **Quemaduras de segundo grado que tengan una extensión menor al 70% de la zona corporal.**
- **Quemaduras de tercer grado con una extensión menor al 20% de la zona corporal.**
- **Heridas en piel que no traspasen músculo, tejido subcutáneo, tendones o nervios.**
- **Lesiones que se originen por culpa grave del Asegurado, si de la documentación presentada se desprende que dichas lesiones ocurrieron a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol y/o drogas.**

3.5.2.6. Terminación de la cobertura de Accidentes Personales (AP)

La cobertura Adicional de Accidentes Personales terminará en los siguientes casos:

- Concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de la cual forma parte esta cobertura
- La cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado titular

- Cuando MetLife otorgue el beneficio de exención de pago de primas por invalidez total y permanente, ya que de acuerdo con la definición del numeral 3.3.3 dicho beneficio no ampara ni contempla el pago de las primas correspondientes a la cobertura de Accidentes Personales titular. Sólo permanecerán vigentes las coberturas adicionales de Accidentes Personales para los asegurados complementarios.
- Al concluir 20 años de cobertura o al aniversario inmediato posterior de la póliza en el que el Asegurado titular y/o complementario cuente con 60 años, lo que ocurra primero; terminará únicamente la cobertura del Asegurado que hubiese alcanzado los 20 años de cobertura o la edad señalada.
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado titular.
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado complementario, terminará únicamente la cobertura del Asegurado complementario fallecido.

3.5.3. Cobertura Adicional por Enfermedades Graves (EGT para titular y EGX para complementarios)

La cobertura podrá otorgarse al Asegurado titular de la póliza, y máximo a tres Asegurados complementarios.

3.5.3.1. Definiciones

3.5.3.1.1. Enfermedad grave

Para efecto de la presente cobertura, se considerará como enfermedad grave solo a cualquiera de los siguientes padecimientos cuya primera ocurrencia se diagnostique mediante certificación médica y los estudios correspondientes dentro del periodo de cobertura.

Enfermedades cubiertas	Descripción
Infarto agudo al miocardio	Es la muerte de una parte del músculo cardíaco como consecuencia de la interrupción súbita del flujo adecuado de sangre a la zona respectiva. Esta cobertura no cubre a personas que cuenten con padecimientos o enfermedades cardiovasculares preexistentes a la fecha de contratación o inclusión de esta cobertura adicional.
Procedimientos quirúrgicos en el corazón	Será la cirugía a tórax abierto para corregir obstrucciones arteriales mediante anastomosis (unión de elementos anatómicos) de la arteria mamaria interna o hemo ductos aorta coronarios, en la que la indicación quirúrgica se decide mediante una angiografía coronaria.
Insuficiencia hepática crónica	Se entenderá como insuficiencia hepática crónica; la incapacidad del hígado para transformar los productos del metabolismo de la ingesta de líquidos y alimentos, así como los desechos de la sangre a un ritmo normal, y esto conduzca a una fase terminal conocida como "Clase funcional Child Pugh C".
Enfermedades cerebrovasculares	Es cualquier incidente o accidente cerebro - vascular que produzca secuelas neurológicas, y que incluya infarto del tejido cerebral, hemorragia de un vaso intracraneal o embolización de fuente extracraneal, y que como consecuencia presente déficit neurológico permanente.
Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas (EPOC)	Se caracteriza por obstrucción persistente al flujo aéreo por lo general progresiva y parcialmente reversible. Esta limitación está asociada a una reacción inflamatoria pulmonar exagerada frente a partículas o gases tóxicos y cuyo valor de Volumen de Espiración Forzada (VEF1) sea igual o menor al 80% del predicho.

Insuficiencia renal crónica	Es el estado de fallo renal terminal debido a disfunción crónica irreversible de ambos riñones evidenciada por la necesidad de diálisis o trasplante renal. La tasa de filtración glomerular (capacidad del riñón de eliminar sustancias) deberá ser igual o inferior a 15 mililitros por minuto, 1,73 metros cuadrados (etapa 5 de la enfermedad renal crónica).
SIDA	Enfermedad del sistema inmunitario que constituye la etapa final y avanzada de la infección crónica por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).
Trasplante de órganos vitales	Es el procedimiento quirúrgico realizado por un médico especializado debidamente registrado ante el Centro Nacional de Trasplantes estrictamente indispensable para la recepción de los siguientes órganos completos (corazón, uno o dos pulmones, riñón, hígado, una o dos córneas y médula espinal) y realizado por un hospital autorizado por el referido Centro Nacional de Trasplantes.
Enfermedad de Alzheimer	Es una enfermedad neurológica progresiva e irreversible del sistema nervioso central, caracterizado por el deterioro gradual de las funciones cognitivas, incluyendo memoria, lenguaje, orientación, juicio y capacidad para realizar actividades de la vida diaria.
Enfermedad de Parkinson	Es una enfermedad degenerativa del sistema nervioso central progresivo e irreversible, caracterizada por la presencia de síntomas motores bilaterales y generan un deterioro funcional significativo, bradicinesia, rigidez y/o temblor, con afectación de las actividades de la vida diaria.

Complicaciones de la diabetes

Es una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. Las complicaciones que se cubren son las siguientes:

Complicaciones de la diabetes	Descripción
Nefropatía diabética	Se refiere al daño predominantemente de tipo glomerular, con compromiso intersticial; frecuentemente se añade daño por hipertensión arterial. La última etapa se traduce en fallo renal. Etapas III. Nefropatía diabética incipiente: aparece la microalbuminuria (excreción urinaria de albúmina entre 20 y 200 mg/min que equivalen a 30-300 mg/24 h), el filtrado glomerular se mantiene normal, pero al final de esta etapa comienza a descender. La microalbuminuria permite predecir la nefropatía diabética, ésta se acompaña de retinopatía avanzada, neuropatía, trastornos lipídicos, control glucémico más deficiente e incremento del daño vascular, aunque la filtración glomerular está todavía conservada. Etapas IV. Nefropatía diabética manifiesta. Se caracteriza por proteinuria persistente (excreción urinaria de albúmina superior a 200 mg/min o 300 mg/ 24 h). El intervalo entre el inicio de la proteinuria puede variar desde pocos años hasta 20. Etapas V. Fallo renal.

Pie diabético	Es la alteración clínica de origen preferentemente neuropático e inducida por una situación de hiperglucemia mantenida, a la que puede añadirse un proceso isquémico que, con desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie.
Retinopatía diabética	Es una complicación microvascular crónica específica de la diabetes, que afecta los vasos de la retina.
Neuropatía diabética	Se le llama neuropatía diabética a la neuropatía somática que afecta los nervios sensitivos y motores voluntarios y puede corresponder a un daño difuso (polineuropatía) o localizado en un nervio (mononeuropatía).

3.5.3.2. Descripción de la cobertura de Enfermedades Graves (EG)

Si durante la vigencia de la cobertura al Asegurado le es diagnosticada alguna enfermedad grave cubierta no preexistentes, MetLife le pagará al beneficiario el monto especificado en la carátula de la póliza, por una única ocasión, la Suma Asegurada para esta cobertura. Siempre y cuando haya pasado el periodo de espera señalado para cada una de ellas.

3.5.3.3. Pruebas para acreditar la indemnización de la cobertura de Enfermedades Graves (EG)

Para determinar la procedencia de la reclamación por una enfermedad grave cubierta, será necesario que:

- Se hayan generado los estudios médicos necesarios para acreditar la enfermedad grave en cuestión
- El Asegurado presente la certificación médica a MetLife, con la cual acredite la ocurrencia o diagnóstico confirmado de la misma
- En caso de trasplantes de órganos vitales, deberá presentarse el registro de certificación tanto hospitalaria como del médico tratante otorgado por el Centro Nacional de Trasplantes

MetLife podrá solicitar los informes médicos, clínicos, radiológicos, histológicos y de laboratorio, o cualquier aclaración relacionada con éstos, los cuales le permitirán determinar la procedencia de la reclamación realizada, por cualquiera de las enfermedades graves cubiertas.

Documentación mínima requerida para comprobación de diagnóstico:

Documentación	Requisitos
Resumen clínico	Elaborado por el médico especialista tratante, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente al campo de la enfermedad grave tratada, que precise con forme al expediente clínico del Asegurado: padecimiento actual, fecha en que se estableció el diagnóstico definitivo (criterios diagnósticos), tratamientos, evolución, pronóstico (anexando la nota de valoración de 1ra vez con dicha especialidad). Así mismo deberá precisar los antecedentes personales patológicos generales contenidos en la historia clínica del expediente.
Estudios clínicos, radiológicos, de laboratorio y/o gabinete	Deberá anexar los resultados de los estudios clínicos, radiológicos, de laboratorio y/o gabinetes practicados al Asegurado que sustenten el diagnóstico base de reclamación de alguno de los padecimientos descritos en estas condiciones generales. Por ejemplo: exámenes de laboratorio (ELISA, Western blot, Química sanguínea, enzimas cardíacas, etc.) y gabinete (Ecocardiograma, tomografía, resonancia magnética, ultrasonido, etc.).

3.5.3.4. Periodo de espera de la cobertura de Enfermedades Graves (EG)

El periodo de espera correspondiente a cada enfermedad grave cubierta es el siguiente:

Enfermedades cubiertas	Periodo de espera
Infarto cardiaco agudo	Sin periodo de espera
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	Sin periodo de espera
Enfermedad de Alzheimer	Sin periodo de espera
Enfermedad de Parkinson	Sin periodo de espera
Procedimientos quirúrgicos en el corazón	6 meses
Insuficiencia hepática crónica	6 meses
Enfermedades cerebrovasculares	6 meses
Trasplante de órganos vitales	6 meses
Complicaciones de la diabetes	6 meses
Insuficiencia renal crónica	12 meses
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	48 meses

Si se incluyen asegurados complementarios, éstos estarán sujetos a los periodos de espera establecidos a partir del inicio de vigencia de la cobertura contratada para cada Asegurado de forma independiente.

3.5.3.5. Edades de aceptación de la cobertura de Enfermedades Graves (EG)

Las edades de aceptación para estas coberturas son de 18 a 55 años para el Asegurado titular y asegurados complementarios.

3.5.3.6. Beneficiarios de la cobertura de Enfermedades Graves (EG)

La indemnización correspondiente de la cobertura del Asegurado titular será pagada al mismo Asegurado. En caso de fallecimiento de éste a consecuencia de la enfermedad grave, se pagará a los beneficiarios designados para tal efecto, en la cobertura básica de la póliza del seguro.

La indemnización correspondiente a la enfermedad grave del Asegurado complementario se pagará al mismo Asegurado complementario.

En caso de que éste fallezca a consecuencia de la enfermedad grave, se pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado complementario.

3.5.3.7. Suma Asegurada de la cobertura de Enfermedades Graves (EG)

La Suma Asegurada que MetLife pagará por esta cobertura adicional es la que se indica en la carátula de la póliza o endoso.

La Suma Asegurada para esta cobertura se pagará una sola vez en caso de diagnóstico de alguna enfermedad grave cubierta.

La Suma Asegurada contratada para la cobertura Adicional de Enfermedades Graves es independiente de la cobertura básica.

3.5.3.8. Exclusiones de la cobertura de Enfermedades Graves (EG)

Para efectos de esta cobertura, quedan excluidas:

- **Enfermedades desarrolladas a consecuencia de riña cuando el Asegurado sea el provocador o por su participación activa en alborotos populares**

- **Enfermedades desarrolladas a consecuencia de intento de suicidio o lesión causada a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia**
- **Enfermedades que sufra el Asegurado ocasionadas 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 de la enfermedad**
- **Trasplantes que sean procedimientos de investigación, o realizados por un médico y hospital que no cuente con certificado emitido por el Centro Nacional de Trasplantes**
- **Trasplantes de órganos de manera autóloga**
- **Enfermedades preexistentes que deriven a una de las enfermedades graves cubiertas**
- **Padecimientos congénitos**
- **Enfermedades surgidas por riesgos nucleares**
- **Procedimientos de naturaleza preventiva intraarteriales como la angioplastia, la colocación de prótesis endovasculares tipo «stent» y similares**
- **Enfermedades a consecuencia de accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**

3.5.3.9. Terminación de la cobertura de Enfermedades Graves (EG)

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

- Al concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de la cual forma parte esta cobertura
- Cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado titular
- Al aniversario inmediato posterior de la póliza en el que el Asegurado titular y/o complementario cuente con 60 años, terminará la cobertura del Asegurado que hubiese alcanzado la edad señalada
- Al efectuar MetLife el pago de la Suma Asegurada establecida para esta cobertura terminará la cobertura para el Asegurado titular y/o complementario cuyo siniestro fue pagado
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado titular
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado complementario, terminará únicamente la cobertura del Asegurado complementario fallecido
- Cuando MetLife otorgue el beneficio de exención de pago de primas por invalidez total y permanente, ya que de acuerdo con la definición del numeral 3.3.3 dicho beneficio no ampara ni contempla el pago de las primas correspondientes a la cobertura de Accidentes Personales titular. Sólo permanecerán vigentes las coberturas adicionales de Accidentes Personales para los asegurados complementarios.

3.5.4. Cobertura Adicional de Cirugías (CRT para titular y CRX para complementarios)

La cobertura podrá otorgarse al Asegurado titular de la póliza, y máximo a tres asegurados complementarios.

3.5.4.1. Definiciones

3.5.4.1.1. Cirugía

Se considerará como “cirugía” al procedimiento quirúrgico médicamente necesario realizado al Asegurado que consiste en extirpar, sustituir, corregir un defecto o lesión o efectuar una modificación en un tejido u órgano dañado, con fines terapéuticos, mediante técnicas invasivas realizadas por medio de un cirujano en un hospital autorizado, ya sea bajo anestesia local o general, y que requiere necesariamente el uso de un quirófano.

3.5.4.1.2. Procedimiento quirúrgico médicamente necesario

Es aquel procedimiento indispensable para la atención de una enfermedad o padecimiento del Asegurado y deberá ser indicado por un médico especializado.

3.5.4.2. Descripción de la cobertura de Cirugías (CR)

Si durante la vigencia de la cobertura al Asegurado le es diagnosticada una enfermedad no preexistente y es intervenido quirúrgicamente por una de las siguientes cirugías, MetLife pagará al beneficiario la Suma Asegurada contratada para esta cobertura como ayuda económica por haber tenido una afectación a su salud, siempre y cuando haya pasado el periodo de espera señalado para cada una de ellas.

Cirugías cubiertas	Descripción quirúrgica cubierto:	Procedimiento
Extirpación quirúrgica del apéndice	Técnica quirúrgica por medio de la cual se extrae el apéndice cecal.	Apendicectomía
Corrección quirúrgica de hernias	Cirugía mediante la cual se repara una hernia (protrusión) de contenido intestinal causada por un defecto de la pared abdominal (diafragmática, umbilical, femoral, inguinal, post incisional) así como la extracción quirúrgica de disco vertebral herniado.	Hernioplastia inguinal, hernioplastia umbilical, hernioplastia diafragmática, hernia femoral, hernia insicional, discoidectomía.
Extirpación quirúrgica de la vesícula biliar	Cirugía que consiste en la extracción de la vesícula biliar vía abdominal o laparoscópica.	Colecistectomía
Extirpación quirúrgica de las amígdalas y/o adenoides	Cirugía mediante la cual se extraen las amígdalas y/o adenoides.	Amigdalotomía, adenoamigdalectomía, adenoidectomía
Extirpación quirúrgica de cálculos urinarios	Cirugía mediante la cual se extraen cálculos urinarios por medio de un ureteroscopio o por medio del paso de un instrumento médico especial a través de la piel hasta el riñón, lo cual se hace para eliminar cálculos renales.	Ureteroscopía con extracción de cálculos urinarios y nefrolitotomía
Extirpación quirúrgica hemorroides	Cirugía mediante la cual se extraen las hemorroides en aquellos pacientes que tienen sintomatología de hemorroides externas o internas grado III y IV.	Hemorroidectomía
Extirpación quirúrgica de miomas del útero	Cirugía mediante la cual se extraen miomas.	Miomectomía
Extirpación quirúrgica de glándula mamaria	Cirugía mediante la cual se extrae la mama de manera parcial o completa.	Mastectomía

Extirpación quirúrgica de varicocele	Cirugía mediante la cual se extraen varicoceles.	Varicocelectomía
Extirpación quirúrgica de próstata	Cirugía mediante la cual se extrae la totalidad o parte de la próstata.	Prostatectomía
Extirpación quirúrgica del testículo	Cirugía que consiste en la extirpación de uno o los dos testículos.	Orquiectomía
Cirugía de cataratas	Cirugía para extracción de cataratas por medio de técnica quirúrgica microincisional.	Facoemulsificación
Extirpación quirúrgica parcial o total de colon	Cirugía mediante la cual se extrae la totalidad o parte del intestino grueso.	Hemicolectomía y colectomía

Pruebas para acreditar la indemnización de las coberturas de Cirugía (CR)

Para determinar la procedencia de la reclamación por una cirugía, será necesario que:

- Hayan sido atendidas en hospital legalmente autorizado
- Se hayan generado los estudios necesarios para acreditar la necesidad de la cirugía
- El Asegurado deberá presentar los estudios que acrediten la necesidad de la cirugía, la evidencia de la realización de dicha cirugía y toda la documentación deberá ser expedida por los médicos legalmente autorizados para ejercer la profesión con la especialidad médica que sustenta
- El Asegurado presente la certificación médica a MetLife, con la cual acredite la cirugía. MetLife podrá solicitar los informes médicos, clínicos, radiológicos, histológicos y de laboratorio, o cualquier aclaración relacionada con éstos, los cuales le permitirán determinar la procedencia de la reclamación realizada, por cualquiera de las cirugías cubiertas.

Documentación mínima requerida para comprobación de diagnóstico y procedimiento quirúrgico:

Documentación	Requisitos
Nota prequirúrgica Nota quirúrgica Nota postquirúrgica	Deberá elaborarla el cirujano que intervino al paciente al término de la cirugía, indicando la Unidad Hospitalaria de Atención; así mismo deberá precisar: • Diagnóstico preoperatorio, operación planeada (sustento de indicación de la cirugía) • Operación realizada • Diagnóstico posoperatorio • Descripción quirúrgica • Hallazgos transoperatorios • Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios • Estado postquirúrgico inmediato • Plan de manejo • Pronóstico, indique si hubo envío de piezas quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico, nombre completo y firma del responsable de la cirugía.

Nota de egreso hospitalario	Debe indicar: • Fecha de ingreso/egreso • Motivo del egreso • Diagnósticos finales (motivos de indicación de la cirugía) • Resumen de evolución y estado actual • Manejo durante la estancia hospitalaria (cirugía realizada) • Plan de manejo y tratamiento, recomendaciones, pronóstico. (Anexar la Nota de valoración de riesgo quirúrgico). • Deberá anexar los resultados de las pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio que comprueben que la cirugía practicada era médicamente necesaria. Así mismo deberá precisar los antecedentes personales patológicos generales contenidos en la historia clínica del expediente.
Estudios clínicos y/o radiológicos de laboratorio y gabinete	Exámenes que sustenten la necesidad de procedimiento quirúrgico, de laboratorio (sangre) y de gabinete (ultrasonido, radiografía, resonancia magnética, tomografía, etc.). Así como reporte histopatológico de pieza quirúrgica - Descripción microscópica y macroscópica de tejido, diagnóstico, nombre y firma del médico patólogo, dirección del laboratorio y fecha de realización.
Resumen clínico	Emitido por un médico que cuente con la especialidad quirúrgica (ginecología, cirujano, etc.), que debe contener: inicio del padecimiento, diagnóstico, antecedente personales patológicos, evolución, estudios realizados, tratamiento quirúrgico realizado y pronóstico de la cirugía realizada que se reclame, así como la historia clínica precisando todos los antecedentes patológicos del Asegurado (crónico-degenerativos, traumáticos, quirúrgicos, transfusionales, hospitalizaciones previas), con énfasis en fechas de diagnóstico (día, mes y año), evolución y tratamiento de patologías. Así como presencia de tabaquismo y alcoholismo (tiempo de evolución, frecuencia e intensidad) y si es el caso fecha de suspensión. Tengan o no relación con el padecimiento.

Nota: Opcionalmente para correlacionar los antecedentes, puede anexar la nota de valoración de riesgo quirúrgico realizada siempre previa a la cirugía.

3.5.4.3. Periodo de espera de la cobertura de Cirugía (CR)

El periodo de espera correspondiente a cada cirugía cubierta es el siguiente:

Cirugía cubierta	Periodo de espera
1. Extirpación quirúrgica del apéndice	No aplica
2. Extirpación quirúrgica parcial o total de colon	No aplica
3. Cirugía de cataratas	12 meses
4. Extirpación quirúrgica de cálculos urinarios	12 meses
5. Extirpación quirúrgica de hemorroides	12 meses
6. Extirpación quirúrgica de miomas de útero	12 meses
7. Corrección quirúrgica de hernias	24 meses
8. Extirpación quirúrgica de la vesícula biliar	24 meses
9. Extirpación quirúrgica de las amígdalas y/o adenoides	24 meses
10. Extirpación quirúrgica de glándula mamaria	24 meses
11. Extirpación quirúrgica de varicocele	24 meses

12. Extirpación quirúrgica de próstata	24 meses
13. Extirpación quirúrgica del testículo	24 meses

Si se incluyen asegurados complementarios, éstos estarán sujetos a los periodos de espera establecidos a partir del inicio de vigencia de la cobertura contratada para cada Asegurado de forma independiente.

3.5.4.4. Edades de aceptación de la cobertura de Cirugía (CR)

Las edades de aceptación para estas coberturas son de 18 a 60 años para el Asegurado titular y asegurados complementarios.

3.5.4.5. Beneficiarios de la cobertura de Cirugía (CR)

La indemnización correspondiente de la cobertura del Asegurado titular será pagada al mismo Asegurado, en caso de fallecimiento de éste a consecuencia de la cirugía, se pagará a los beneficiarios designados para tal efecto, en la cobertura básica de la póliza del seguro.

La indemnización correspondiente a las cirugías del Asegurado complementario se pagará al mismo Asegurado complementario. En caso de que éste fallezca a consecuencia de la cirugía, la indemnización que proceda se pagará al Asegurado titular, salvo que el Asegurado complementario haya designado beneficiarios.

3.5.4.6. Suma Asegurada de la cobertura de Cirugía (CR)

La Suma Asegurada que MetLife pagará será la que se indique en la carátula de la póliza o endoso.

En caso de cirugías múltiples realizadas durante un mismo año póliza únicamente se liquidará el importe de la Suma Asegurada correspondiente de una de ellas. Es decir, sólo se paga un evento al año.

La Suma Asegurada se reinstalará automáticamente en el aniversario de la cobertura.

3.5.4.7. Exclusiones de la cobertura de Cirugías (CR)

Para efectos de esta cobertura, quedan excluidas:

- **Cirugías a consecuencia de Servicio Militar, actos de guerra, rebelión, insurrección o riña, siempre y cuando el Asegurado sea el provocador**
- **Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el “Asegurado”**
- **Cirugías a consecuencia de intento de suicidio o autolesión aún y cuando se cometan en estado de inconciencia o enajenación mental**
- **Cirugías que sufra el Asegurado ocasionadas 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 de la cirugía**
- **Cirugías por enfermedades preexistentes**

- **Cirugías cuyo diagnóstico definitivo, confirmado por reporte histopatológico corresponda a un padecimiento no cubierto**
- **Cirugías cuya indicación médica derive de un padecimiento no cubierto, aunque el estudio histopatológico identifique un padecimiento cubierto como hallazgo incidental, siempre que éste no haya requerido ni justificado la realización del procedimiento quirúrgico**
- **Cirugías surgidas por riesgos nucleares**
- **Cirugías que no sean médicamente necesarias**
- **Cirugías a consecuencia de accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor**

3.5.4.8. Terminación de la cobertura de Cirugía (CR)

La vigencia de estas coberturas terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- Concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de la cual forma parte esta cobertura
- A la cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado titular
- Al aniversario inmediato posterior de la póliza en el que el Asegurado titular y/o complementario cuente con 65 años, terminará la cobertura del Asegurado que hubiese alcanzado la edad señalada
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado titular
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado complementario, terminará únicamente la cobertura del Asegurado complementario fallecido
- Cuando MetLife otorgue el beneficio de exención de pago de primas por invalidez total y permanente, ya que de acuerdo con la definición del numeral 3.3.3 dicho beneficio no ampara ni contempla el pago de las primas correspondientes a la cobertura de Enfermedades Graves titular. Sólo permanecerán vigentes las coberturas adicionales de Cirugía contratadas para los asegurados complementarios.

3.5.5. Cobertura Adicional de Apoyo por Hospitalización (PHT para titular y PHX para complementarios)

La cobertura podrá otorgarse al Asegurado titular de la póliza y máximo a tres asegurados complementarios.

3.5.5.1. Definiciones

3.5.5.1.1. Hospitalización

Para efectos de esta cobertura se entenderá por hospitalización a la permanencia comprobable y justificada del Asegurado en una clínica, hospital o sanatorio legalmente autorizado para la atención de un accidente o enfermedad no preexistente. El periodo de hospitalización se considerará a partir del ingreso y concluirá con el egreso que otorgue el médico especialista tratante, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente al campo de la enfermedad tratada.

3.5.5.1.2. Aborto

Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o hasta 20 semanas de gestación.

3.5.5.2. Descripción de la cobertura de Apoyo por Hospitalización (PH)

Si durante la vigencia de la cobertura el Asegurado requiere una hospitalización igual o mayor a 24 horas, MetLife indemnizará al Asegurado por el monto vigente contratado por cada día de hospitalización con un máximo de 60 días por año cobertura, siempre y cuando se cumplan los periodos de espera y la enfermedad o accidentes no se contemplen dentro de las exclusiones que más adelante se detallan.

La cobertura no podrá ser adquirida por una misma persona más de una vez ya sea dentro de la misma póliza o en una póliza diferente, como titular o como complementario.

3.5.5.3. Pruebas para acreditar la indemnización de la cobertura Apoyo por Hospitalización (PH)

Las solicitudes de reclamación para el pago de esta cobertura deberán presentarse a MetLife dentro de los 90 días naturales posteriores a la fecha de egreso (fecha de alta) del hospital.

Documentación mínima requerida para la reclamación:

Documentación	Requisitos
Nota de urgencias Nota de egreso o certificación hospitalaria Notas de procedimiento quirúrgico (en caso de aplicar)	Deberá contener el resumen clínico elaborado por el médico tratante, que precise conforme al expediente clínico del Asegurado: • Fecha y hora de ingreso y egreso de la hospitalización • Motivo del ingreso • Fecha en que se estableció el diagnóstico definitivo (criterios diagnósticos) • Tratamientos Así mismo deberá contener historia clínica donde refieran antecedentes personales patológicos generales independientemente del padecimiento
Estudios clínicos y/o radiológicos de laboratorio y gabinete	Deberá anexar los resultados de las pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio que comprueben que la causa de hospitalización era medicamente necesaria.

3.5.5.4. Periodo de espera de la cobertura de Apoyo por Hospitalización (PH)

Para el caso de hospitalización a causa de un accidente no aplicará ningún período de espera. Los periodos de espera para las enfermedades o padecimientos que causan la hospitalización se describen a continuación:

Enfermedad o padecimiento	Periodo de espera
Infarto cardiaco agudo	Sin periodo de espera
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	Sin periodo de espera
Enfermedad de Alzheimer	Sin periodo de espera
Enfermedad de Parkinson	Sin periodo de espera
Extirpación quirúrgica del apéndice	Sin periodo de espera
Enfermedades respiratorias agudas infectocontagiosas	30 días
Procedimientos quirúrgicos en el corazón	6 meses
Enfermedades terminales del hígado	6 meses
Enfermedades cerebrovasculares	6 meses
Trasplante de órganos vitales	6 meses
Complicaciones de la diabetes	6 meses
Corrección quirúrgica de hernias	24 meses

Extirpación quirúrgica de la vesícula biliar	24 meses
Extirpación quirúrgica de las amígdalas y/o adenoides	24 meses
Extirpación quirúrgica de glándula mamaria	24 meses
Extirpación quirúrgica de varicocele	24 meses
Extirpación quirúrgica de próstata	24 meses
Extirpación quirúrgica del testículo	24 meses
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	48 meses

Todas las enfermedades o padecimientos que no se mencionan en la tabla anterior y que adicionalmente, no se mencionen en la sección de exclusiones, estarán sujetos a un periodo de espera de 12 meses.

Cada Asegurado complementario estará sujeto a los periodos de espera establecidos, a partir del inicio de vigencia de su cobertura.

3.5.5.5. Edades de aceptación de la cobertura de Apoyo por Hospitalización (PH)

Las edades de aceptación para esta cobertura son de 18 a 60 años para el Asegurado titular y de 1 a 60 años para los asegurados complementarios.

3.5.5.6. Beneficiarios de la cobertura de Apoyo por Hospitalización (PH)

La indemnización correspondiente de la cobertura de Apoyo por Hospitalización será pagada al mismo Asegurado que haya sido hospitalizado. Si el Asegurado complementario es menor de edad, la cobertura se pagará al Asegurado titular de la póliza.

En caso de fallecimiento del Asegurado titular, la indemnización se pagará a sus beneficiarios designados para tal efecto en la cobertura básica de la póliza del seguro.

En caso de fallecimiento del Asegurado complementario, la indemnización que resulte procedente se pagará al Asegurado titular de la póliza.

3.5.5.7. Exclusiones de la cobertura de Apoyo por Hospitalización (PH)

Para efectos de esta cobertura, quedan excluidas:

- **Cualquier hospitalización cuya duración haya sido menor a 24 horas.**
- **Cualquier hospitalización derivada de padecimientos y/o enfermedades preexistentes.**
- **Cualquier hospitalización derivada de padecimientos y/o enfermedades para las cuales no se haya cumplido el periodo de espera establecido.**
- **Hospitalización a consecuencia de aborto, así como sus complicaciones sin importar cuál sea su causa.**
- **Hospitalización por enfermedades o accidentes que sufra el Asegurado ocasionadas por culpa de él 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 evento.**

- **Tratamientos por adicción a drogas, alcoholismo o tabaquismo.**
- **Hospitalizaciones derivadas de accidentes y/o enfermedades que sufra el Asegurado a consecuencia de intento de suicidio o autolesión aún y cuando se cometan en estado de inconciencia o enajenación mental.**
- **Hospitalización para la realización de estudios de diagnóstico, análisis, radiografías, radioscopia o fisioterapia.**
- **Hospitalización a causa de padecimientos congénitos.**
- **Hospitalización por tratamientos médicos y/o quirúrgicos de naturaleza experimental y/o de investigación o con fines preventivos.**
- **Hospitalización para fines de reposo o rehabilitación, así como consultas, exámenes o tratamientos por enfermedades psiquiátricas, psicológicas o cualquier tipo de enfermedad mental, curas de reposo, cuidado sanitario, períodos de cuarentena o aislamiento.**
- **Hospitalización por tratamientos médico y/o quirúrgicos estéticos, cosméticos, plásticos, dentales, ortopédicos y otros tratamientos o cirugías que sean para fines de embellecimiento o para corregir malformaciones producidas por enfermedades.**
- **Hospitalización por cirugía ocular para vicios o defectos de refracción, tales como, miopía, astigmatismo, hipermetropía, y otras enfermedades oculares, así como las consecuencias que se deriven de ellos.**
- **Hospitalización a causa de esterilización y procedimientos anticonceptivos, así como las consecuencias que se deriven de ellos. Tratamientos de la fertilidad, impotencia y disfunción sexual.**
- **Hospitalización a consecuencia de inhalación de gases o envenenamiento de cualquier naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- **Hospitalización a consecuencia de intoxicación por ingesta de alimentos y medicamentos.**
- **Hospitalización por esguinces.**
- **Hospitalización a consecuencia de picaduras de insectos o mordeduras de animales ponzoñosos.**

- **Hospitalización a causa de lesiones que se originen por participación del Asegurado como sujeto activo en eventos derivados a consecuencia de servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, terrorismo, insurrección, revolución o rebelión.**
- **Hospitalización a consecuencia de lesiones por eventos ocurridos a consecuencia de riña o por actos delictivos intencionales en que participe directamente el Asegurado.**
- **Hospitalización surgida por riesgos nucleares.**
- **Hospitalización a consecuencia de lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de viajar como ocupante de algún automóvil, motocicleta o cualquier otro vehículo similar en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**
- **Cualquier hospitalización originada por tratamientos de radioterapia, inmunoterapia, quimioterapia, médium o isótopos.**
- **Hospitalización a consecuencia de la realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una agravación del riesgo.**
- **Hospitalización por lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves, que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio del transporte regular de pasajeros.**
- **Hospitalización por By-pass gástrico o corrección de obesidad, sus consecuencias y/o complicaciones.**
- **Tratamientos médicos proporcionados por personal sin cédula profesional de médico o que los acredite como médicos legalmente autorizados para realizar o proporcionar tratamiento médico y quirúrgico.**

3.5.5.8. Terminación de la cobertura de Apoyo por Hospitalización (PH)

La vigencia de estas coberturas terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- Concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de la cual forma parte esta cobertura
- A la cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado titular
- Al aniversario inmediato posterior de la póliza en el que el Asegurado titular y/o complementario cuente con 65 años, terminará la cobertura del Asegurado que hubiese alcanzado la edad señalada
- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado titular

- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado complementario, terminará únicamente la cobertura del Asegurado complementario fallecido

3.5.6. Cobertura adicional Cuidándote + (CMT para titular y CMCX para complementarios)

La cobertura podrá otorgarse al Asegurado titular de la póliza y máximo a tres asegurados complementarios.

3.5.6.1. Definiciones

Para efecto de la presente cobertura, se considerará como enfermedades cubiertas a cualquiera de los siguientes padecimientos cuya primera ocurrencia se diagnostique mediante certificación médica y los estudios correspondientes dentro del periodo de cobertura.

Enfermedades	Descripción
Diabetes mellitus (cubierta sólo para la indemnización parcial)	Tipo I. Enfermedad crónica de origen autoinmune caracterizada por la destrucción de las células beta del páncreas, lo que ocasiona ausencia de producción de la insulina y elevación de los niveles de glucosa en la sangre. Para efectos de esta cobertura, se considerará mediante una química sanguínea con glucosa ≥ 160 mg/dL y Hemoglobina glucosilada $\geq 7\%$ Tipo II. Enfermedad crónica caracterizada por resistencia a la insulina y/o producción insuficiente de la misma, que provoca elevación persistente de la glucosa en sangre. Para efectos de esta cobertura, se considerará mediante una química sanguínea con glucosa ≥ 160 mg/dL y Hemoglobina glucosilada $\geq 7\%$
Hipertensión arterial (cubierta sólo para la indemnización parcial)	Enfermedad crónica caracterizada por elevación persistente de la presión arterial. Para efectos de la cobertura, se considerará cuando los valores sean $\geq 140/90$ mmHg), correspondiente a hipertensión arterial estadio 2, de acuerdo con los criterios de la American Heart Association (2025).
Insuficiencia cardíaca III y IV	Enfermedad caracterizada por alteración estructural y funcional del corazón. Se considerará: • Clase III: Enfermedad cardíaca que presenta limitación de la actividad física menor a la habitual y asintomático en reposo. • Clase IV: Enfermedad cardíaca caracterizada por la imposibilidad de realizar cualquier actividad física. Puede haber síntomas en reposo.
Bronquitis crónica	Enfermedad respiratoria caracterizada por la inflamación persistente de los bronquios, lo que evita que el flujo de aire que entra y sale de los pulmones sea suficiente, aumento de la producción de secreción y deterioro progresivo de la función respiratoria. Para efectos de la cobertura se considerará con una FEV1 igual o menor a 80%
Epilepsia	Trastorno neurológico crónico caracterizado por la presencia de crisis epilépticas recurrentes secundarias a actividad eléctrica cerebral anormal.
Osteoporosis	Enfermedad crónica y progresiva del sistema óseo caracterizada por disminución significativa de la densidad mineral ósea, lo que genera fragilidad ósea y un aumento del riesgo de fracturas. Para efectos de la cobertura se considerará un T-score de -2.6 o menor

Embolia cerebral y/o pulmonar	Embolia cerebral evento cerebrovascular isquémico causado por la obstrucción del flujo sanguíneo cerebral secundaria a la migración de un émbolo, lo que provoca daño neurológico de instauración súbita. Embolia pulmonar evento tromboembólico agudo caracterizado por la obstrucción de una o más arterias pulmonares por un coágulo, generalmente originado en el sistema venoso profundo, con compromiso respiratorio y riesgo vital a otros órganos.
Esclerosis múltiple	Enfermedad autoinmune crónica del sistema nervioso central (cerebro y médula espinal), caracterizado por desmielinización, que provoca alteraciones neurológicas progresivas de diversa intensidad, incluyendo trastornos motores, sensitivos, visuales y cognitivos.
Cirrosis hepática no alcohólica	Enfermedad caracterizada por la degeneración progresiva de tejido hepático, complicaciones letales secundario a daño hepático crónico de origen no alcohólico, generalmente asociado a esteatohepatitis no alcohólica (EHNA). Lo que conduce a deterioro de la función hepática que puede evolucionar a complicaciones sistémicas.
Hepatitis C	Infección crónica del hígado causada por el virus de la hepatitis C (VHC), transmitida principalmente por contacto con la sangre infectada. Puede evolucionar de una fase aguda a crónica y ocasionar daño hepático progresivo, incluyendo cirrosis, insuficiencia hepática y cáncer de hígado.
Nefritis intersticial	Enfermedad caracterizada por daño renal que puede ocurrir como resultado de múltiples etiologías, manifestándose con un descenso progresivo de la función renal. Puede asociarse a enfermedades autoinmunes, como lupus eritematoso sistémico o síndrome de Sjörgen, o al uso prolongado de medicamentos prescritos.
Infecciones del sistema nervioso central	Procesos infecciosos graves del cerebro y/o médula espinal, incluyendo meningitis, encefalitis y abscesos cerebrales, causados por bacterias, virus, hongos u otros microorganismos.

3.5.6.2. Cobertura de Indemnización Parcial Cuidándote +

MetLife pagará al Asegurado titular y/o complementario una indemnización equivalente al 10% de la Suma Asegurada contratada para la indemnización total de Cuidándote +, si durante la vigencia del contrato y pasando el periodo de espera señalado al Asegurado titular y/o complementario se le diagnostica por el médico especialista tratante legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente al campo de la enfermedad tratada la primera ocurrencia de diabetes Mellitus o hipertensión (sólo uno de los dos eventos será cubierto).

3.5.6.3. Cobertura de Indemnización Total Cuidándote +

Si durante la vigencia del contrato y pasando el periodo de espera señalado, un médico certificado por el consejo de la especialidad correspondiente al campo de la enfermedad tratada diagnostica al Asegurado titular y/o complementario la primera ocurrencia de alguna de las enfermedades cubiertas por esta cobertura, MetLife pagará la Suma Asegurada contratada y señalada para esta cobertura en la carátula de la póliza, en caso de que el Asegurado ya haya reclamado la indemnización parcial de la cobertura Cuidándote +, MetLife pagará la Suma Asegurada remanente contratada para esta cobertura.

3.5.6.4. Pruebas para acreditar la indemnización de la cobertura Cuidándote +

Para determinar la procedencia de la reclamación por una enfermedad, será necesario que:

- Se hayan generado los estudios médicos necesarios para acreditar la enfermedad en cuestión
- El Asegurado presente la certificación médica a MetLife, con la cual acredite la ocurrencia o diagnóstico confirmado de la misma

Documentación mínima requerida para comprobación de diagnóstico:

Documentación	Requisitos
Resumen clínico	Elaborado por el médico especialista tratante, legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente al campo de la enfermedad tratada, que precise con forme al expediente clínico del Asegurado: padecimiento actual, fecha en que se estableció el diagnóstico definitivo (criterios diagnósticos), tratamientos, evolución, pronóstico (anexando la nota de valoración de 1ra vez con dicha especialidad). Así mismo deberá precisar los antecedentes personales patológicos generales contenidos en la historia clínica del expediente.
Estudios clínicos, radiológicos, de laboratorio y/o gabinete	Deberá anexar los resultados de los estudios clínicos, radiológicos, de laboratorio y/o gabinetes practicados al Asegurado que sustenten el diagnóstico base de reclamación de alguno de los padecimientos descritos en estas condiciones generales. Por ejemplo: exámenes de laboratorio (química sanguínea, hemoglobina glucosilada, anticuerpos, enzimas, etc.) y gabinete (ecocardiograma, radiografía de tórax, gasometría arterial, electroencefalograma, tomografía, resonancia magnética, densitometría, ecografías, biopsias, ultrasonido, etc.).

MetLife podrá solicitar los informes médicos, clínicos, radiológicos, histológicos y de laboratorio, o cualquier aclaración relacionada con éstos, los cuales le permitirán determinar la procedencia de la reclamación realizada, por cualquiera de las enfermedades cubiertas.

3.5.6.5. Periodo de espera de la cobertura Cuidándote +

Para todas las enfermedades cubiertas por esta cobertura, el periodo de espera será de 18 meses.

Cada Asegurado complementario estará sujeto a los periodos de espera establecidos, a partir del inicio de vigencia de su cobertura.

3.5.6.6. Edades de aceptación de la cobertura Cuidándote +

Las edades de aceptación para esta cobertura son de 18 a 60 años para el Asegurado titular y de 15 a 60 años para los asegurados complementarios.

3.5.6.7. Beneficiarios de la cobertura Cuidándote +

La indemnización correspondiente de la cobertura del Asegurado titular será pagada al mismo Asegurado. En caso de fallecimiento de éste a consecuencia de la enfermedad, se pagará a los beneficiarios designados para tal efecto, en la cobertura básica de la póliza del seguro.

La indemnización correspondiente a la enfermedad del Asegurado complementarios se pagará al mismo Asegurado complementario. En caso de que éste fallezca a consecuencia de la enfermedad, se pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado complementario.

3.5.6.8. Suma Asegurada de la cobertura de Cuidándote +

La Suma Asegurada que MetLife pagará por esta cobertura adicional es la que se indica en la carátula de la póliza o endoso.

El adelanto de la Suma Asegurada para la indemnización parcial de esta cobertura se pagará una sola vez en caso de diagnóstico de diabetes mellitus o hipertensión. La Suma Asegurada para la indemnización total de esta cobertura se pagará una sola vez en caso de diagnóstico de alguna de las enfermedades cubiertas.

La Suma Asegurada contratada para la cobertura Adicional de Cuidándote + es independiente de la cobertura básica.

3.5.6.9. Exclusiones de la cobertura Cuidándote +

Para efectos de esta cobertura, quedan excluidas:

- **Enfermedades desarrolladas a consecuencia de riña cuando el Asegurado sea el provocador o por su participación activa en alborotos populares**
- **Enfermedades desarrolladas a consecuencia de intento de suicidio o lesión causada a sí mismo, ya sea en estado de cordura o demencia**
- **Enfermedades que sufra el Asegurado ocasionadas 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 de la enfermedad**
- **Enfermedades que sufra el Asegurado ocasionadas por tabaquismo**
- **Enfermedades que sean consecuencia y/o complicación de alguna enfermedad preexistente**
- **Enfermedades que se deriven, sean consecuencia o complicación de enfermedades cubiertas por esta cobertura que no hayan cumplido con el periodo de espera establecido**
- **Padecimientos congénitos**
- **Enfermedades surgidas por riesgos nucleares**
- **Procedimientos de naturaleza preventiva intraarteriales como la angioplastia, la colocación de prótesis endovasculares tipo «stent» y similares**
- **Enfermedades a consecuencia de accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor**

3.5.6.10. Terminación de las coberturas de Cuidándote +

La vigencia de estas coberturas terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- **Concluir la vigencia o la cancelación de la póliza de la cual forma parte esta cobertura**
- **A la cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado titular**
- **Al aniversario inmediato posterior de la póliza en el que el Asegurado titular y/o complementario cuente con 65 años, terminará la cobertura del Asegurado que hubiese alcanzado la edad señalada**
- **Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado titular**

- Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado complementario, terminará únicamente la cobertura del Asegurado complementario fallecido
- Cuando MetLife otorgue el beneficio de exención de pago de primas por invalidez total y permanente, ya que de acuerdo con la definición del numeral 3.3.3 dicho beneficio no ampara ni contempla el pago de las primas correspondientes a la cobertura de Cuidándote+ titular. Sólo permanecerán vigentes las coberturas adicionales de Cuidándote+ para los asegurados complementarios.

4. Apartado cuatro – Cláusulas particulares

4.1. Beneficios de reducción en la edad

4.1.1. Descuentos para mujeres

Este beneficio operará sólo si se indica en la carátula de la póliza. MetLife hace constar que, para efectos de la determinación de primas de la asegurada titular, corresponde a una edad menor en tres años a la edad declarada por la asegurada.

4.1.2. Descuentos para asegurados titulares

Este beneficio operará sólo si se indica en la carátula de la póliza. MetLife hace constar que, para efectos de la determinación de primas de los asegurados titulares para las coberturas de fallecimiento, corresponde una edad menor en dos años a la edad declarada por el Asegurado.

4.2. Costo del seguro

El costo del seguro por concepto de riesgo se determinará con la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza y endosos correspondientes, con base en lo estipulado en el registro del producto ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Para los efectos de esta póliza, el costo del seguro está compuesto por:

- El de la Suma Asegurada por fallecimiento, más
- El de la o las coberturas adicionales contratadas si las hubiere, más
- El inherente a la operación del seguro.

4.3. Fondo de reserva

Todos los pagos de prima que se reciban, incluidos los de las coberturas adicionales que se contraten, menos el costo del seguro, se aplicarán para constituir e incrementar una reserva única que se denominará fondo de reserva. Así mismo, este fondo de reserva se incrementará con los intereses acreditables que correspondan.

El fondo de reserva opera de la siguiente forma: se tomará la reserva anterior acreditando los intereses más el monto de primas pagadas menos los costos del seguro y en su caso los retiros parciales efectuados por el Asegurado.

4.4. Aplicación del fondo de reserva

MetLife acreditará intereses al fondo de reserva que resulte, basándose en valores autorizados, que permitan obtener el mayor rendimiento posible, dentro de la máxima seguridad, pero también con la liquidez necesaria.

El fondo de reserva constituido, incluyendo el interés acreditado generado por este plan, se aplicará:

Como importe adicional a la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza. La indemnización que se pague a los beneficiarios será el importe de la Suma Asegurada que se indique en la carátula de la póliza más el importe del fondo de reserva.

4.5. Retiros del fondo de reserva

Con anterioridad a la terminación de vigencia de la póliza, el Asegurado podrá solicitar:

- El retiro total de su fondo de reserva, dejando de estar en vigor el presente contrato, a partir de la fecha de retiro de dicho fondo
- El retiro parcial de su fondo de reserva, considerando que la vigencia del contrato depende de la suficiencia de dicho fondo

En cualquier caso, MetLife deducirá de la liquidación que corresponda el importe de los gastos en que hubiere incurrido.

El importe máximo de retiro parcial del fondo de reserva está determinado por las políticas operativas de MetLife.

4.6. Detalle de movimientos

En cada aniversario de la póliza, el Asegurado podrá solicitar un detalle de movimientos del fondo de reserva a MetLife, donde se le indicarán todos los movimientos operados en el año precedente, así como el saldo de su fondo de reserva.

El Asegurado dispone de treinta días naturales después de recibir el detalle de movimientos, para solicitar cualquier rectificación en dicho documento. Transcurrido tal plazo se considerará aceptada la información.

4.7. Suma Asegurada por fallecimiento

MetLife pagará el importe de la Suma Asegurada por fallecimiento establecida en la carátula de esta póliza, el de los incrementos aceptados por la aseguradora previamente a la muerte del Asegurado, más el importe que resulte de acuerdo con lo señalado por la cláusula de aplicación del fondo de reserva, menos cualquier costo del seguro que no haya sido cubierto, dentro del plazo de 30 días siguientes a que MetLife reciba las pruebas del fallecimiento.

En caso de supervivencia del Asegurado titular al término del plazo del seguro contratado, MetLife pagará al Asegurado el fondo de reserva.

4.8. Liquidación de gastos funerarios

Para las coberturas de gastos funerarios, se podrá hacer la reclamación de pago con la sola presentación del acta de defunción, MetLife pagará a los beneficiarios designados la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

No obstante, cuando no se cuente con el acta de defunción y mediante la presentación del certificado de defunción debidamente requisitado, MetLife podrá anticipar, a los beneficiarios designados, el pago de 40% de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura y el 60% restante podrá reclamar con la presentación del acta de defunción.

4.8.1. Opciones de liquidación para la cobertura de Gastos Funerarios

Aplicable únicamente a la cobertura de Gastos Funerarios titular (GFA), Gastos Funerarios Cónyuge (GFC), Gastos Funerarios Hijos (GFH) y Gastos Funerarios Complementario (GFX).

Habiendo ocurrido el fallecimiento del Asegurado dentro del periodo de vigencia de la póliza, la reclamación correspondiente a la cobertura de gastos funerarios podrá realizarse de acuerdo con cualquiera de las siguientes opciones:

4.8.1.1. Servicio de asistencia funeraria

La Suma Asegurada contratada para la cobertura de Gastos funerarios y que se presenta en la carátula de la póliza, se aplicará en primera instancia para realizar el pago del servicio de asistencia funeraria cuando el mismo sea solicitado.

El servicio de asistencia funeraria se prestará a través del proveedor que MetLife tenga convenido al momento de ocurrir el evento. Cuando el servicio de asistencia funeraria sea solicitado, MetLife pagará el monto del gasto total del evento directamente al proveedor y reducirá en la parte correspondiente la Suma Asegurada de la cobertura de Gastos Funerarios.

Si al momento de hacer uso de la asistencia funeraria, los beneficiarios deciden realizar modificaciones al paquete de servicios funerarios convenido con el proveedor y esta modificación afecta el costo del servicio, MetLife responderá únicamente por lo convenido con el proveedor, quedando a cargo de los beneficiarios el pago de cualquier excedente que corresponda al gasto del evento.

Si la Suma Asegurada contratada para la cobertura de Gastos Funerarios es superior al monto del gasto total del evento, el remanente será pagado a los beneficiarios designados de acuerdo con los porcentajes establecidos en la designación de beneficiarios.

Por tratarse de una necesidad apremiante, el servicio de asistencia funeraria otorgado no implica la aceptación ni procedencia del siniestro, ya que estas se encuentran sujetas a la valoración correspondiente de la documentación completa al presentarse la reclamación de la cobertura de vida; para ello se sujetará a la investigación y el procedimiento legal que corresponda a fin de determinar la procedencia del siniestro por fallecimiento. En caso de que el siniestro sea improcedente MetLife se reserva el derecho de acción correspondiente.

Al encontrarse el costo del servicio de asistencia funeraria sujeto a fluctuaciones comerciales y actualizaciones sin previo aviso, el servicio estará sujeto a que la Suma Asegurada contratada para la cobertura de Gastos Funerarios sea suficiente para cubrir el costo del servicio de asistencia funeraria al momento de la reclamación.

En caso de no utilizar el servicio de asistencia funeraria, o en el caso de que el servicio no sea autorizado, por ser insuficiente el monto de la Suma Asegurada de la cobertura de Gastos Funerarios, los beneficiarios deberán realizar la reclamación del pago de la Suma Asegurada correspondiente a la cobertura de Gastos Funerarios de acuerdo con lo que se establece en el siguiente inciso.

Los servicios de Asistencia funeraria que el proveedor podrá proporcionar son los siguientes:

Para Inhumación

- Asesoría y coordinación vía telefónica.
- Recolección del cuerpo
- Servicio de embalsamado
- Arreglo estético del cuerpo
- Sala de velación

El servicio también puede otorgarse a domicilio, sin costo adicional

- Ataúd metálico
- Gestión de tramites
- Traslado en carroza para inhumación
- Asesoría jurídica testamentaria vía telefónica
- Servicio de tanatología

En área metropolitana es en directo, para el interior de la república la consulta telefónica

Para cremación

- Asesoría y coordinación vía telefónica.
- Recolección del cuerpo
- Ataúd para velación
- Arreglo estético del cuerpo
- Sala de velación

El servicio también puede otorgarse a domicilio, sin costo adicional

- Servicio de cremación

- Una urna
- Gestión de tramites
- Asesoría jurídica testamentaria vía telefónica
- Servicio de tanatología

En área metropolitana es en directo, para el interior de la república la consulta telefónica

4.8.1.2. Pago de la Suma Asegurada

De ser requerido así por los beneficiarios y tomando esta opción, el pago de la Suma Asegurada para la presente cobertura se efectuará una vez que se realice la reclamación correspondiente en las oficinas de MetLife o de sus representantes para tales efectos y se presente la documentación completa para la reclamación de pago de la Suma Asegurada. El monto de la Suma Asegurada se establece en la carátula de la póliza y MetLife pagará directamente a los beneficiarios designados la Suma Asegurada de la cobertura de Gastos Funerarios de acuerdo con los porcentajes establecidos en la designación de beneficiarios.

5. Apartado cinco – Cláusulas generales

5.1. Contrato de seguro

Esta póliza y sus endosos, la solicitud de seguro y sus anexos, así como los recibos de pago de primas, constituyen prueba de este contrato celebrado entre MetLife y el Asegurado, que sólo podrá ser modificado mediante consentimiento previo de las partes contratantes y haciéndose constar por escrito mediante endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

5.2. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato ya sean por parte del Asegurado o MetLife, se efectuarán en Moneda Nacional, ajustándose a las disposiciones de la Ley Monetaria vigentes a la fecha de pago.

5.3. Fecha de inicio de vigencia

Se encuentra señalada en la carátula de la póliza y será la fecha a partir de la cual entrará en vigor las coberturas contratadas.

5.4. Vigencia del seguro

Es la duración de la póliza, la cual está estipulada en la carátula de la póliza o en los endosos contratados.

La póliza permanecerá en vigor mientras se cumpla con el plan de pago de primas estipulado y el importe del fondo de reserva no se agote.

5.5. Terminación del seguro

La póliza cesará en sus efectos 30 días naturales después de que el fondo de reserva no haya sido suficiente para cubrir el importe del costo del seguro correspondiente a un mes.

5.6. Cancelación del seguro

El contrato terminará sin obligación posterior para MetLife por cualquiera de las siguientes causas:

A petición del Contratante y/o Asegurado: El Contratante y/o Asegurado podrán solicitar la cancelación o terminación anticipada del contrato en cualquier momento, previa solicitud por escrito presentada y acusado de recibido en las oficinas de MetLife o en las oficinas de cualquiera de sus promotorías (representantes para tales efectos), para ello el Asegurado titular deberá identificarse con identificación oficial.

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. Y MetLife emitirá el documento correspondiente.

En caso de que el Contratante y/o Asegurado decidan dar por terminado el presente contrato en forma anticipada, el Contratante tendrá derecho a recibir el saldo del fondo de reserva con que cuente al momento de la cancelación, dicha cantidad será entregada en un plazo máximo de 30 días posteriores a su solicitud.

5.7. Rehabilitación

Mediante presentación de pruebas de asegurabilidad a MetLife, el Contratante podrá dentro de los 365 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.

En caso de que MetLife acepte la rehabilitación de este contrato de seguro deberá notificarlo por escrito al Asegurado titular, indicándole si es el caso, la cantidad necesaria que por concepto de primas o intereses deberá pagar para restablecer su seguro.

5.8. Pago de primas

Para efectos de este contrato, las primas serán las señaladas en el apartado 2.11. Prima total.

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”.

El Asegurado debe pagar la prima de cada cobertura contratada a partir de la fecha de inicio de vigencia y en los plazos de pago estipulados.

Cuando una cobertura se cancela por la ocurrencia del siniestro la prima correspondiente a la cobertura siniestrada se seguirá cobrando y se considerará como una aportación adicional realiza por el Asegurado, de tal manera que la prima total se mantendrá sin cambio.

El plan de pago de primas estipulado en la presente póliza es suficiente para garantizar las sumas aseguradas de las coberturas amparadas establecidos en la carátula, con base en la edad declarada y la clasificación de riesgo del Asegurado, siempre que se cumpla con dicho plan de pago y no se hayan realizado retiros parciales del fondo de reserva.

Las primas estipuladas se pagarán con la periodicidad convenida entre MetLife y el contratante. En todo caso, si se deja de hacer el pago de la prima, se aplicará lo establecido por las cláusulas “vigencia del seguro” y “terminación del seguro”.

En caso de que se convenga el pago de las primas por conducto de la dependencia, entidad o empresa en que preste sus servicios el Asegurado, con cargo a su salario, se considerarán pagadas en la fecha en que dicha prima ingrese a MetLife.

El recibo, cargo o deducción que aparezca en el respectivo recibo de nómina será el documento para acreditar el pago de la prima.

Si por la mecánica de administración de pagos convenida se opta por cargo a cuenta bancaria, el estado de cuenta donde aparezca el cargo de primas será prueba suficiente del pago de esta.

En el evento de que no se inicie o se suspenda por cualquier motivo dicha facilidad de pago, el Asegurado tendrá la obligación de cubrir la prima directamente a MetLife.

5.9. Periodicidad de pago

El Asegurado puede optar por liquidar la prima anual de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral. Si el Asegurado 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, aplicándose la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada entre el Asegurado y MetLife en la fecha de la celebración del contrato.

En caso de que el Asegurado optare por liquidar sus primas mediante descuentos en su nómina, tendrá la obligación de verificar que el descuento se encuentra incluido en sus recibos de pago, en caso de que no aparezca deberá comunicarlo por escrito, dentro de los siguientes 15 días naturales.

5.10. Omisiones o inexactas declaraciones

El Asegurado está obligado a declarar por escrito a MetLife, todos los hechos importantes indicados en la solicitud, examen médico y cuestionarios adicionales, para la apreciación del riesgo, que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como las conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato. La omisión o inexacta declaración de tales hechos facultará a MetLife para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

5.11. Indisputabilidad

Este contrato de seguro será indisputable después de haber transcurrido un lapso de dos años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación, durante el cual MetLife se reserva el derecho de investigar la presencia de omisiones o inexactas declaraciones en la celebración del contrato de seguro respectivo, por lo que transcurrido dicho plazo MetLife renuncia al derecho que le confiere la Ley Sobre el Contrato de Seguro para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiere incurrido el Asegurado.

Así mismo, si con posterioridad al inicio de vigencia de la póliza o de su última rehabilitación el Asegurado presenta pruebas de asegurabilidad para cualquier incremento de Suma Asegurada, dicho incremento será indisputable después de transcurridos los primeros dos años contados a partir de la fecha de su contratación, aplicándose lo mencionado en el párrafo anterior.

5.12. Modificaciones y notificaciones

El Contratante deberá solicitar por escrito cualquier modificación a su póliza y sólo tendrán validez las modificaciones pactadas expresamente entre ambas partes (Contratante y MetLife), y que consten por escrito en la póliza, o mediante endosos a la misma registrados previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por MetLife carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

En los términos de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, a continuación, se transcribe el artículo 25 de esta Ley:

“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”.

5.13. Cambio de condiciones

En cualquier momento, dentro de la vigencia de la póliza, el Asegurado podrá solicitar la modificación de:

- La forma de pago de las primas
- El importe de las primas
- La Suma Asegurada
- El plazo del seguro
- Coberturas adicionales contratados

En cualquier caso, se establecerá un nuevo plan de pago de primas.

Los incrementos en la Suma Asegurada, que no estén previstos de manera automática, al igual que la contratación de coberturas adicionales, estarán sujetos a que el Asegurado presente pruebas de asegurabilidad a satisfacción de MetLife.

5.14. Actualización de la operación del seguro

La operación del presente seguro atenderá en todo momento las disposiciones legales vigentes, por lo que los términos contratados se sujetarán automáticamente a los cambios de la Ley o normatividad que apliquen al seguro.

5.15. Carencia de restricciones

Este contrato no se afectará por razones de cambio de residencia, viajes y estilo de vida del Asegurado, posteriores a la contratación de la póliza, en lo que se refiere a las coberturas por fallecimiento correspondientes a:

- Cobertura Básica por Fallecimiento (BAS)
- Cobertura Adicional de Pago por Fallecimiento Temprano (PFT)
- Cobertura Adicional de Gastos Funerarios del Asegurado (GFA)
- Cobertura Adicional de Pago Anticipado por Enfermedad en Fase Terminal (ET)
- Cobertura Adicional de Garantía Escolar (GE)
- Cobertura Adicional Conyugal (BACY)
- Cobertura Adicional de Gastos Funerarios Cónyuge (GFC)
- Cobertura Adicional Complementario (BAC)
- Cobertura Adicional de Gastos Funerarios Hijos (GFH)
- Cobertura Adicional de Gastos Funerarios Complementario (GFX)

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.

5.16. Agravación de riesgo

I. Cese de obligaciones:

MetLife cesará sus obligaciones si ocurre una agravación esencial del riesgo, conforme a los Artículos 52 y 53, Fracción I de la Ley del Contrato de Seguro.

II. El Asegurado debe informar sobre agravaciones en un plazo de 24 horas. La omisión o provocación intencional resultará en la extinción de las obligaciones de MetLife.

III. Definición de agravación esencial:

- Cualquier cambio que afecte significativamente la evaluación del riesgo.
- El Asegurado es responsable por agravaciones causadas por terceros.

IV. Casos específicos:

- Dolo o mala fe: El Asegurado pierde cualquier prima anticipada.
- Omisión de información: MetLife no será responsable si se ocultan o distorsionan hechos para inducir a error.
- Participación en actividades ilícitas: Si el contratante, asegurado o beneficiario incurre en delitos, MetLife consignará los montos a la autoridad competente.

5.17. 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, es decir cuando se reciba una remuneración económica o en especie por la práctica de algún deporte 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 omitiere 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).

Si dicha agravación no tiene influencia sobre el siniestro o sobre la extensión de sus prestaciones, aun y cuando no se realice la notificación antes señalada, MetLife no podrá aplicar lo establecido en el párrafo anterior. (Artículo 55 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).

5.18. Edad del Asegurado

Para efectos de este contrato, se considera como edad del Asegurado la que haya alcanzado en su aniversario inmediato anterior a la fecha de inicio de vigencia. La fecha de nacimiento del Asegurado deberá comprobarse legalmente antes o después de su fallecimiento una sola vez cuando MetLife lo solicite y hará constar ya sea en la póliza o en cualquier otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

Cobertura	Edad mínima de contratación	Edad máxima de contratación
Cobertura Básica por Fallecimiento	18	80
Cobertura adicional Complementario	15	80
Cobertura adicional Conyugal	15	80
Cobertura adicional de Cirugías complementarios	18	60
Cobertura adicional de Cirugías Titular	18	60
Cobertura adicional de Gastos Funerarios Complementario	15	80
Cobertura adicional de Gastos Funerarios Cónyuge	15	80
Cobertura adicional de Gastos Funerarios del Asegurado	18	80
Cobertura adicional de Gastos Funerarios Hijos	0	24
Cobertura adicional de Indemnización por Invalidez Total y Permanente	18	55
Cobertura adicional por Cáncer Complementarios	0	65
Cobertura adicional por Cáncer Titular	18	65
Cobertura adicional por Muerte Accidental	18	65
Cobertura adicional por Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas	18	65
Cobertura de Accidentes Personales complementarios	0	55
Cobertura de Accidentes Personales Titular	18	55
Cuidándote + Complementarios	15	60
Cuidándote + Titular	18	60
Enfermedades Graves Complementarios	18	55
Enfermedades Graves Titular	18	55
Exención de pago de primas por invalidez	18	55
Garantía Escolar	18	70
Cobertura adicional de Apoyo por Hospitalización Complementario	1	60
Cobertura adicional de Apoyo por Hospitalización Titular	18	60

Los límites de admisión fijados por MetLife son de 18 años como mínimo y de 80 como máximo.

Es 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, reduciéndose la obligación de MetLife a pagar el fondo de reserva disponible a la fecha de terminación del seguro.

De acuerdo con el artículo 172 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro:

Artículo 172.- Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
- II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;
- III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y
- IV. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

5.19. Suicidio

En caso de suicidio del Asegurado dentro de los dos primeros años de la celebración de este contrato o de su última rehabilitación, la obligación de MetLife se limitará al reembolso del fondo de reserva, disponible en la fecha de fallecimiento.

Cualquier incremento en la Suma Asegurada o en las coberturas incluidas, convenido con posterioridad a la fecha de su celebración será nulo en caso de suicidio del Asegurado, antes de cumplirse dos años de la fecha en que fue aceptado tal incremento o inclusión de coberturas por MetLife, limitándose la obligación de ésta al reembolso de la parte del fondo de reserva correspondiente a dicho incremento o inclusión de coberturas.

5.20. Exclusión por estado de ebriedad

La aseguradora no pagará la Suma Asegurada ni asumirá responsabilidad alguna por siniestros ocurridos cuando el asegurado, al momento del accidente, presente una concentración de alcohol en sangre superior a 0.8 gramos por litro (g/L) o su equivalente en aire espirado superior a 0.4 miligramos por litro (mg/L). Dichos niveles se considerarán como un estado completo de ebriedad, lo cual constituye una exclusión expresa de cobertura bajo esta póliza.

5.21. Exclusión por exceso de velocidad

La aseguradora no será responsable del pago de la Suma Asegurada derivada de esta póliza cuando el accidente ocurra mientras el asegurado conducía un vehículo excediendo los límites de velocidad establecidos en el reglamento de tránsito aplicable a la vía específica y estado o demarcación en donde ocurrió el siniestro. Esta exclusión aplica independientemente de que el exceso de velocidad haya sido la causa directa o indirecta del accidente.

5.22. Indemnizaciones

Tan pronto como el Asegurado o el beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del beneficio generado a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de MetLife.

El Asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito, salvo caso fortuito y de fuerza mayor, debiendo dar el aviso en cuanto cese uno u otro.

MetLife 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 con oportunidad las circunstancias del siniestro.

MetLife tendrá el derecho de exigir del Asegurado o beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias de este. En caso de requerirlo, MetLife se reserva el derecho de solicitar documentación e información adicional de acuerdo con lo ordenado por el artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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, contados a partir de que MetLife reciba la documentación e información completa que acrediten la realización del siniestro. En consecuencia, mientras no se proporcione la documentación e información solicitada, MetLife no tendrá la obligación de cubrir la Suma Asegurada correspondiente.

Las obligaciones de MetLife quedarán concluidas 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 que para este fin solicite MetLife.

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

5.23. Indemnización por mora

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

5.24. Deducciones

Cualquier adeudo derivado de esta póliza, será deducido de la liquidación que proceda de acuerdo con el artículo 33 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

5.25. Beneficiarios

El Asegurado podrá hacer designación de beneficiarios mediante notificación por escrito a MetLife. En el supuesto de que la notificación de que se trata, no se reciba oportunamente y MetLife pague el importe del seguro al último beneficiario de que haya tenido conocimiento, quedando liberada de sus obligaciones si paga con base en la designación de beneficiarios más reciente, realizada conforme a estas condiciones.

El Asegurado, aún en el caso de que haya designado en la póliza a un tercero como beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho de actualizar la designación de beneficiarios durante la vigencia de la póliza.

El Asegurado puede renunciar al derecho que tiene de cambiar de beneficiario, si así lo desea, haciendo una designación irrevocable, y deberá comunicarlo al beneficiario y a MetLife, dicha renuncia deberá hacerse constar en la póliza y esta circunstancia será el único medio de prueba admisible.

Cuando no exista beneficiario designado o si sólo se hubiera nombrado uno y éste fallece antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no exista designación de otro beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renunciado al derecho de revocar la designación de beneficiarios.

El Asegurado debe designar a sus beneficiarios en forma clara y precisa. Cuando existan varios beneficiarios, el monto de la Suma Asegurada correspondiente al beneficiario que fallezca antes o al mismo tiempo que el Asegurado, incrementará por partes iguales la Suma Asegurada de los demás beneficiarios, salvo estipulación en contrario.

En el caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización. Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que debe designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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

Para el caso de un seguro recíproco, a la muerte del Asegurado titular, la Suma Asegurada se pagará al cónyuge o hijo mayor de edad del Asegurado titular, según corresponda. En caso de fallecimiento del Asegurado complementario recíproco la Suma Asegurada se pagará al Asegurado titular.

5.26. Prescripción

Todas las acciones que se deriven de esta póliza de seguro, tratándose de la cobertura de fallecimiento, prescribirán en cinco años, en tanto que en los demás casos prescribirán en dos años. En ambos casos, los plazos serán 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 siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

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

5.27. Competencia

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 55 5328 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 55 5328-9002 o lada sin costo en el 800-907-1111, en el correo electrónico unidadespecializada@metlife.com.mx o en la dirección Avenida Insurgentes Sur número 1457, pisos 7 al 14, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920.

También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en los teléfonos 55 5340-0999 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. Así mismo, será competente el Juez del domicilio de las delegaciones de la CONDUSEF.

5.28. Derecho del Contratante para conocimiento del porcentaje de intermediación

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

5.29. 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.

5.30. Entrega de condiciones generales

Las condiciones generales del seguro contratado serán entregadas en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de la fecha de contratación, a través del medio elegido por el Contratante y/o Asegurado, mismos que podrán ser de forma física o electrónica en formato PDF (Portable Document Format) en el correo electrónico designado al momento de la contratación.

Referencias legales

Ley Sobre el Contrato de Seguro

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

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

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

Artículo 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 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 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.

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:

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;

Contará con personal en cada entidad federativa en que la institución financiera tenga sucursales u oficinas;

Los gastos derivados de su funcionamiento, operación y organización correrán a cargo de las instituciones financieras;

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

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.

Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas

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

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;

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

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;

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;

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;

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:

Los intereses moratorios;

La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y

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

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.

Artículo 492.- Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:

Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y

Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:

Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:

El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;

La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;

La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y

Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.

Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.

La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.

Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.

La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.

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:

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.

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: El delito sea cometido en contra de un bien inmueble de acceso público;

Se genere un daño o perjuicio a la economía nacional, o
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:

Del Código Penal Federal, los siguientes:

Terrorismo, previstos en los artículos 139, 139 Bis y 139 Ter;

Sabotaje, previsto en el artículo 140;

Terrorismo Internacional, previsto en los artículos 148 Bis, 148 Ter y 148 Quáter;

Ataques a las vías de comunicación, previstos en los artículos 167, fracción IX, y 170, párrafos primero, segundo y tercero, y

Robo, previsto en el artículo 368 Quinquies.

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 partícipe 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:

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.

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 concurren 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 fuere 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, adquiere, recibe 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;

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

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;

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

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:

Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines;

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

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:

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

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.

Circular Única de Seguros y Fianzas

4.6.4. Los estados de cuenta deberán emitirse por periodos que no excedan de tres meses, a través de medios electrónicos o en papel impreso. En caso de que la entrega se realice por medios electrónicos, se deberá también remitir en papel impreso cuando menos semestralmente.

A solicitud de los interesados, se podrá establecer que, en sustitución de la obligación referida en el párrafo anterior, pueda consultarse el citado estado de cuenta a través de cualquier otro medio que al efecto se acuerde entre las partes. La Institución de Seguros deberá mantener en sus expedientes la evidencia de dicha solicitud.

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 10 de agosto 2026, con número CNSF-S0034-0039-2026/CONDUSEF-007125-05.



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

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

Horarios de atención:

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

Viernes de 8:00 a 14:00 horas.

Centros de servicio

CDMX Reforma

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

CDMX Universidad

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

Guadalajara

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

Monterrey

Miguel Hidalgo número 330, Plaza Comercial
Centro Cuauhtémoc Local A01-B, Colonia Centro,
Monterrey, Nuevo León. Código postal 64000
Entre calle Pino Suárez y calle Cuauhtémoc
San Pedro Garza García, Nuevo León

Cuernavaca

Avenida Río Mayo número 1207 y 1209,
Plaza Vista Hermosa Local 7 y 8,
Colonia Vista Hermosa,
Código postal 62290
Cuernavaca, Morelos

Toluca

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

Puebla

Circuito Juan Pablo II #3515.,
Centro Comercial El Triángulo, Local L1-A.,
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