

Círculos de Protección

Accidentes personales grupo

Condiciones generales

Contenido

1. Definiciones	1
2. Coberturas	4
2.1. Muerte Accidental	4
2.2. Indemnización adicional por Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre o Acuático	5
2.3. Indemnización adicional por Muerte Accidental en Transporte Aéreo	5
2.4. Pérdidas Orgánicas	5
2.5. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	6
2.6. Reembolso de Gastos Funerarios	6
2.7. Reembolso de Gastos Funerarios por Accidente	6
2.8. Indemnización Diaria por Hospitalización	7
2.8.1. Por accidente	7
2.8.2. Por enfermedad	7
2.8.3. Por enfermedad específica	7
2.8.3.1. Neoplasia maligna (cáncer general)	7
2.8.3.2. Cáncer de próstata	7
2.8.3.3. Cáncer cérvico uterino	7
2.8.3.4. Cáncer de mama	8
2.8.3.5. Infarto	8
2.9. Invalidez total y permanente por accidente	8
2.10. Fractura de huesos	9
2.11. Indemnización por Diagnóstico de Graves Enfermedades	10
2.11.1. Infarto al miocardio	10
2.11.2. Cirugía coronaria	10
2.11.3. Infarto y/o hemorragia cerebral	11
2.11.4. Insuficiencia renal crónica	11
2.11.5. Parálisis de las extremidades	12
2.11.6. Trasplante de un órgano vital	12
2.11.7. Quemaduras graves	12
2.11.8. Cirugía reconstructiva por quemadura grave	13
2.11.9. Esclerosis múltiple	13
2.11.10. Distrofia muscular	13
2.11.11. Ceguera	14
2.11.12. Mudez	14

2.11.13. Sordera	15
2.12. Coberturas de Cáncer	15
2.12.1. Indemnización por Diagnóstico de Neoplasia Maligna	15
2.12.2. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer Específico	16
2.12.2.1. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer Cérvico Uterino	16
2.12.2.2. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Próstata	17
2.12.2.3. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Mama	17
2.12.3. Reembolso por Intervenciones Quirúrgicas por Cáncer	18
2.12.4. Reembolso por Cirugía Reconstructiva por Cáncer	18
2.12.5. Indemnización por Prótesis por Cirugía radical de Cáncer de Mama	19
2.12.6. Indemnización por Diagnóstico de Neoplasia Maligna Terminal (cáncer)	19
2.13. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente Dental	19
2.14. Indemnización por Diagnóstico de Diabetes Infantil	19
2.15. Indemnización por Diagnóstico de Leucemia	20
2.16. Indemnización por Diagnóstico de Hemiplejia, Paraplejia, Cuadriplejia, Tetraplejia por Accidente	21
2.17. Indemnización por Diagnóstico del mal de Alzheimer	21
2.18. Indemnización por Diagnóstico del mal de Parkinson	22
2.19. Cobertura a corto plazo	24
3. Disposiciones generales	24
4. Registro de asegurados y administración de la póliza	24
5. Certificados individuales	26
6. Obligaciones del Contratante	26
7. Altas de asegurados	27
8. Baja de asegurados	27
9. Cambio de Contratante	27
10. Periodo de cobertura	27
11. Moneda del contrato	29
12. Periodo de carencia	29
13. Forma de pago de la Suma Asegurada contratada	29
14. Dividendos	30
15. Aviso de siniestro	31
16. Pruebas	31
17. Edades de contratación	31
18. Primas	32

19. Periodo de gracia	32
20. Designación de beneficiarios	32
21. Comprobación del siniestro	33
22. Impuestos, tasas y contribuciones	33
23. Domicilio	33
24. Prescripción	33
25. Renovación automática	34
26. Competencia	34
27. Indemnización por mora	34
28. Rehabilitación	36
29. Identificación de los asegurados	36
30. Duplicado de póliza	36
31. Exclusiones	36
32. Etapas médicas de cáncer	39
33. Comisiones o compensaciones	40

Condiciones generales del seguro “Círculos de Protección Integral para Colectividades para Accidentes Personales y Graves Enfermedades”

MetLife Más, S.A. de C. V., en adelante MetLife Más, emite la presente póliza sobre la persona del Asegurado, basándose en las declaraciones efectuadas por el Contratante y/o el Asegurado de la póliza. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente contrato de seguro, son las siguientes:

1. Definiciones

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta póliza de seguro, pudiendo ser en femenino o masculino, plural o singular y si se trata de verbo, en cualquier conjugación.

Accidente

Se entiende por accidente todo suceso imprevisto, involuntario, repentino y fortuito, causado por medios externos y de un modo violento que afecte el organismo del Asegurado, ocasionándole una o más lesiones que se manifiestan por contusiones o heridas visibles y también los casos de lesiones internas o inmersión reveladas por los exámenes correspondientes. **No se consideran como accidentes los hechos que sean consecuencia de ataques cardíacos, epilépticos, enfermedades vasculares, dolores de espalda crónicos, trastornos mentales, desvanecimientos, sonambulismo o cualquier otro evento no accidental que sufra el Asegurado.**

Asegurado

Es toda aquella persona física que se encuentra amparada por la presente póliza y que aparece señalada como tal en el certificado respectivo.

Metlife Más

MetLife Más, S.A. de C. V., quien otorga las coberturas contratadas y que será la responsable del pago de los beneficios estipulados en la póliza.

Beneficiario

Es la persona(s) designadas en la póliza, como titular del derecho a la indemnización que en ella se establece. Su designación debe ser expresa y de libre nombramiento.

Contratante

Es la persona física o moral que suscribe con MetLife Más una póliza de seguro y es responsable ante MetLife Más de pagar la prima correspondiente y de informar todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo materia del seguro.

Colectividad asegurada

Cualquier conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro, designadas por el Contratante como asegurados y que cumplen con los requisitos de elegibilidad de MetLife Más.

Dependientes

Son los hijos solteros del Asegurado menores de veinticinco (25) años de edad, económicamente dependientes de éste último, así como el cónyuge del Asegurado.

Dientes naturales sanos

Son aquellas piezas dentales desarrolladas por el cuerpo humano que no han sufrido ningún tipo de tratamiento odontológico de tipo curativo o restaurador previo (ejemplo aplicación de incrustación, endodoncia, etc.)

Endoso

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

Enfermedad

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo, con relación al organismo que amerite tratamiento médico o quirúrgico. Para efectos del presente contrato de seguro, se considerara como enfermedad, cualquiera de las enfermedades indicadas en las coberturas descritas en el apartado correspondiente.

Enfermedad congénita

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

Exclusiones

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

Fecha de inicio de vigencia

Es la fecha que aparece en la carátula de la póliza, a partir de la cual comienzan los beneficios de la póliza contratada.

Fractura

Es la pérdida de la continuidad del tejido óseo que debe ser diagnosticado por un médico con cédula profesional y soportado por estudios radiológicos. Para su reducción podrán utilizarse dos tipos de tratamiento: (i) tratamiento quirúrgico y (ii) tratamiento no quirúrgico.

Fractura con tratamiento quirúrgico

Es aquella fractura que requiere cirugía para su reducción.

Fractura con tratamiento no quirúrgico

Es aquella fractura que no requiere cirugía para su reducción, entonces el manejo será conservador.

Gasto Usual y Acostumbrado (GUA)

Se entenderá como Gasto Usual y Acostumbrado, el costo máximo admisible para un tratamiento o procedimiento médico. El GUA será establecido con base al tipo de tratamiento o cirugía, al hospital y a la localidad en donde se lleve a cabo la atención médica.

Ley

Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Padecimientos preexistentes

1. Se entenderá por padecimientos preexistentes, aquellos que presenten una o varias de las características siguientes:

- a) Cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado antes de la fecha de alta del Asegurado dentro de la póliza.
- b) En los que se haya realizado un diagnóstico médico previo al inicio de cobertura del Asegurado bajo la póliza.

- c) Cuyos síntomas y/o signos no hayan podido pasar desapercibidos, debiendo manifestarse antes del inicio de la vigencia de la póliza.

Para tales efectos se entenderá como signo, cada una de las manifestaciones de una enfermedad que se detecta objetivamente mediante exploración médica. Síntoma, es el fenómeno o anormalidad subjetiva que revela una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

El criterio que se seguirá para considerar que una enfermedad haya sido aparente a la vista o que por sus síntomas o signos, éstos no pudieran pasar desapercibidos, será el que un médico tratante determine mediante un diagnóstico o tratamiento o el desembolso para la detección o tratamiento previo a la celebración del contrato.

2. MetLife Más sólo podrá rechazar una reclamación por un padecimiento preexistente cuando cuente con las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento, 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.
- b) Cuando MetLife Más cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al Asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso, el resumen del expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.
- c) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

3. A efecto de determinar en forma objetiva y equitativa la preexistencia de enfermedades y/o padecimientos, MetLife Más, como parte del procedimiento de suscripción, podrá requerir al Asegurado que se someta a un examen médico.

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

4. En el caso de que el Asegurado manifieste la existencia de una enfermedad y/o padecimiento ocurrido antes de la celebración del contrato, MetLife Más podrá aceptar el riesgo declarado.

5. El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de MetLife Más, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. MetLife Más acepta que si el Asegurado acude a esta instancia se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vinculará al Asegurado y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.

En este caso, se estará al laudo emitido por arbitraje que se lleve a cabo ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, de acuerdo al procedimiento establecido por dicha institución. El laudo que sobre el particular se emita vinculará a las partes para su cumplimiento y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

Este procedimiento no tendrá costo alguno para el Asegurado y en caso de existir será liquidado por MetLife Más.

Periodo de gracia

Es el plazo otorgado por MetLife Más para el pago de la prima, dentro del cual se otorga cobertura, aun cuando no se hubiere pagado la misma prima que se deducirá del beneficio a pagar si ocurriera el siniestro durante este lapso.

Periodo de carencia

Es el plazo durante el cual no tienen efecto los beneficios de una cobertura, aplica únicamente para pólizas nuevas.

Póliza y/o contrato

Es el documento que funge como contrato de seguro y lo forman las condiciones generales, la carátula de la póliza, la solicitud de seguro, los certificados individuales, los consentimientos, endosos y las cláusulas adicionales que se agreguen, los cuales constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el Contratante y MetLife Más, donde se establecen los términos y condiciones del seguro contratado.

Prima

Es el valor determinado por MetLife Más, que el Contratante deberá pagar como contraprestación por las coberturas de seguro contratadas.

RSGyC

Se refiere al Reglamento de Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades.

Suma Asegurada

Es la cantidad máxima establecida en la carátula de la póliza para cada una de las coberturas, por la que tendrá responsabilidad MetLife Más, en caso de proceder la reclamación.

Suma Asegurada Máxima sin requisitos

Es la cantidad máxima establecida de acuerdo a las políticas de suscripción, que no requiere requisitos de asegurabilidad.

Deducible

Monto con el cual participa el Asegurado en cada evento, el cual se establece en el certificado individual de la póliza y puede estar determinado por una cantidad fija, número de días o porcentaje.

Terrorismo

Los actos de una persona o personas que por sí mismas, o en representación de alguien o en conexión con cualquier organización, realicen actividades por la fuerza, violencia o por la utilización de cualquier otro medio con fines políticos, religiosos, ideológicos, étnicos o de cualquier otra naturaleza, destinados a influenciar o presionar al gobierno para que tome una determinación, o tratar de menoscabar la autoridad del estado; ocasionando lesiones o la muerte de una o varias personas.

Vigencia

Es la duración de la póliza, la cual está estipulada en la carátula de la póliza.

2. Coberturas

El presente contrato de seguro está integrada por las coberturas incluidas expresamente, conforme a lo indicado en la carátula de la póliza y/o el certificado individual correspondiente, pudiendo ser contratadas de manera independiente o en conjunto, esto es, se incluyen en condiciones generales los textos y términos de los beneficios contratados por el Asegurado y las cláusulas generales aplicables a dichos beneficios.

La póliza brinda cobertura en el ámbito nacional e internacional y durante las veinticuatro (24) horas del día.

La responsabilidad máxima de MetLife Más para las coberturas contratadas será por la Suma Asegurada que se indique en cada una de ellas, de acuerdo a lo siguiente:

2.1. Muerte Accidental

MetLife Más pagará a los beneficiarios, la Suma Asegurada señalada para esta cobertura en el certificado individual, si el fallecimiento del Asegurado se produce a consecuencia directa e inmediata de un accidente ocurrido durante la vigencia de este seguro. Se entenderá como fallecimiento inmediato aquél que ocurra a más tardar dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes después de ocurrido el accidente.

Es condición esencial para que surja la responsabilidad de MetLife Más, que la muerte sobreviniente sea consecuencia directa de las lesiones originadas por el accidente.

MetLife Más cubrirá la consecuencia de muerte que pueda resultar de accidente sobrevenido al tratar de salvar vidas humanas.

2.2. Indemnización adicional por Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre o Acuático

MetLife Más pagará a los beneficiarios, la Suma Asegurada señalada para esta cobertura en el certificado individual, diferenciando para ello los casos en los que un accidente provoque la muerte directa e inmediata del Asegurado, cuando éste hubiera estado viajando, subiendo o descendiendo de cualquier transporte público (terrestre o acuático) bajo la condición de pasajero. Es condición necesaria que el mencionado transporte tenga la licencia respectiva para transportar pasajeros.

2.3. Indemnización adicional por Muerte Accidental en Transporte Aéreo

MetLife Más pagará a los beneficiarios, la Suma Asegurada señalada para esta cobertura en el certificado individual, cuando el Asegurado hubiera estado viajando en la condición de pasajero en cualquier tipo de transporte aéreo operado por empresa aérea comercial, legalmente autorizada para el transporte de pasajeros, en vuelo regular con itinerario preestablecido, entre aeropuertos debidamente establecidos y habilitados por la autoridad competente del país respectivo.

2.4. Pérdidas Orgánicas

Si durante la vigencia del certificado individual, como consecuencia directa de un accidente cubierto por el mismo y dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la ocurrencia del mismo, la lesión produjera cualquiera de las pérdidas especificadas en la tabla de indemnizaciones, MetLife Más pagará los siguientes porcentajes de la Suma Asegurada establecida en la carátula de la póliza para esta cobertura.

Tabla de indemnizaciones

Por la pérdida de:	Indemnización	
	Escala "A"	Escala "B"
Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos	100%	100%
Una mano y un pie	100%	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con un ojo	100%	100%
Una mano o un pie	50%	50%
La vista de un ojo	30%	30%
El pulgar de cualquier mano	15%	15%
El índice de cualquier mano	10%	10%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	---	30%
Tres dedos de una mano, comprendiendo el pulgar o el índice	---	30%
Tres dedos de una mano, que no sean el pulgar o el índice	---	25%
El pulgar de una mano y otro dedo que no sea el índice	---	25%
La audición total e irreversible en ambos oídos	---	25%
El índice y otro dedo de una mano que no sea el pulgar	---	20%
Acortamiento de por lo menos 5 cm., de un miembro inferior	---	15%
El dedo medio o el anular o el meñique	---	6%
Cualquier dedo del pie	---	6%

Para las pérdidas anteriores se entenderá:

- Por pérdida de la mano: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella);
- Por pérdida del pie: la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella;
- Por pérdida de los dedos: la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la coyuntura metacarpo o metatarso falangeal, según sea el caso, o arriba de la misma (entre el inicio y final de los nudillos);
- En cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la póliza, en uno o en varios accidentes, MetLife Más pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior a la Suma Asegurada para este beneficio.

Esta cobertura también es aplicable para menores, entre cuarenta y cinco (45) días y doce (12) años de edad.

2.5. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente

Si durante la vigencia del certificado individual, como consecuencia directa de un accidente cubierto por el mismo y dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la ocurrencia del mismo, el Asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico, intervención quirúrgica, a hospitalizarse o hacer uso de ambulancia, medicinas o estudios de laboratorio y de gabinete hasta el Gasto Usual y Acostumbrado que se indique en la carátula de la póliza; MetLife Más reembolsará, además de las otras indemnizaciones a que tuviera derecho, el monto de las mencionadas asistencias, previa comprobación. Esta cobertura estará sujeta a la aplicación del deducible por evento estipulado en el certificado individual.

La cobertura para cada accidente cubierto, finalizará automáticamente al término de ciento ochenta (180) días desde la fecha del accidente, o al agotarse la Suma Asegurada establecida en la carátula de la póliza. La reinstalación automática (al inicio de la siguiente vigencia) del beneficio máximo quedará incluida.

Esta cobertura también es aplicable para menores, entre cuarenta y cinco (45) días y doce (12) años de edad.

2.6. Reembolso de Gastos Funerarios

Si durante la vigencia del certificado individual fallece el Asegurado, MetLife Más reembolsará a las personas designadas conforme a lo dispuesto en la cláusula correspondiente, previa comprobación, los gastos erogados con motivo de sepelio o incineración, fosa o nicho y transporte del cadáver o de las cenizas al lugar designado por el beneficiario, hasta el monto total de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura. En caso de que exista un remanente, éste se pagará a los beneficiarios designados para tal fin.

En el caso de que el Asegurado sea menor de doce (12) años, MetLife Más responderá hasta por un máximo de 2700 días de Salario Mínimo General Vigente en la Ciudad de México, como reembolso de gastos funerarios.

2.7. Reembolso de Gastos Funerarios por Accidente

Si durante la vigencia del certificado individual, como consecuencia directa de un accidente cubierto y dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del mismo sobreviniere la muerte, MetLife Más pagará la Suma Asegurada estipulada en la carátula de la póliza, a las personas designadas conforme a la cláusula de beneficiarios, para solventar los gastos erogados por motivo de sepelio o incineración, fosa o nicho y transporte del cadáver o de las cenizas al lugar designado por el beneficiario, hasta el monto total de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura. En caso de que exista un remanente, éste se pagará a los beneficiarios designados para tal fin.

En el caso de que el Asegurado sea menor de doce (12) años, MetLife Más responderá hasta por un máximo de 2700 días de Salario Mínimo General Vigente en la Ciudad de México, como reembolso de gastos funerarios.

2.8. Indemnización Diaria por Hospitalización

2.8.1. Por accidente

MetLife Más pagará una indemnización diaria por hospitalización al Asegurado, si éste es internado en un hospital por un periodo mínimo de doce (12) horas, a causa de un accidente que sufra durante la vigencia de la póliza y limitándose a un periodo máximo de ciento ochenta (180) días por evento. Para este beneficio aplicará el deducible en días que se estipula en la carátula de la póliza y/o certificado individual respectivo.

El periodo máximo de cobertura será de doce (12) meses, a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización, no obstante lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo accidente, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio de ciento ochenta (180) días.

2.8.2. Por enfermedad

MetLife Más pagará una indemnización diaria por hospitalización al Asegurado, si éste es internado en un hospital por un periodo mínimo de doce (12) horas, a causa de una enfermedad que sufra durante la vigencia de la póliza y limitándose a un periodo máximo de ciento ochenta (180) días por enfermedad. Para este beneficio aplicará el deducible en días que se estipula en la carátula de la póliza y certificado individual respectivo. Los beneficios amparados por esta cobertura estarán sujetos a lo estipulado en la cláusula 12. periodo de carencia.

El periodo máximo de cobertura será de doce (12) meses, a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización, no obstante lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de una misma enfermedad, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio de ciento ochenta (180) días.

2.8.3. Por enfermedad específica

2.8.3.1. Neoplasia maligna (cáncer general)

MetLife Más pagará una indemnización diaria por hospitalización al Asegurado, si éste es internado en un hospital por un periodo mínimo de doce (12) horas, a causa de un cáncer que sufra durante la vigencia de la póliza y limitándose a un periodo máximo de ciento ochenta (180) días por evento. Para este beneficio aplicará el deducible en días que se estipula en la carátula de la póliza y/o certificado individual respectivo.

El periodo máximo de cobertura será de doce (12) meses, a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización, no obstante lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo cáncer, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio de ciento ochenta (180) días.

2.8.3.2. Cáncer de próstata

MetLife Más pagará una indemnización diaria por hospitalización al Asegurado, si éste es internado en un hospital por un periodo mínimo de doce (12) horas, a causa de un cáncer de próstata especificado bajo esta cobertura que sufra durante la vigencia de la póliza y limitándose a un periodo máximo de ciento ochenta (180) días por evento. Para este beneficio aplicará el deducible en días que se estipula en la carátula de la póliza y/o certificado individual respectivo.

El periodo máximo de cobertura será de doce (12) meses, a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización, no obstante lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo cáncer, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio de ciento ochenta (180) días.

2.8.3.3. Cáncer cérvico uterino

MetLife Más pagará una indemnización diaria por hospitalización al Asegurado, si éste es internado en un hospital por un periodo mínimo de doce (12) horas, a causa de un cáncer cérvico uterino especificado bajo esta cobertura que sufra durante la vigencia de la póliza y limitándose a un periodo máximo de ciento ochenta (180) días por evento. Para este beneficio aplicará el deducible en días que se estipula en la carátula de la póliza y/o certificado individual respectivo.

El periodo máximo de cobertura será de doce (12) meses, a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización, no obstante lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo cáncer, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio de ciento ochenta (180) días.

2.8.3.4. Cáncer de mama

MetLife Más pagará una indemnización diaria por hospitalización al Asegurado, si éste es internado en un hospital por un periodo mínimo de doce (12) horas, a causa de un cáncer de mama especificado bajo esta cobertura que sufra durante la vigencia de la póliza y limitándose a un periodo máximo de ciento ochenta (180) días por evento. Para este beneficio aplicará el deducible en días que se estipula en la carátula de la póliza y/o certificado individual respectivo.

El periodo máximo de cobertura será de doce (12) meses, a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización, no obstante lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo cáncer, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio de ciento ochenta (180) días.

2.8.3.5. Infarto

MetLife Más pagará una indemnización diaria por hospitalización al Asegurado, si éste es internado en un hospital por un periodo mínimo de doce (12) horas, a causa de un infarto que sufra durante la vigencia de la póliza y limitándose a un periodo máximo de ciento ochenta (180) días por evento. Para este beneficio aplicará el deducible en días que se estipula en la carátula de la póliza y/o certificado individual respectivo.

El periodo máximo de cobertura será de doce (12) meses, a partir de la fecha en que ocurrió la primera hospitalización, no obstante lo anterior, en caso de ocurrir hospitalizaciones sucesivas como consecuencia de un mismo infarto, serán consideradas como continuación de las anteriores, a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio de ciento ochenta (180) días.

2.9. Invalidez total y permanente por accidente

MetLife Más pagará la Suma Asegurada señalada para esta cobertura en el certificado individual, si durante la vigencia de esta cobertura, el Asegurado se invalida total y permanentemente a causa de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta póliza.

Se entenderá por incapacidad total y permanente la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un accidente que lo imposibilite para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. A fin de determinar esta incapacidad, se requerirá que haya sido continua durante el periodo establecido en la carátula o certificado de la póliza.

Los siguientes casos se consideran como causa de invalidez y no operará el periodo de espera: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo.

Para los efectos de esta cláusula se entiende por pérdida de las manos, la mutilación, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella (a nivel de la muñeca o arriba de ella), y para pérdida del pie, la mutilación completa, anquilosamiento o pérdida de la funcionalidad motriz total desde la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Comprobación del estado de invalidez total y permanente

A fin de determinar el estado de invalidez total y permanente, el Asegurado deberá presentar a MetLife Más, además de lo establecido en la cláusula relativa a la comprobación del siniestro, el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la invalidez total y permanente, mismos que, en caso de controversia sobre la procedencia del estado de invalidez total y permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el consejo de la especialidad de medicina del trabajo, que elija el Asegurado dentro de los previamente designados por MetLife Más, para estos efectos y en caso de proceder el estado de invalidez total y permanente, MetLife Más cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de invalidez total y permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del Asegurado.

En caso que el Asegurado no tenga un trabajo formal, se entenderá como la invalidez total y permanente cuando no pueda realizar ningún tipo de trabajo remunerativo o realizar (con o sin ayuda) por lo menos tres (3) de las siguientes seis (6) "actividades cotidianas" por un periodo continuo de por lo menos seis (6) meses.

Actividades cotidianas:

- (i) Bañarse, la habilidad de lavarse en el baño o ducha (incluyendo hacerlo dentro y fuera del baño o ducha) o lavarse satisfactoriamente a través de otros medios;
- (ii) Vestirse, la habilidad de ponerse, quitarse, abrocharse y desabrocharse toda la ropa, así como prótesis u otros aparatos ortopédicos;
- (iii) Trasladarse, la habilidad de moverse de una cama a una silla o silla de ruedas poniéndose de pie y viceversa;
- (iv) Movilidad, la habilidad de moverse en casa de cuarto a cuarto para alojarse en superficies planas;
- (v) Sanitario, la habilidad de usar el sanitario o bien manejar las funciones de defecación y micción para mantener un nivel satisfactorio de higiene personal;
- (vi) Alimentación, la habilidad de alimentarse por sí mismo, una vez que la comida sea preparada y este disponible.

Periodo de espera

El beneficio derivado del estado de invalidez del Asegurado comenzará su aplicación después de transcurridos ciento ochenta (180) días de diagnosticado el estado de invalidez total y permanente, siempre y cuando el estado de invalidez prevalezca.

No operara el periodo cuando el estado de invalidez sea dictaminado por una Institución de Seguridad Social a la que se encuentre adscrito el Asegurado.

2.10. Fractura de huesos

MetLife Más pagará el porcentaje de la Suma Asegurada de esta cobertura, especificada en la documentación contractual, si durante la vigencia del certificado individual, como consecuencia directa de un accidente cubierto y dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualquiera de las fracturas de hueso mencionadas a continuación:

- **Cráneo**
- **Huesos cara (sin nariz)**
- **Columna cervical**
- **Columna torácico y lumbar**
- **Huesos sacro y coxis**
- **Costillas**
- **Esternón**
- **Pelvis**
- **Clavícula**
- **Omóplato (escápula)**
- **Húmero**
- **Radio**
- **Cúbito (ulna)**
- **Huesos carpeanos o metacarpeanos**
- **Cuello del fémur**
- **Otras partes del fémur**
- **Tibia y peroné (fibula)**
- **Huesos del tarso y del metatarso**
- **Rótula**

La indemnización máxima que pagará MetLife Más ya sea por la ocurrencia de una o más fracturas cubiertas, será la Suma Asegurada contratada para la presente cobertura.

Los beneficios que derivan de esta cobertura son improcedentes cuando el siniestro se haya realizado en las siguientes condiciones o el riesgo tenga las siguientes características:

- a) Cuando el evento sea derivado por osteoporosis o fractura patológica (cualquier fractura que halla sido provocada por una enfermedad previa que haya debilitado el hueso), independientemente de que si la osteoporosis o la enfermedad que haya debilitado el hueso fueron diagnosticadas después de la fecha de emisión de la póliza.**
- b) Si la fractura se deriva de procesos de alumbramiento o aborto o cualquier complicación derivado de estos procesos.**

2.11. Indemnización por Diagnóstico de Graves Enfermedades

MetLife Más pagará la Suma Asegurada señalada para esta cobertura en el certificado individual, si durante la vigencia de esta cobertura, el Asegurado sufre alguna de las graves enfermedades siguientes:

2.11.1. Infarto al miocardio

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, a partir de la ocurrencia del evento de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

b) Definición

Muerte de una porción del músculo del corazón ocasionado por un inadecuado suministro de sangre al área pertinente.

c) Demostración

Este diagnóstico debe estar soportado por tres o más de los siguientes cinco criterios que son consistentes con un nuevo ataque cardíaco:

- Historia del dolor torácico típico;
- Electrocardiograma (ECG), con cambios nuevos que demuestran un infarto;
- Diagnóstico de elevación de enzimas cardíacas CPK-MB;
- Diagnóstico de elevación de la Troponina (Tol);
- Una fracción de la eyección ventricular izquierda menor al 50%, medida tres (3) meses o más después del evento.

2.11.2. Cirugía coronaria

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, a partir de la práctica de la cirugía coronaria de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

b) Definición

Ser sometido a una cirugía de apertura de tórax para corregir el estrechamiento u obstrucción de una o más de las arterias coronarias con desviación de injertos.

c) Demostración

Este diagnóstico debe ser soportado por una angiografía que demuestre la significativa oclusión de las arterias coronarias y el procedimiento debe ser considerado médicamente necesario por un cardiólogo.

Se excluyen angioplastias y otras técnicas basadas en cateterismo intra arterial, procedimientos laparoscópicos y/o procedimientos con láser.

2.11.3. Infarto y/o hemorragia cerebral

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, a partir de la ocurrencia del evento de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

b) Definición

Un evento cerebrovascular incluyendo infarto del tejido cerebral, embolia cerebral, trombosis cerebral y hemorragia masiva intra-cerebral o dentro del espacio subaracnoideo.

c) Demostración

Este diagnóstico debe ser soportado por todas las condiciones siguientes:

- La evidencia de daño neurológico permanente confirmado por un neurólogo por lo menos tres (3) meses después del evento;
- Hallazgos en resonancia magnética, tomografía computarizada, u otras técnicas de imagenología confiables consistentes con el diagnóstico de un nuevo ataque.

Los siguientes padecimientos quedan excluidos:

- **Episodios de isquemia transitoria;**
- **Daño cerebral debido a un accidente o lesión, vasculitis y enfermedades intracraneanas ocupativas e infecciosas;**
- **Enfermedad vascular que afecte al ojo o el nervio óptico;**
- **Desorden de isquemia del sistema vestibular.**

2.11.4. Insuficiencia renal crónica

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, a partir de la ocurrencia del evento de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

b) Definición

Falla crónica irreversible de ambos riñones que requieran diálisis renal permanente o trasplante del riñón.

c) Demostración

Enfermedad crónica del riñón con evidencias de insuficiencia renal irreversible consecutiva en los análisis de sangre que hacen necesaria la hemodiálisis periódica o un programa de diálisis peritoneal a largo plazo.

2.11.5. Parálisis de las extremidades

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, a partir de la ocurrencia del evento de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

b) Definición

La completa, permanente e irreversible pérdida del uso de por lo menos, ambos brazos, o ambas piernas, o un brazo y una pierna, a través de una parálisis causada por enfermedad o lesión.

c) Demostración

Este estado debe ser confirmado por un médico neurólogo.

Se excluyen las lesiones auto-infligidas.

2.11.6. Trasplante de un órgano vital

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, a partir de la práctica de la cirugía de trasplante como receptor de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

b) Definición

Someterse como receptor a una cirugía de trasplante de uno de los siguientes órganos humanos: corazón, pulmón, hígado, riñón, páncreas, médula ósea, como resultado de la falla e insuficiencia irreversible del órgano pertinente.

Médula ósea: la recepción de un trasplante de médula ósea humana utilizando células madre hematopoyéticas precedido por ablación total de médula ósea.

c) Demostración

Historia de enfermedad grave con daño e insuficiencia irreversible del órgano que requirió ser sustituido, así como la documentación hospitalaria del trasplante efectuado.

Si el Asegurado requiere de alguna indemnización como consecuencia de esta cobertura, MetLife Más deducirá de la Suma Asegurada a pagar, el importe total que hubiere ya pagado al Asegurado, por el mismo evento bajo la cobertura de Indemnización por Neoplasia Maligna Terminal (1.12.6.).

2.11.7. Quemaduras graves

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, por la ocurrencia de quemaduras de tercer grado que afecten por lo menos el 25% de la superficie corporal, conforme a la "regla de los nueves", o la carta de superficie corporal de Lund Browder. Será necesario el envío del reporte médico describiendo la localización y extensión de las quemaduras.

b) Definición

Quemaduras de tercer grado (espesor completo de la piel) que cubran por lo menos el 25% de la superficie del cuerpo del Asegurado.

c) Demostración

Descripción de las heridas con datos de anestesia o hipoestesia con más del 25% de superficie corporal afectada.

2.11.8. Cirugía reconstructiva por quemadura grave

a) Cobertura

Si a consecuencia de alguna quemadura grave cubierta en esta póliza, el Asegurado requiere de la reconstrucción de alguna de las partes corporales perjudicadas, MetLife Más pagará los gastos por dicha reconstrucción, generados por los gastos totales derivados de la intervención quirúrgica (gastos de hospitalización, honorarios del médico tratante, gastos del cirujano y los honorarios del anestesiólogo y ayudantes, incluyendo la atención postoperatoria), que serán pagados de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado para el tipo de operación de que se trate, estableciendo como límite máximo la Suma Asegurada señalada en el certificado individual correspondiente.

b) Demostración

La demostración será de acuerdo al antecedente del hecho que dio origen y cuya definición se encuentra en la cobertura correspondiente.

2.11.9. Esclerosis múltiple

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, por la ocurrencia de la enfermedad cuyo diagnóstico inequívoco realizado por un neurólogo, confirma anomalías neurológicas moderadas persistentes, consistentes con un daño funcional, pero que no necesariamente llevan a que el Asegurado utilice una silla de ruedas en forma permanente.

b) Definición

Enfermedad del sistema nervioso central, caracterizada por zonas de desmielinización en el cerebro, ocasionando parestesias en una o más extremidades en el tronco, debilidad o paraplejia de piernas, brazos, parálisis del nervio óptico o deficiencias en el control vesical.

c) Demostración

El diagnóstico debe ser soportado por todas las condiciones siguientes:

- Investigaciones que inequívocamente confirman el diagnóstico para ser esclerosis múltiple;
- Pérdidas neurológicas múltiples que ocurrieron en un periodo continuo de por lo menos seis (6) meses;
- Historia médica documentada de exacerbaciones y remisiones donde se señale los síntomas o pérdidas neurológicas.

Se excluyen otras causas de daño neurológico como lupus eritematoso sistémico o infecciones por Virus de Inmunodeficiencia Humana.

2.11.10. Distrofia muscular

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, por la ocurrencia de enfermedad hereditaria que se caracteriza por una progresiva pérdida de la capacidad muscular. El diagnóstico deberá ser realizado por un médico, basado principalmente en los síntomas clínicos y el historial genético (genético/historial familiar o un estudio de cromosomas).

b) Definición

Un grupo de enfermedades hereditarias degenerativas del músculo caracterizado por la debilidad y atrofia de músculo.

c) Demostración

El diagnóstico de distrofia muscular debe ser inequívoco y realizarse por un neurólogo. La condición es tener como consecuencia la incapacidad de la vida del Asegurado para realizar (con o sin ayuda) por lo menos tres (3) de las siguientes seis (6) “actividades cotidianas” por un periodo continuo de por lo menos seis (6) meses:

Actividades cotidianas:

- (i) Bañarse, la habilidad de lavarse en el baño o ducha (incluyendo hacerlo dentro y fuera del baño o ducha) o lavarse satisfactoriamente a través de otros medios;
- (ii) Vestirse, la habilidad de ponerse, quitarse, abrocharse y desabrocharse toda la ropa, así como prótesis u otros aparatos ortopédicos;
- (iii) Trasladarse, la habilidad de moverse de una cama a una silla o silla de ruedas poniéndose de pie y viceversa;
- (iv) Movilidad, la habilidad de moverse en casa de cuarto a cuarto para alojarse en superficies planas;
- (v) Sanitario, la habilidad de usar el sanitario o bien manejar las funciones de defecación y micción para mantener un nivel satisfactorio de higiene personal;
- (vi) Alimentación, la habilidad de alimentarse por sí mismo, una vez que la comida sea preparada y esté disponible.

2.11.11. Ceguera

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, por la ocurrencia de la pérdida total e irreversible de la vista de ambos ojos, causada por accidente o enfermedad. Deberá estar certificada clínicamente por un médico oftalmólogo. **Se excluye cualquier ceguera a consecuencia de glaucoma o retinopatía diabética.**

b) Definición

La pérdida total e irreversible de la vista en ambos ojos, como resultado de una enfermedad o accidente.

c) Demostración

La ceguera debe ser confirmada por un oftalmólogo.

2.11.12. Mudez

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, por la ocurrencia de la pérdida total e irreversible del habla, causada por accidente o enfermedad. **Se excluye cualquier mudéz a consecuencia de enfermedades congénitas.**

b) Definición

La pérdida total e irreversible del habla, como resultado de una enfermedad o accidente.

c) Demostración

La mudez debe ser confirmada y certificada clínicamente por un médico otorrinolaringólogo.

2.11.13. Sordera

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, por la ocurrencia de la incapacidad total para escuchar sonidos en cualquiera de los oídos, causada por accidente o enfermedad. **Se excluye cualquier sordera a consecuencia de enfermedades congénitas.**

b) Definición

La incapacidad total o parcial para escuchar sonidos en ambos oídos, como resultado de una enfermedad o accidente.

c) Demostración

La sordera debe ser confirmada y certificada clínicamente por un médico otorrinolaringólogo.

2.12. Coberturas de Cáncer

MetLife Más pagará la Suma Asegurada señalada para esta cobertura en el certificado individual, de acuerdo a las siguientes coberturas:

2.12.1. Indemnización por Diagnóstico de Neoplasia Maligna

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada, a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna que ponga en peligro la vida del Asegurado de acuerdo con la definición y demostración que más adelante se señala.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a MetLife Más por este concepto no será cubierta por este seguro.

b) Definición

Presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y dispersión incontrolable de células malignas con la invasión a ganglios linfáticos y destrucción del tejido normal, siempre y cuando el ganglio con presencia de malignidad no sea el tumor primario. Este diagnóstico debe ser soportado por evidencia de células malignas en material histológico y confirmado por un oncólogo o patólogo.

d) Demostración

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos y ganglios linfáticos demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

Si el Asegurado requiere de alguna indemnización como consecuencia del diagnóstico de cáncer, MetLife Más deducirá de la Suma Asegurada a pagar bajo esta cobertura, el importe total que hubiere ya pagado al Asegurado, por el mismo evento bajo las coberturas de cáncer cérvico uterino (1.12.2.1), cáncer de próstata (1.12.2.2) o cáncer de mama (1.12.2.3).

Lo siguiente se excluye:

- Tumores que muestran los cambios malignos de carcinoma in situ y tumores que son descritos histológicamente como pre-malignos o no-invasivos, incluyendo, pero no limitando a: carcinoma in situ de mama, displasia cervical NIC-1, NIC-2 y NIC-3;
- Hiperqueratosis, carcinoma basocelular y carcinoma escamoso superficiales, así como melanomas de menos de 1.5mm de espesor de Breslow, o menor al nivel 3 de la clasificación Clark, a menos que haya evidencia de metástasis;
- Cánceres de próstata descritos histológicamente según la clasificación TNM, T1a o T1b o cánceres de próstata de otra clasificación equivalente o menor, micro-carcinoma papilar de la tiroides T1N0M0 de menos de 1 cm de diámetro, micro-carcinoma papilar de la vejiga, y leucemia linfocítica crónica menor a la etapa 3 de la clasificación RAI;
- Todos los tumores con presencia de infecciones del Virus de Inmunodeficiencia Humana;
- Todo cáncer cérvico uterino en etapas menores a IVB (si este beneficio también es contratado por el Asegurado);
- Todo cáncer de mama en etapas menores a IV (si este beneficio también es contratado por el Asegurado);
- Todo cáncer de próstata en etapas menores a T4 (si este beneficio también es contratado por el Asegurado).

2.12.2. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer Específico

2.12.2.1. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer Cérvico Uterino

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en el inciso d) forma de pago, a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna que ponga en peligro la vida del Asegurado de acuerdo con la definición y demostración que más adelante se señala.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a MetLife Más por este concepto no será cubierta por este seguro.

b) Definición

El cáncer cérvico uterino consiste en el crecimiento lento previo a la aparición de células cancerosas en el cuello uterino, de los tejidos normales del cuello uterino pasando por el proceso de displasia, que consiste en la manifestación de células anormales, que posteriormente comenzarán a crecer y diseminarse con mayor profundidad en el cuello del útero y en las áreas circundantes.

c) Demostración

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

d) Forma de pago

Se pagará la Suma Asegurada al momento de ser diagnosticado la etapa IIB siempre que sea procedente de acuerdo al resto de las condiciones generales.

Las etapas médicas se especifican en la cláusula 32 etapas médicas de cáncer.

2.12.2.2. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Próstata

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en el inciso d) forma de pago, a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna que ponga en peligro la vida del Asegurado de acuerdo con la definición y demostración que más adelante se señala.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a MetLife Más por este concepto no será cubierta por este seguro.

b) Definición

Es la proliferación de células malignas a partir de tejido prostático manifestándose en un crecimiento anárquico y descontrolado de células.

c) Demostración

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

d) Forma de pago

Se pagará la Suma Asegurada, al momento de ser diagnosticado la etapa T2b, siempre que sea procedente de acuerdo al resto de las condiciones generales.

Las etapas médicas se especifican en la cláusula 32 etapas médicas de cáncer.

2.12.2.3. Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Mama

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en el inciso d) forma de pago, a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna que ponga en peligro la vida del Asegurado de acuerdo con la definición y demostración que más adelante se señala.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a MetLife Más por este concepto no será cubierta por este seguro.

b) Definición

Es la manifestación del recubrimiento epitelial de los conductos de tamaño grande e intermedio (ductal), o del epitelio de los conductos terminales de los lóbulos (lobular) por células cancerosas.

c) Demostración

Evidencia de células malignas en material histológico o citológico con invasión neoplásica de tejidos o estructuras adyacentes demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen.

d) Forma de pago

Se pagará la Suma Asegurada, al momento de ser diagnosticado la etapa IIA, siempre que sea procedente de acuerdo al resto de las condiciones generales.

Las etapas médicas se especifican en la cláusula 32 etapas médicas de cáncer.

2.12.3. Reembolso por Intervenciones Quirúrgicas por Cáncer

Cuando el Asegurado sea sometido a una intervención quirúrgica, como producto de un cáncer cubierto por la presente póliza de acuerdo a lo estipulado en la cláusula 2.12.1. indemnización por diagnóstico de neoplasia maligna ó 2.12.6. indemnización por diagnóstico de neoplasia maligna terminal, MetLife Más pagará los gastos por dicha intervención (gastos de hospitalización, honorarios del médico tratante, gastos del cirujano y los honorarios del anestesiólogo y ayudantes), incluyendo la atención postoperatoria. Los gastos totales derivados de la intervención quirúrgica serán pagados de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado para el tipo de operación de que se trate, estableciendo como límite máximo la Suma Asegurada señalada en el certificado individual de la póliza.

Esta cobertura no aplica para ningún tipo de prótesis y su implantación, incluyendo las consideradas en la cláusula 2.12.4. (cirugía reconstructiva por cáncer), 2.12.5. (prótesis por cirugía radical de cáncer de mama), y/o 2.11.8. (cirugía reconstructiva por quemadura grave), las cuales podrán adquirirse de manera independiente.

2.12.4. Reembolso por Cirugía Reconstructiva por Cáncer

a) Cobertura

Si a consecuencia de alguna cobertura de cáncer contratada en esta póliza y durante la vigencia de la misma, el Asegurado requiere de la reconstrucción de alguna de las partes corporales perjudicadas, MetLife Más pagará los gastos por dicha reconstrucción, generados por los gastos totales derivados de la intervención quirúrgica (gastos de hospitalización, honorarios del médico tratante, gastos del cirujano y los honorarios del anestesiólogo y ayudantes, incluyendo la atención postoperatoria), que serán pagados de acuerdo al Gasto Usual y Acostumbrado para el tipo de operación de que se trate, estableciendo como límite máximo la Suma Asegurada señalada en el certificado individual de la póliza.

Esta cobertura no aplica para ningún tipo de prótesis y su implantación, incluyendo las consideradas en la cláusula 1.12.5. (prótesis por cirugía radical de cáncer de mama), la cual podrá adquirirse de manera independiente.

b) Demostración

La demostración será de acuerdo al antecedente del hecho que dio origen y cuya definición se encuentra en la cobertura correspondiente.

2.12.5. Indemnización por Prótesis por Cirugía Radical de Cáncer de Mama

Si a consecuencia de una cirugía radical por cáncer de mama sobre la mujer, amparado bajo esta póliza y durante la vigencia de la misma, la asegurada requiere de alguna prótesis e implantación de la misma, derivada de este padecimiento de cáncer y cubierto por esta póliza, MetLife Más pagará la Suma Asegurada estipulada en el certificado individual correspondiente, siempre y cuando esta cobertura sea contratada y aparezca en dicho certificado individual.

2.12.6. Indemnización por Diagnóstico de Neoplasia Maligna Terminal (cáncer)

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada contratada, a partir de la demostración de la presencia de una neoplasia maligna masiva que ponga en peligro la vida del Asegurado de acuerdo con la definición y demostración que más adelante se señalan.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia de cáncer. Cualquier manifestación u ocurrencia de cáncer posterior a la primera reclamación realizada a MetLife Más por este concepto no será cubierta por esta cobertura.

b) Definición

Un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos masiva, con la invasión a otros órganos. Se cubre el linfoma maligno y la enfermedad de Hodgkin a partir de la fase IV.

c) Demostración

Este diagnóstico debe ser soportado por evidencia de células malignas en material histológico y confirmado por un oncólogo o patólogo.

Este beneficio no podrá ser contratado conjuntamente con los beneficios

2.12.1. (Indemnización por Diagnóstico de Neoplasia Maligna),

2.12.2.1. (Indemnización por Diagnóstico de Cáncer Cérvico Uterino),

2.12.2.2. (Indemnización por Diagnóstico por Cáncer de Próstata) o

2.12.2.3. (Indemnización por Diagnóstico de Cáncer de Mama).

2.13. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente Dental

MetLife Más reembolsará los gastos derivados de accidentes cubiertos hasta la Suma Asegurada establecida en la carátula de la póliza y/o certificado individual, una vez que se descuenta el deducible estipulado en dichos documentos.

2.14. Indemnización por Diagnóstico de Diabetes Infantil

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada contratada, a partir de la demostración de la presencia de diabetes que ponga en peligro la vida del Asegurado, de acuerdo con la definición y demostración que más adelante se señala.

b) Definición

La diabetes infantil interfiere con la asimilación metabólica de alimentos, especialmente hidratos de carbono (glucosa). El cuerpo necesita insulina, una hormona producida en el páncreas, para convertir en energía la glucosa (el principal azúcar de la sangre) y otros alimentos. En las personas con diabetes tipo 1 (conocida como diabetes juvenil o insulino dependiente) el páncreas deja de producir insulina; como resultado, la glucosa se acumula en la sangre y daña los vasos sanguíneos, los nervios y algunos órganos.

c) Demostración

La prueba de rutina para el diagnóstico de la diabetes es la prueba de glucosa en plasma en ayunas. Un valor confirmado de glucosa en plasma en ayunas mayor o igual a 126 miligramos / decilitros (mg/dL) indica un diagnóstico positivo de diabetes.

Otra forma de diagnosticar diabetes es la prueba de glucosa oral, un valor de glucosa confirmado mayor o igual a 200 mg/dL indica un diagnóstico positivo de diabetes.

Corrientemente se sabe que el diabético se caracteriza por la presencia de azúcar en la orina (glucosuria) y por el aumento del contenido de la misma en la sangre (hiperglucemia).

Además, como consecuencia de este padecimiento, se tienen uno o varios de los síntomas que se encuentran dentro de la siguiente lista:

- Mucha sed (polidipsia)
- Exceso de orina (poliuria)
- Rápida pérdida de peso
- Fatiga y debilidad
- Irritabilidad
- Náusea y vómito

2.15. Indemnización por Diagnóstico de Leucemia

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada contratada, a partir de la demostración de la presencia de leucemia que ponga en peligro la vida del Asegurado, de acuerdo con la definición y demostración que más adelante se señala.

b) Definición

La leucemia es una enfermedad grave que se caracteriza por el aumento agudo y permanente de leucocitos (glóbulos blancos) en la sangre, la hipertrofia y proliferación de uno o varios tejidos linfoides (medula ósea, bazo o ganglios linfáticos). Es un cáncer de crecimiento rápido en el cual el cuerpo produce una gran cantidad de glóbulos blancos inmaduros (linfocitos). Estas células se pueden encontrar en la sangre, la médula ósea, los ganglios linfáticos, el bazo y otros órganos.

c) Demostración

Un examen físico puede revelar lo siguiente:

- Hematomas
- Hepatomegalia y esplenomegalia
- Signos de sangrado (petequias, púrpura)

Los exámenes de sangre pueden mostrar lo siguiente:

- Conteo de glóbulos blancos sanguíneos anormal
- Anemia en un CSC
- Conteo de plaquetas bajo
- Una aspiración de médula ósea puede mostrar niveles anormales de ciertas células

Además, como consecuencia de este padecimiento, se tienen uno o varios de los síntomas que se encuentran dentro de la siguiente lista:

- Encías sangrantes
- Dolor o sensibilidad en los huesos
- Tendencia a la formación de hematomas

- Sangrado profuso o prolongado
- Fatiga
- Fiebre
- Dolor articular
- Infección
- Irregularidades menstruales
- Sangrado nasal
- Palidez
- Palpitaciones
- Pequeñas manchas rojas en la piel
- Dificultad para respirar (agravada por el ejercicio)
- Ganglios inflamados (linfadenopatía)
- Inflamación de las encías
- Pérdida de peso involuntaria

2.16. Indemnización por Diagnóstico de Hemiplejia, Paraplejia, Cuadriplejia, Tetraplejia por Accidente

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada contratada, a partir de la demostración de la presencia de hemiplejia, paraplejia, cuadriplejia, tetraplejia que afecte la salud del Asegurado, derivada de un accidente, de acuerdo con la definición y demostración que más adelante se señalan.

b) Definición

La lesión o enfermedad al sistema nervioso de una persona puede afectar la capacidad para mover una parte particular del cuerpo. Esta capacidad motora reducida se llama parálisis. Se puede presentar parálisis si la médula espinal es lesionada. La médula espinal hace parte del sistema nervioso central el cual permite que su cerebro se comunique con su cuerpo. La espina dorsal está compuesta de huesos llamados vértebras que están agrupadas unas encima de otras. La médula espinal baja desde el cerebro a través del centro de las vértebras. Las vértebras están separadas por discos fibrosos y fuertes que actúan como amortiguadores de los golpes.

Las palabras cuadriplejia, hemiplejia, paraplejia, tetraplejia significan que la parte de médula espinal que está dentro de su cuello ha sido lesionada. Esta lesión causa la pérdida de sensibilidad y movimiento en sus brazos, piernas y/o torso o tronco de su cuerpo. Las lesiones en la médula espinal son descritas de acuerdo al sitio de las lesiones en la médula espinal.

Paraplejia es la parálisis de ambas piernas o de ambos brazos. La cuadriplejia, algunas veces llamada tetraplejia, es la parálisis de ambas piernas y de ambos brazos. La hemiplejia suele definirse como la parálisis de una mitad del cuerpo, pero en realidad el trastorno corresponde a una perturbación funcional de la actividad de los músculos del lado opuesto al hemisferio cerebral afectado.

c) Demostración

La parálisis debe ser confirmada por un médico especialista. La parálisis debida a lesiones en la columna vertebral puede ser parcial o total, dependiendo de qué tan dañada esté la columna. Además de la parálisis de los brazos y/o piernas, también puede padecer incontinencia (de vejiga o intestinos), disfunción sexual, problemas para respirar o dificultad para sentarse erguido dependiendo del nivel del daño.

2.17. Indemnización por Diagnóstico del mal de Alzheimer

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada contratada, a partir de que al Asegurado se le diagnostique el mal de Alzheimer, de acuerdo con la siguiente definición y demostración. El diagnóstico deberá ser realizado por un médico especialista, basado principalmente en los síntomas clínicos, en el examen físico y excluyendo otras causas de demencia.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia del mal de Alzheimer. Cualquier manifestación u ocurrencia del mal de Alzheimer posterior a la primera reclamación realizada a MetLife Más por este concepto no será cubierta por esta cobertura.

b) Definición

La enfermedad de Alzheimer, es una forma de demencia, una afección cerebral progresiva y degenerativa que afecta la memoria, el pensamiento y la conducta. La alteración de la memoria es una característica necesaria para el diagnóstico de ésta o de cualquier otro tipo de demencia. También se presenta cambio en una de las siguientes áreas: lenguaje, capacidad de toma de decisiones, juicio, atención y otras áreas de la función mental y la personalidad.

c) Demostración

El diagnóstico del mal de Alzheimer debe ser inequívoco y realizarse por un médico especialista. La evidencia del mal de Alzheimer se presenta en el tejido cerebral mostrando “nudos neurofibrilares” (fragmentos enrollados de proteína dentro de las neuronas que las obstruyen), “placas neuríticas” (aglomeraciones anormales de células nerviosas muertas y que están muriendo, otras células cerebrales y proteína) y “placas seniles” (áreas donde se han acumulado productos de neuronas muertas alrededor de proteínas).

Además, como consecuencia de este padecimiento, se tienen uno o varios de los síntomas que se encuentran dentro de la siguiente lista:

1. Repetición frecuente de enunciados.
2. Ubicación equivocada de cosas.
3. Dificultad para recordar el nombre de objetos conocidos.
4. Perderse en rutas conocidas.
5. Cambios de personalidad.
6. Perder interés por las cosas que antes se disfrutaba.
7. Dificultad para realizar tareas que requieren algo de elaboración mental, pero que solían ser fáciles, como llevar el control de uso de la chequera, jugar juegos complejos y aprender rutinas o informaciones nuevas.

2.18. Indemnización por Diagnóstico del mal de Parkinson

a) Cobertura

MetLife Más pagará la Suma Asegurada contratada para este beneficio, según se estipula en la cláusula 13 forma de pago de la Suma Asegurada contratada, a partir de que al Asegurado se le diagnostique el mal de Parkinson, de acuerdo con la siguiente definición y demostración.

El diagnóstico deberá ser realizado por un médico especialista, basado principalmente en los síntomas clínicos, en el examen físico y descartando otros trastornos que causan síntomas similares.

Cabe señalar que esta cobertura está limitada únicamente a la primera manifestación u ocurrencia del mal de Parkinson. Cualquier manifestación u ocurrencia del mal de Parkinson posterior a la primera reclamación realizada a MetLife Más por este concepto no será cubierta por este seguro.

b) Definición

La enfermedad de Parkinson, es un trastorno cerebral que lleva a que se presenten temblores y dificultad en la marcha, el movimiento y la coordinación. Este trastorno puede afectar a uno o ambos lados del cuerpo, con grados variables de pérdida de la función, ya que las células del cerebro se desgastan.

c) Demostración

El diagnóstico del mal de Parkinson debe ser inequívoco y realizarse por un médico especialista. La evidencia del mal de Parkinson se presenta por la destrucción gradual de las células nerviosas de la parte del cerebro que controla el movimiento muscular, es un daño que empeora con el tiempo.

Además, como consecuencia de este padecimiento, se tienen uno o varios de los síntomas que se encuentran dentro de la siguiente lista:

1. Rigidez muscular:
 - a. Rigidez o tensión
 - b. Dificultad para flexionar los brazos o las piernas
2. Postura inestable, encorvada o desplomada
3. Pérdida del equilibrio
4. Cambios en la marcha (patrón de caminar)
5. Marcha arrastrada
6. Movimientos lentos
7. Dificultad para iniciar cualquier movimiento voluntario:
 - a. Dificultad para comenzar a caminar
 - b. Dificultad para pararse de una silla
8. Pasos cortos seguidos de la necesidad de correr para mantener el equilibrio
9. Congelamiento del movimiento cuando éste se suspende e incapacidad para reiniciarlo
10. Achaques y dolores musculares (mialgia)
11. Agitación, temblores (de grado variable o pueden no presentarse):
 - a. Generalmente ocurren en momentos de reposo, pero pueden presentarse en cualquier momento
 - b. Pueden tornarse lo suficientemente severos como para interferir con las actividades
 - c. Pueden empeorar cuando la persona está cansada, excitada o estresada
 - d. Puede presentarse frotamiento del pulgar y dedos de la mano (rodamiento de píldora)
12. Cambios en la expresión facial:
 - a. Reducción de la capacidad para manifestar expresiones faciales
 - b. Cara con aspecto de "máscara"
 - c. Mirada fija
 - d. Posible incapacidad para cerrar la boca
 - e. Reducción del ritmo de parpadeo
13. Cambios en el habla y en la voz:
 - a. Habla lenta
 - b. Bajo volumen de voz
 - c. Monotonía
 - d. Deterioro del habla

14. Pérdida de la destreza motriz fina:
 - a. Dificultad para escribir: la letra puede ser pequeña e ilegible
 - b. Dificultad para deglutir
 - c. Dificultad para desarrollar cualquier actividad que requiera movimientos finos
 - d. Movimiento lento e incontrolable
15. Caídas frecuentes
16. Disminución de la función intelectual (puede ocurrir y puede ser severa)
17. Variedad de síntomas gastrointestinales, principalmente estreñimiento

2.19. Cobertura a corto plazo

El Asegurado podrá contratar cualquier cobertura de las antes señaladas, por periodos menores a un (1) año, en cuyo caso el pago de la prima se deberá realizar en una sola exhibición.

3. Disposiciones generales

El Contratante y los asegurados están obligados a declarar por escrito a MetLife Más, de acuerdo con la solicitud y cuestionarios relativos al seguro, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozcan o deban conocer en el momento de la celebración del contrato de seguro.

Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos mencionados en el párrafo anterior, facultará a MetLife Más para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no haya influido en la realización del siniestro. (artículos 8 y 47 de la Ley). MetLife Más comunicará en forma auténtica al Contratante y/o asegurados la rescisión de la póliza, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que MetLife Más conozca la omisión o inexacta declaración

Las partes contratantes se someten a lo expresamente acordado en la presente póliza y, a las disposiciones contenidas en la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

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 (30) días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley). Este derecho se hace extensivo al Contratante.

Conforme lo establece el artículo 26, se transcribe el artículo 25.

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

Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

4. Registro de asegurados y administración de la póliza

En caso de estar indicado en la carátula de la póliza, el Contratante formará un registro de asegurados, el cual deberá contener la siguiente información:

- a) Nombre, edad o fecha de nacimiento y sexo, de cada uno de los integrantes de la colectividad;
- b) Suma Asegurada o regla para determinarla;
- c) Fecha de entrada en vigor del seguro de cada uno de los integrantes y la fecha de terminación del mismo;
- d) Operación y plan de seguros de que se trate;
- e) Número de certificado individual; y
- f) Coberturas amparadas.

Si se señala en la carátula de la póliza, el Contratante se obliga a recabar el consentimiento por escrito de cada uno de los integrantes de la colectividad asegurable, previo a su incorporación a la colectividad asegurada o antes de la celebración del contrato, así como a resguardar dicho documento mientras se encuentre vigente la póliza. MetLife Más reconoce y da validez a aquellos consentimientos/certificados que sean emitidos con anterioridad por institución aseguradora distinta, siempre que dichos documentos reúnan los requisitos que establece la legislación aplicable, y conste la aceptación de los integrantes de la colectividad asegurada de ser asegurados, y formar parte de la colectividad asegurada de la póliza.

Si aparece indicado en la carátula de la póliza, la administración de la póliza estará a cargo del Contratante, quien en su carácter de administrador, deberá observar lo siguiente:

Los costos y condiciones de asegurabilidad para movimientos de altas o bajas, bajo el amparo del presente esquema de autoadministración, serán los pactados al inicio de vigencia de la póliza. El Contratante deberá notificar cualquier movimiento de la colectividad asegurada dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al movimiento de que se trate; además, es responsable de que los integrantes de la colectividad asegurable cumplan con las condiciones de asegurabilidad y edad de aceptación pactadas al inicio de vigencia de la póliza. En caso de no cumplirse dichas condiciones, se deberá reportar inmediatamente a MetLife Más el movimiento en cuestión, quien se reservará el derecho de aceptarlo, en caso de no existir dicha comunicación por escrito, se considerará rechazado.

Administración de altas de asegurados. El contratante incluirá en el registro de asegurados a todas aquellas personas que se incorporen a la colectividad asegurada durante la vigencia de la póliza, por la cantidad que resulte menor entre: la Suma Asegurada que resulte de aplicar la regla correspondiente y la Suma Asegurada Máxima sin requisitos, estipulada en la carátula de la póliza.

En el caso que la regla para determinar la Suma Asegurada presente como resultado un monto mayor a la Suma Asegurada Máxima sin requisitos, se entenderá que en tanto MetLife Más no otorgue su aceptación por escrito, la Suma Asegurada a que tiene derecho el Asegurado es la Suma Asegurada Máxima sin requisitos. Así mismo, el Contratante hará del conocimiento del Asegurado las pruebas médicas que debe presentar a MetLife Más para quedar Asegurado por la Suma Asegurada.

Actualización de la Suma Asegurada por modificación al salario. En los casos en que la Suma Asegurada se determine en función del salario del Asegurado, cada vez que el salario sufra alguna modificación, el Contratante actualizará el registro de asegurados con la Suma Asegurada actualizada para cada Asegurado, siempre y cuando dicha suma no exceda la Suma Asegurada Máxima sin requisitos, estipulada en la carátula de la póliza.

En caso de que la Suma Asegurada exceda la Suma Asegurada Máxima sin requisitos, se entenderá que el Asegurado en cuestión queda Asegurado hasta por la Suma Asegurada Máxima sin requisitos indicada en la carátula de la póliza.

En los casos que la Suma Asegurada de un Asegurado, antes de la actualización, ya excediera la Suma Asegurada Máxima sin requisitos, dicho Asegurado debe recabar por conducto del Contratante, autorización expresa de MetLife Más por el monto de la Suma Asegurada actualizada. MetLife Más se reserva en todo momento el derecho de solicitar al Asegurado nuevas pruebas médicas para otorgar la autorización requerida.

Actualización de beneficiarios. El Contratante registrará los cambios a la designación de beneficiarios de cada Asegurado, para lo cual recabará el consentimiento respectivo y emitirá el certificado de seguro que corresponda.

Resguardo de información y documentos. El Contratante resguardará los siguientes documentos que forman parte integrante de la póliza: (i) registro de asegurados, (ii) formatos de consentimiento debidamente firmados, y (iii) formatos de certificado. El Contratante se obliga a entregar a MetLife Más la información o documentación que ésta le solicite en un plazo que no excederá de cinco (5) días hábiles a partir de que haya recibido el requerimiento respectivo. Así mismo, el Contratante facilitará el acceso a los empleados de MetLife Más en caso de que ésta decida realizar una auditoría a la información y documentos resguardados por el Contratante.

Notificación de movimientos. El Contratante notificará a MetLife Más todos los movimientos registrados en la póliza dentro de los treinta (30) días siguientes del mes calendario que se reporte.

Renovación de la póliza. El Contratante entregará a MetLife Más, con treinta (30) días de anticipación a la fecha de vencimiento de la póliza, un listado actualizado de asegurados con la información necesaria para realizar la renovación de la póliza.

Cálculo de primas por concepto de ajuste anual. La prima anual del seguro se calcula considerando la edad alcanzada, la Suma Asegurada, la fecha de movimiento de alta, baja o cambio de Suma Asegurada y la tarifa en vigor; considerando lo anterior, se obtendrá la prima del ajuste anual correspondiente, prorrateada a la fecha del movimiento. MetLife Más cobrará o devolverá la prima, según sea el caso.

En caso de existir solicitudes de alta o baja de asegurados, cuya variación en población o prima acumulada durante la vigencia de la póliza, sea mayor al veinte por ciento (20%) de la población o prima inicial, se realizará el cálculo y cobro o devolución de la prima correspondiente a prorrata a partir de la fecha efectiva de cada movimiento; de igual manera, se realizará el cobro o devolución de la prima correspondiente para alta o baja de categorías, sin importar el número de asegurados o prima de la categoría. Si las variaciones son mayores al veinte por ciento (20%), se realizará un ajuste de prima de forma anticipada, debiendo enterar a MetLife Más la prima correspondiente al momento de realizar el ajuste.

Cobro de prima. MetLife Más y el Contratante acuerdan que la prima correspondiente a los movimientos registrados en el periodo vence en la fecha de término de vigencia de la póliza, y se calculará como el cincuenta por ciento (50%) de la prima inicial multiplicado por el resultado de la diferencia entre el cociente de la Suma Asegurada final y la Suma Asegurada inicial, menos uno.

A solicitud de MetLife Más, el Contratante deberá proporcionar acceso a la información relacionada con la póliza y su administración, a efecto de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el RSGyC, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en materia de Seguros Colectivos, en concordancia con las disposiciones legales aplicables. Así mismo, a solicitud de MetLife Más, el Contratante deberá entregarle una copia del registro de asegurados respectivo, en caso de que el Contratante sea quien forme dicho registro.

Si no se indica en la carátula de la póliza, las obligaciones indicadas en los párrafos anteriores serán a cargo de MetLife Más.

5. Certificados individuales

Si aparece indicado en la carátula de la póliza, el Contratante expedirá por orden y cuenta de MetLife Más los certificados individuales para su entrega a los asegurados; dichos certificados individuales que deberán contener por lo menos los datos siguientes: número de póliza y del certificado, nombre y fecha de nacimiento del Asegurado, fecha de vigencia del seguro, Suma Asegurada o la regla para determinarla, beneficios contratados, nombre del beneficiario o beneficiarios y en su caso, el carácter de irrevocable y la transcripción de las condiciones de la póliza de especial interés para el Asegurado, de acuerdo con lo establecido en el RSGyC vigente.

En virtud de lo anterior, el Contratante es responsable de la expedición de los certificados, así como de cualquier manejo o uso indebido que se haga con motivo de la expedición de certificados por cuenta de MetLife Más.

Si no se indica en la carátula de la póliza, las obligaciones indicadas en los párrafos anteriores serán a cargo de MetLife Más.

6. Obligaciones del Contratante

Serán obligaciones del Contratante:

- a. Administrar la póliza, conforme a lo estipulado en la cláusula de registro de asegurados y administración de la póliza, cuando aparezca indicado en la carátula de la póliza;
- b. Formar el registro de asegurados, de acuerdo a lo establecido en la cláusula de registro de asegurados y administración de la póliza, siempre que aparezca estipulado en la carátula de la póliza;
- c. Recabar el consentimiento por escrito de cada uno de los asegurados; y resguardar dichos documentos, en caso de estar indicado en la carátula de la póliza;
- d. Expedir los certificados individuales, de acuerdo a lo indicado en la cláusula de certificados individuales, cuando así se indique en la carátula de la póliza;
- e. Realizar el pago de prima que corresponda;
- f. Comunicar a MetLife Más los nuevos ingresos a la colectividad asegurada, remitiendo los consentimientos respectivos;

- g. Comunicar en un plazo máximo de treinta (30) días naturales las separaciones definitivas de la colectividad asegurada;
- h. Dar aviso dentro del término de treinta (30) días naturales, de cualquier cambio que se produzca en la situación de los asegurados que dé lugar a modificaciones en la Suma Asegurada, de acuerdo con la regla establecida para determinarla;
- i. Enviar a MetLife Más los nuevos consentimientos de los asegurados, en caso de modificación de la regla para determinar la Suma Asegurada.

7. Altas de asegurados

Las personas que ingresen a la colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte de la colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y hayan dado su consentimiento después de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo, MetLife Más, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que se le haya comunicado esa situación, podrá exigir requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Cuando la MetLife Más exija requisitos médicos u otros para asegurar a las personas a que se refiere el párrafo anterior, contará con un plazo de treinta (30) días naturales, contado a partir de la fecha en que se hayan cumplido dichos requisitos para resolver sobre la aceptación o no de asegurar a la persona, de no hacerlo se entenderá que la acepta con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

8. Baja de asegurados

Las personas que se separen definitivamente de la colectividad asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, MetLife Más restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.

Se excluirán de la cobertura de esta póliza a partir de la siguiente renovación los hijos del Asegurado que tengan un trabajo remunerativo, contraigan matrimonio o cumplan veinticinco (25) años de edad.

Cualquier pago realizado indebidamente por parte de MetLife Más a causa de omisión o negligencia en el aviso por parte del Contratante, obliga a éste a reintegrar dicho pago a MetLife Más.

9. Cambio de Contratante

Cuando la colectividad asegurada esté constituida por empleados u obreros de un mismo patrón o empresa y el objeto del contrato sea otorgar una prestación laboral, en caso de, cambio de Contratante, MetLife Más podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes a la colectividad dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del día siguiente de haber sido notificada la rescisión por escrito al nuevo Contratante. En cualquier caso, MetLife Más reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso los beneficios derivados de este contrato.

10. Periodo de cobertura

Para las coberturas señaladas en las cláusulas de:

- 1.1. Muerte Accidental
- 1.2. Indemnización Adicional por Muerte Accidental en Transporte Público Terrestre o Acuático
- 1.3. Indemnización Adicional por Muerte Accidental en Transporte Aéreo

- 1.4. Pérdidas Orgánicas
- 1.5. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente
- 1.6. Reembolso de Gastos Funerarios
- 1.7. Reembolso de Gastos Funerarios por Accidente
- 1.8. Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente
- 1.9. Invalidez Diaria por Hospitalización por Accidente
- 1.10. Fractura de Hueso
- 1.13. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente Dental

La cobertura comienza en la fecha de inicio de vigencia señalada en cada certificado individual y termina al suceder cualquiera de los siguientes acontecimientos:

- a) A la terminación de la vigencia de la cobertura según aparece en el certificado individual. Para la cobertura señalada en la cláusula 1.8.1., Indemnización Diaria por Hospitalización por Accidente en caso de que en la fecha de terminación de vigencia de la misma el Asegurado se encuentre hospitalizado, MetLife Más pagará la indemnización diaria por hospitalización al Asegurado correspondiente a esta cobertura hasta que la misma termine y limitándose a un periodo máximo de ciento ochenta (180) días por evento.
- b) A la muerte del Asegurado.
- c) Cuando conforme a lo indicado en la cláusula de renovación automática, no proceda la renovación por haber rebasado el Asegurado la edad máxima de renovación que se señala en la cláusula 17 edades de contratación.
- d) Por falta de pago de la prima correspondiente a la póliza, habiendo transcurrido el periodo de gracia.

Para las coberturas señaladas en todos los numerales que integran las cláusulas:

- 1.8.2. Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad
- 1.8.3. Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad Específica
- 1.11. Indemnización por Diagnóstico de Graves Enfermedades
- 1.12. Cobertura de Cáncer
- 1.14. Indemnización por Diagnóstico de Diabetes Infantil
- 1.15. Indemnización por Diagnóstico de Leucemia
- 1.16. Indemnización por Diagnóstico de Hemiplejia, Paraplejia, Cuadruplejia, Tetraplejia por Accidente
- 1.17. Indemnización por Diagnóstico del mal de Alzheimer
- 1.18. Indemnización por Diagnóstico del mal de Parkinson

La cobertura inicia noventa (90) días después de la fecha de inicio de vigencia de cada certificado individual, no aplica en caso de renovación y termina al suceder cualquiera de los siguientes acontecimientos:

- a) A la terminación de la vigencia de esta cobertura según aparece en el certificado individual. Para las coberturas señaladas en la cláusula 1.8.2. Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad y 1.8.3. Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad Específica, en caso de que en la fecha de terminación de vigencia de la misma el Asegurado se encuentre hospitalizado, MetLife Más pagará la indemnización diaria por hospitalización al Asegurado correspondiente a esta cobertura hasta que la misma termine y limitándose a un periodo máximo de ciento ochenta (180) días por evento.
- b) A la muerte del Asegurado.
- c) Cuando conforme a lo indicado en la cláusula de renovación automática, no proceda la renovación por haber rebasado el Asegurado la edad máxima de renovación que se señala en la cláusula 17 edades de contratación.
- d) Por falta de pago de la prima correspondiente a la póliza, habiendo transcurrido el periodo de gracia.
- e) A la primera ocurrencia de alguna de las enfermedades citadas en la cobertura de Graves Enfermedades o citadas en la cobertura de Cáncer.

11. Moneda del contrato

Los pagos que el Contratante y/o Asegurado y MetLife Más deban hacer en términos de esta póliza, se verificarán en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos vigente a la fecha de pago.

12. Periodo de carencia

Para las coberturas señaladas en las cláusulas:

- Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad
- Indemnización Diaria por Hospitalización por Enfermedad Específica
- Indemnización por Diagnóstico de Graves Enfermedades
- Cobertura de Cáncer
- Indemnización por Diagnóstico de Diabetes Infantil
- Indemnización por Diagnóstico de Leucemia
- Indemnización por Diagnóstico de Hemiplejia, Paraplejia, Cuadriplejia, Tetraplejia por Accidente
- Indemnización por Diagnóstico del mal de Alzheimer
- Indemnización por Diagnóstico del mal de Parkinson

Ningún pago será procedente si el padecimiento objeto de la reclamación se presenta durante los primeros noventa (90) días a partir de la fecha de inicio de vigencia de cada certificado individual.

13. Forma de pago de la Suma Asegurada contratada

MetLife Más pagará el importe señalado en el certificado individual correspondiente, para cada cobertura contratada, de la siguiente forma:

- a) En una sola exhibición.
- b) A petición expresa del Asegurado mediante el número de exhibiciones mensuales estipuladas en el mismo certificado individual.

El Asegurado tiene el derecho a establecer que el beneficio que se derive de las coberturas amparadas por esta póliza se pague en exhibiciones mensuales, en tal caso la Suma Asegurada será entregada al propio Asegurado beneficiario en el número de pagos señalado por el mismo. El monto de la renta será el equivalente a dividir la Suma Asegurada entre el número de número de pagos que determine el Asegurado, considerando la tasa de interés técnica. El primer pago se realizará en la fecha en que MetLife Más haya declarado procedente la reclamación, y las posteriores en forma mensual.

Se entenderá por tasa de interés técnica, la tasa de interés que se utiliza para determinar el valor del dinero en el tiempo, al realizar el cálculo actuarial de la prima de tarifa.

Si falleciere el Asegurado como consecuencia de un padecimiento cubierto por el certificado individual, MetLife Más, liquidará cualquier adeudo procedente al o a los beneficiarios designados por el Asegurado, que aparecen en el certificado individual.

14. Dividendos

Los dividendos por siniestralidad favorable, sólo podrán calcularse con base en la utilidad que resulte de la diferencia entre las primas netas de riesgo devengadas y los siniestros ocurridos. La prima neta de riesgo para efecto del cálculo de los dividendos, se determinará con base en el procedimiento que MetLife Más establezca en la nota técnica que registre ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los dividendos no podrán ser pagados antes de finalizar la vigencia de la póliza. No podrán pagarse dividendos anticipados ni garantizados. Se entenderá por dividendos anticipados la realización de pagos con base en la utilidad calculada antes de que finalice el periodo de vigencia de la póliza. En el caso de pólizas cuya vigencia sea menor a un año, no se podrán otorgar dividendos. En las pólizas multianuales, el pago de dividendos deberá ser anual, al aniversario de la póliza.

El Contratante o los asegurados, en este último caso cuando participen en el pago de la prima, tendrán derecho a participar de las utilidades de MetLife Más por buena siniestralidad, de manera proporcional a las aportaciones que hayan realizado a la prima, de acuerdo a la modalidad establecida en la carátula de la póliza, a saber, experiencia propia o experiencia global, de acuerdo a lo siguiente:

Experiencia propia. Cuando la prima de la colectividad esté determinada con base en la experiencia de siniestralidad de la misma o bien de las pólizas de seguro colectivo que pertenezcan a la misma colectividad empresarial. Para otorgar dividendos con base en la experiencia propia de la póliza, el número de integrantes de la colectividad asegurable no podrá ser inferior a mil (1000) al inicio de la vigencia del contrato.

La participación de las utilidades se determinará como un porcentaje de la prima pagada indicado en la carátula de la póliza, considerando únicamente la experiencia de siniestralidad de la póliza o de la colectividad de pólizas acordado con el Contratante.

La determinación de los dividendos a pagar en caso de pólizas por experiencia propia se realizará al finalizar la vigencia de la póliza.

Experiencia global. Cuando la prima de la colectividad asegurada no esté determinada con base en su experiencia propia. En el caso de experiencia global, los dividendos deberán determinarse utilizando la experiencia total de la cartera de MetLife Más.

La participación de las utilidades en experiencia global se determinará como un porcentaje de la prima pagada, menos comisiones y gastos, tomando como base las primas devengadas en el periodo de cálculo, los siniestros ocurridos en el periodo de cálculo y el incremento a la reserva de siniestros ocurridos y no reportados del periodo de cálculo; con base en la totalidad de pólizas que hayan estado vigentes en el periodo que corresponda en MetLife Más.

La determinación de los dividendos a pagar en caso de experiencia global se realizará al finalizar el ejercicio fiscal correspondiente.

En el caso de pólizas multianuales, los dividendos se podrán determinar al aniversario de la póliza.

En caso de que el Contratante reciba algún importe por concepto de dividendo determinado conforme a alguno de los procedimientos indicados en la presente cláusula, MetLife Más podrá compensar contra dividendos futuros, correspondientes a la siguiente vigencia de la póliza, aquellos siniestros ocurridos y no reportados durante la vigencia de la póliza, en el momento en que MetLife Más tenga conocimiento de dichos siniestros. En caso de que por cancelación de la póliza o no generación de dividendos en la siguiente vigencia, MetLife Más no pueda efectuar dicha compensación, el Contratante deberá reembolsar a MetLife Más el importe que ésta haya erogado con motivo del cumplimiento de sus obligaciones para con el Asegurado.

Si aparece indicado en la carátula de la póliza, el Contratante tendrá derecho a recibir el dividendo financiero que genere este contrato, de conformidad con el procedimiento establecido en la nota técnica.

El pago de los dividendos que se generen conforme a lo establecido en la presente cláusula, se realizará al Contratante en la fecha convenida para tal efecto en la carátula de la póliza, de conformidad con las fechas de cálculo arriba señaladas. En caso de que el Asegurado haya participado en el pago de la prima, el Contratante se obliga a hacerle entrega al Asegurado del porcentaje de dividendo a que tenga derecho, liberando a MetLife Más de toda responsabilidad por la entrega al Asegurado del dividendo que se hubiere generado durante el periodo de cálculo.

15. Aviso de siniestro

Se deberá avisar por escrito a MetLife Más de la ocurrencia de cualquier riesgo amparado por esta póliza, dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de su realización, sin perjuicio de lo señalado en la cláusula de prescripción.

16. Pruebas

El pago de cualquier siniestro cubierto requiere que el Asegurado aporte las suficientes pruebas a MetLife Más que demuestren:

- a) La edad del Asegurado, siempre y cuando no se haya demostrado con anterioridad.
- b) La ocurrencia del riesgo en cuestión, que deberá comprender, en su caso, el informe llenado y firmado por el médico tratante con el diagnóstico confirmado, así como la historia clínica y los estudios de laboratorio y gabinete que sustentan dicho diagnóstico.
- c) Adicionalmente, MetLife Más se reserva el derecho de examinar al Asegurado con el médico que designe y de hacer las investigaciones pertinentes con los médicos tratantes y el hospital utilizado.

17. Edades de contratación

Para efectos de esta póliza se considerará como edad, la edad alcanzada por el Asegurado, la cual será el número de años cumplidos en la fecha de contratación de la póliza y las subsecuentes renovaciones. La edad mínima y máxima de contratación y de renovación para cada cobertura se estipulara en la carátula de la póliza y en el certificado.

Para efectos de los hijos solteros y económicamente dependientes del Asegurado, la edad máxima de cobertura bajo la presente póliza será hasta los veinticinco (25) años, debiendo permanecer solteros y económicamente dependientes de los padres para la continuación de la cobertura hasta los veinticinco (25) años, mientras que para el cónyuge dependiente del Asegurado aplicarán las mismas reglas que para éste último. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, MetLife Más no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración, esté fuera de los límites de admisión fijados por MetLife Más, pero en este caso se devolverá al Asegurado la parte no devengada de la prima en la fecha de su rescisión.

Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por MetLife Más, se aplicarán las siguientes reglas:

- a. 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 MetLife Más 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.

- b. Si MetLife Más hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo del inciso anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, MetLife Más estará obligada a reembolsar la diferencia entre la prima 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.
- d. 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, MetLife Más estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos mencionados en esta cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato (artículo 172 de la Ley).

Si en el momento de celebrar el contrato de seguro, o con posterioridad, el Asegurado presenta a MetLife Más pruebas fehacientes de su edad, MetLife Más lo anotará en la póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro por muerte del Asegurado.

18. Primas

La primera prima vence en la fecha indicada en el recibo de pago de la póliza. El resto de las primas se entenderán vencidas al comienzo y no al fin de cada nuevo periodo, y tienen el objeto de garantizar la cobertura, siempre y cuando sean pagadas en el tiempo y forma establecidos en el recibo de pago de la póliza.

Las primas deberán ser pagadas en las oficinas de MetLife Más, en las instituciones bancarias autorizadas o en cualquier institución autorizada por MetLife Más, que aparecen en los recibos de pago que se harán llegar al Contratante. En caso de que el Contratante no reciba oportunamente el formato para el pago de las primas, no operará lo estipulado en la cláusula relativa al periodo de gracia.

El pago de las primas podrá efectuarse mediante cargo a tarjeta de crédito, para lo cual el estado de cuenta en donde aparezca dicho cargo hará prueba plena del pago. En caso de que dicho cargo no pueda realizarse por causas imputables al Contratante, el seguro cesará en sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia.

19. Periodo de gracia

Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos de esta póliza cesarán automáticamente a las cero horas del último día de dicho plazo. Los pagos subsecuentes deberán pagarse en la fecha de vencimiento.

Durante el periodo de gracia la cobertura se mantendrá vigente, sin embargo, si un Asegurado sufriera durante el transcurso del mismo, un siniestro pagadero bajo esta póliza, MetLife Más deducirá de las prestaciones a su cargo las primas vencidas no pagadas.

20. Designación de beneficiarios

Para efectos del seguro contratado, se tendrá como beneficiario de esta póliza al propio Asegurado. En caso de fallecimiento de éste, se tendrá como beneficiario(s) a la(s) persona(s) designada(s) conforme a lo establecido en la presente cláusula.

El Asegurado tiene el derecho de nombrar al o a los beneficiarios que desee, a su entera decisión y criterio, según sea el caso de acuerdo a las condiciones estipuladas en la definición de beneficiario. El beneficiario es la persona que habrá de recibir el beneficio del seguro contratado, el cual es pagadero al fallecimiento del Asegurado. El Asegurado podrá modificar la designación de sus beneficiarios en cualquier momento, salvo que haya cedido este derecho a un tercero o se haya designado un beneficiario con carácter irrevocable.

Tanto la designación como el cambio del o los beneficiarios deben hacerse en forma expresa, y comunicarse por escrito a MetLife Más, para la anotación correspondiente en la carátula de la póliza. Una vez hecha la anotación, el endoso respectivo o la carátula de la póliza será devuelto al Asegurado.

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el beneficio se distribuirá en partes iguales.

MetLife Más en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del acto jurídico que dio lugar a la designación del o los beneficiarios, o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella.

Advertencia

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.”

21. Comprobación del siniestro

MetLife Más tendrá el derecho de exigir del Asegurado y/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 del mismo. Por lo que, el Asegurado y/o beneficiario deben proporcionar a MetLife Más, toda la documentación requerida, así como las pruebas necesarias para la comprobación de la enfermedad, salvo en caso de fuerza mayor, caso fortuito o imposibilidad de hecho.

Se perderá todo derecho al beneficio correspondiente si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

22. Impuestos, tasas y contribuciones

Los impuestos, tasas y contribuciones de cualquier índole y jurisdicción que pudieran crearse en lo sucesivo o los eventuales aumentos de los tributos existentes, estarán a cargo del Contratante, de los beneficiarios o de los herederos, según sea el caso, salvo cuando la Ley los declare expresamente a cargo exclusivo de MetLife Más.

23. Domicilio

El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en esta póliza, es el de MetLife Más y los últimos declarados por el Contratante y el Asegurado según sea el caso.

En todos los casos en que el domicilio de las oficinas de MetLife Más llegare a ser diferente del que conste en la póliza expedida, deberá comunicar al Asegurado la nueva dirección en la república, para todas las informaciones y avisos que deban enviarse a MetLife Más y para cualquier otro efecto legal.

Los requerimientos y comunicaciones que MetLife Más deba hacer al Asegurado o a sus causahabientes, tendrán validez si se hacen en la última dirección que conozca MetLife Más.

24. Prescripción

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

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en MetLife Más 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 interposición de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro producirá la interrupción de la prescripción, mientras que la suspensión de la prescripción solo procede por la interposición de la reclamación ante la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones de esta institución, conforme lo dispuesto por el artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

25. Renovación automática

Tanto la póliza como los certificados individuales serán emitidos con vigencia anual o plazos menores. Transcurrido este periodo, MetLife Más podrá renovar anualmente los mismos en forma automática, hasta el aniversario de cada certificado individual en que el Asegurado alcance la edad de máxima de contratación dependiendo de la cobertura contratada, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratados, salvo que el Contratante manifieste expresamente su voluntad de no continuar con la cobertura. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

26. Competencia

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 555279 4542, lada sin costo 800 640 2010 o en nuestro portal www.metlifemas.com.mx

En caso de inconformidad, podrás contactar a la Unidad Especializada de MetLife Más, S.A. de C.V. en los teléfonos 555328-9002 o lada sin costo en el 800-907-1111, en el correo electrónico unidadespecializada@metlife.com.mx o en la dirección Avenida Insurgentes Sur número 1457, piso 11, 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 555340-0999 o lada sin costo 800-999-8080, en el correo: 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

27. Indemnización por mora

En caso de mora, la institución de seguros 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.

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

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

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

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

- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;
- IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;
- V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;
- VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

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

- VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;
- VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

En caso de que la institución de seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

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

- IX. Si la institución de seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 días de salario.

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

28. Rehabilitación

El Contratante podrá solicitar la rehabilitación de la póliza si ésta hubiera cesado en sus efectos por falta de pago oportuno. Para solicitar la rehabilitación, el Asegurado deberá ofrecer evidencias de asegurabilidad que sean satisfactorias a juicio de MetLife Más, siendo a cargo del Contratante los gastos que pudiera originar esta comprobación. Además, el Contratante deberá pagar la prima correspondiente para que pueda proceder la rehabilitación.

La póliza quedará rehabilitada a partir del día primero del mes siguiente a aquél en que MetLife Más haya aprobado la solicitud de rehabilitación. MetLife Más sólo responderá por los siniestros a consecuencia de accidentes o enfermedades producidos con posterioridad a la fecha de rehabilitación, por lo tanto, no quedarán cubiertos aquellos accidentes o enfermedades cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado durante el periodo en que la póliza no estuvo vigente.

Al quedar rehabilitada la póliza, se dará inicio a un periodo de carencia de noventa (90) días, en caso que aplique para la cobertura de que se trate.

29. Identificación de los asegurados

Por medio de la presente póliza, y con relación a las disposiciones a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el Contratante reconoce que tiene y mantendrá vigentes y disponibles para MetLife Más expedientes que contengan copia de los siguientes documentos de identificación de asegurados en esta póliza:

- a) Identificación personal que deberá ser en todo caso un documento original oficial emitido por autoridad competente, vigente a la fecha de su presentación, en donde aparezca fotografía, domicilio y firma del portador;
- b) Comprobante de domicilio;
- c) De contarse con ella, constancia de la Clave Única de Registro de Población (CURP), expedida por la Secretaría de Gobernación;
- d) De contar con ella, cédula de identificación fiscal (RFC);
- e) Empleados de nacionalidad diversa a la mexicana, el documento mediante el cual se acredite su legal estancia en el país.

30. Duplicado de póliza

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta póliza, el Contratante podrá obtener un duplicado en sustitución de la póliza original. Una vez emitido el duplicado, el original pierde todo valor. Las modificaciones efectuadas después de emitido el duplicado serán las únicas válidas. Esta solicitud deberá hacerse por escrito por el Contratante, en el domicilio de MetLife Más.

El Contratante tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del contrato y copia de la póliza. En ambos casos, los gastos correspondientes serán por cuenta del Contratante.

31. Exclusiones

Esta póliza no cubre los riesgos, y por tanto MetLife Más no será responsable del pago de la indemnización señalada, cuando la enfermedad o lesión diagnosticada, o la intervención quirúrgica de que se trate, sea efecto directo o indirecto, total o parcialmente de alguna de las siguientes situaciones:

- a) Guerra declarada o no, civil o internacional, así como la prestación de servicios del Asegurado en las fuerzas armadas o fuerzas policiales de cualquier tipo.**

- b) Peleas o riñas en que el Asegurado sea el provocador, salvo en aquellos casos en que se establezca judicialmente que se ha tratado de legítima defensa.**
- c) Participación en acto delictuoso, empresa criminal o por aplicación legítima de la pena de muerte. actos de guerrilla, rebelión, sedición, motín, terrorismo o actos de terrorismo, huelga o tumulto popular, cuando el Asegurado hubiera participado como elemento activo.**
- d) Accidentes ocurridos por culpa grave del Asegurado por encontrarse en estado de embriaguez o bajo los efectos alucinógenos o drogas no prescritas por un médico titulado.**
- e) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades deportivas profesionales, así como también la práctica de: inmersión submarina, montañismo, vuelo delta, paracaidismo, charrería, esquí, tauromaquia, box, lucha libre y grecorromana, rafting, bungee, rappel, jet-ski; carreras de caballos, automóviles, motocicletas y de lanchas; y otras actividades riesgosas, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar la presente póliza, o durante su vigencia, salvo pacto en contrario expreso por escrito por MetLife Más.**
- f) La práctica o el desempeño de alguna actividad, profesión u oficio claramente riesgoso, que no hayan sido declarados por el Asegurado al momento de contratar esta póliza o durante su vigencia, salvo pacto en contrario expreso por escrito por MetLife Más.**
- g) La participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquiera maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendido por tales aquellas donde se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas, salvo pacto en contrario expreso por escrito por MetLife Más.**
- h) Viaje o vuelo en vehículo aéreo de cualquier clase, excepto en el siguiente caso: que este viajando como pasajero en un avión comercial, operado por una empresa de transporte aéreo, sobre una ruta establecida para el transporte de pasajeros sujeto a itinerario.**
- i) Riesgos nucleares o atómicos.**
- j) Hernias y sus consecuencias, sea cual fuere la causa de que provengan.**
- k) Tratamientos médicos o quirúrgicos distintos de los necesarios a consecuencia de lesiones o enfermedades cubiertas por esta póliza.**
- l) Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), el complejo sintomático relacionado con el sida y todas las enfermedades causadas y/o relacionadas con el virus VIH positivo.**
- m) Infección oportunista y/o neoplasma maligno si en el momento de presentarse el accidente, el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmuno Deficiencia Humana). las infecciones oportunistas incluirán la neumonía pneumocistis carinii, sarcoma de Kaposi y linfoma del sistema nervioso central.**

- n) **Anomalías congénitas o trastornos que sobrevengan por tales anomalías o relacionadas con ellas.**
- o) **Padecimientos preexistentes a la fecha de la alta del Asegurado dentro de la póliza.**
- p) **Exámenes médicos de rutina.**
- q) **Cirugías plásticas estéticas, salvo las cirugías reconstructivas que se requieran como consecuencia de lo estipulado en las coberturas 2.11.8. cirugía reconstructiva por quemadura grave, 2.12.4. cirugía reconstructiva por cáncer, y 2.12.5. prótesis por cirugía radical de cáncer de mama.**
- r) **Enfermedades o accidentes que resulten ser a consecuencia de lesiones que se cause a sí mismo el Asegurado, incluyendo la tentativa de suicidio.**
- s) **Participación en carreras, apuestas, competencias y desafíos que sean remunerados o sean la ocupación principal del Asegurado.**
- t) **Cuando el cáncer se derive de lo siguiente:**
- **Tumores que presentan los cambios malignos característicos de carcinoma “in situ” o aquellos considerados por histología como premalignos.**
 - **Todos los carcinomas de la piel, carcinomas basocelulares, células escamosas, hiperqueratosis, excepto cuando se trate de diseminación de otros órganos.**
 - **Leucemia linfática crónica.**
 - **Sarcoma de Kaposi y otros tumores relacionados con la infección VIH o SIDA.**
 - **Toda enfermedad distinta al cáncer.**
 - **Todo tipo de accidente.**
 - **Todo cáncer cuyo estudio diagnóstico se haya iniciado con anterioridad a la contratación de la póliza o durante el periodo de carencia.**
- u) **Enfermedad de las coronarias que no requieren cirugía, incluyendo en la exclusión la angioplastia de globo y otras técnicas invasivas que no requieren cirugía.**
- v) **Tratamiento o cirugía dental, excepto en dientes naturales sanos. Ocasionado por una lesión accidental.**

32. Etapas médicas de cáncer

Cáncer de mama	Descripción
Etapas	
I	Tumor localizado
IIA	Tumor 2 cm. con metástasis a ganglios solo axilares
IIB	Tumor mayor de 2 cm. menor de 5 con metástasis a ganglios ipsolaterales
IIIA	Tumor mayor a 5 cm. con metástasis a ganglios y a otras estructuras
IIIB	Tumor cualquier tamaño con metástasis distales
IV	Tumor metástasis grado terminal

Cáncer cervicouterino	Descripción
Etapas	
IA	Solo a cuello uterino
IB	DX por microscopia
II	Más allá del cuello uterino
IIA	Afección no obvia
IIB	Afección obvia
III	Extensión de carcinoma al tercio inferior de la vagina o pared pélvica lateral
IIIA	Afección a vagina sin extensión a pared pélvica
IIIB	Afección a vagina con extensión a pared pélvica, a riñón
IV	Carcinoma extendido mas allá de la pelvis
IVA	Invasión más allá como recto, vejiga
IVB	Propagación a órganos distantes

Cáncer de próstata	Descripción
Etapas	
Tx	No puede evaluarse
T0	Sin evidencia de tumor
Tis	Carcinoma in situ
T1a	Menos 5% para enfermedad benigna
T1b	Más de 5% para enfermedad benigna
T1c	Detectado por aumento de tamaño
T2a	Tumor en el lóbulo
T2b	Tumor en ambos lóbulos
T3a	Extensión extracapsular
T3b	Afección a vesículas seminales
T4	Afección a órganos adyacentes

33. Comisiones o compensaciones

Durante la vigencia de la póliza, el Contratante podrá solicitar por escrito a MetLife Más 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 Más proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro PPAQ-S0058-0017-2010 de fecha 01 de junio de 2010 / CONDUSEF-000070-02.

En cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 21 de abril de 2015 con el número RESP-S0058-0403-2015.



MetLife Más, S.A. de C.V.

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 555279 4542, lada sin costo 800 640 2010 o en nuestro portal www.metlifemas.com.mx

En caso de inconformidad, podrás contactar a la Unidad Especializada de MetLife Más, S.A. de C.V. en los teléfonos 555328-9002 o lada sin costo en el 800-907-1111, en el correo electrónico unidadespecializada@metlife.com.mx o en la dirección Avenida Insurgentes Sur número 1457, piso 11, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920.

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

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

metlifemas.com.mx
800 640 2010