



Primordial

Condiciones generales

RECAS: CONDUSEF-006294-02

Contenido

1. Apartado uno – Objeto del seguro	1
2. Apartado dos – Definiciones	1
2.1. Accidente	1
2.2. Asegurado dependiente	1
2.3. Asegurado titular	1
2.4. Beneficiario	1
2.5. Contratante	1
2.6. Endoso	1
2.7. Enfermedad	1
2.8. Evento	1
2.9. Evento preexistente	1
2.10. Extraprima	2
2.11. Fecha de inicio de cobertura	2
2.12. Fecha de inicio de vigencia	2
2.13. Fecha de ocurrencia	2
2.14. Fecha de término de vigencia	2
2.15. Gasto médico	2
2.16. Hospital, clínica o sanatorio	2
2.17. Hospitalización	3
2.18. Médico	3
2.19. Médico tratante	3
2.20. Moneda	3
2.21. Padecimiento	3
2.22. Periodo al descubierto	3
2.23. Periodo de espera	3
2.24. Periodo de gracia	3
2.25. Póliza	3
2.26. Práctica Profesional	4
2.27. Primas	4
2.28. Prima neta	4
2.29. Prima neta no devengada	4
2.30. Procedimiento quirúrgico	4
2.31. Reconocimiento de antigüedad o antigüedad reconocida	4

2.32. Reclamación	4
2.33. Reembolso de gastos médicos	4
2.34. Renovación	4
2.35. Suma Asegurada	4
2.36. Territorialidad	4
2.37. Vigencia	4
2.38. Definiciones de los padecimientos y procedimientos cubiertos	5
2.38.1. Amigdalectomía	5
2.38.2. Apendicectomía	5
2.38.3. Bronquitis aguda	5
2.38.4. Cáncer de cuello del útero	5
2.38.5. Cáncer de mama	5
2.38.6. Cáncer de próstata	5
2.38.7. Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	5
2.38.8. Cirugía Anorrectal	5
2.38.9. Cirugía por ruptura de tendón de Aquiles	5
2.38.10. Colectomía	5
2.38.11. Diabetes mellitus	5
2.38.12. Enfermedad por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	5
2.38.13. Enfermedad cerebrovascular	5
2.38.14. Enfermedades hipertensivas	6
2.38.15. Funduplicatura	6
2.38.16. Hernioplastía inguinal	6
2.38.17. Hiperplasia prostática	6
2.38.18. Histerectomía	6
2.38.19. Infarto cardíaco agudo	6
2.38.20. Influenza y neumonía	6
2.38.21. Insuficiencia renal crónica	6
2.38.22. Litotripsia extracorpórea	6
2.38.23. Mastectomía	6
2.38.24. Ooforectomía	6
2.38.25. Preeclampsia y Eclampsia	6
2.38.26. Prostectomía	7
2.38.27. Trasplante de órganos	7

2.38.28. Úlcera gástrica	7
2.38.29. Varicocelelectomía	7
3. Apartado tres – Descripción de coberturas	7
3.1. Indemnización por diagnóstico o tratamiento	7
3.2. Renta diaria por hospitalización	7
3.3. Reembolso de gastos médicos por accidente	7
4. Apartado cuatro – Póliza	7
5. Apartado cinco – Cuadro descriptivo de coberturas amparadas	8
5.1 Periodos de espera	8
5.2 Renta diaria por hospitalización	8
5.3 Reembolso de gastos médicos por accidente	8
6. Apartado seis – Indemnización	9
6.1. Indemnización por diagnóstico o tratamiento	9
6.1.1. Amigdalectomía	9
6.1.2. Apendicectomía	9
6.1.3. Bronquitis aguda	9
6.1.4. Cáncer de cuello de útero	10
6.1.5. Cáncer de mama	10
6.1.6. Cáncer de próstata	10
6.1.7. Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	11
6.1.8. Cirugía Anorrectal	11
6.1.9. Cirugía por ruptura del tendón de Aquiles	11
6.1.10. Colectomía	12
6.1.11. Diabetes Mellitus	12
6.1.12. Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	12
6.1.13. Enfermedad cerebrovascular	13
6.1.14. Enfermedades hipertensivas	13
6.1.15. Funduplicatura	13
6.1.16. Hernioplastia inguinal	14
6.1.17. Hiperplasia prostática	14
6.1.18. Histerectomía	14
6.1.19. Infarto cardíaco agudo	15
6.1.20. Influenza y neumonía	15
6.1.21. Insuficiencia renal crónica	15

6.1.22. Litotripsia extracorpórea	16
6.1.23. Mastectomía	16
6.1.24. Ooforectomía	16
6.1.25. Preeclampsia y eclampsia	17
6.1.26. Prostatactomía	17
6.1.27. Trasplante de órganos	17
6.1.28. Úlcera gástrica	18
6.1.29. Varicocelelectomía	18
6.2. Renta diaria por hospitalización	19
6.3. Reembolso de gastos médicos por accidente	19
7. Apartado siete – Exclusiones	20
8. Apartado ocho – Coberturas adicionales opcionales con costo	22
8.1. Cobertura Incremento de Suma Asegurada (su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)	22
9. Apartado nueve – Información importante para el Asegurado	22
9.1. Pago de prima	22
9.2. Orientación y asistencia médica	22
9.3. Documentación adicional para el pago de reclamaciones	23
9.4. Pago de reclamaciones	23
10. Apartado diez – Cláusulas generales	24
10.1. Cláusulas de interés para el Asegurado	24
10.1.1. Altas de asegurados	24
10.1.2. Baja de asegurados	24
10.1.3. Edad alcanzada	25
10.1.4. Ocupación	25
10.1.5. Primas	26
10.1.6. Reconocimiento de antigüedad	26
10.1.7. Régimen fiscal	26
10.1.8. Periodo de beneficio	26
10.1.9. Rehabilitación	27
10.2. Cláusulas operativas	27
10.2.1. Agravación del riesgo	27
10.2.2. Cancelación	28
10.2.3. Vigencia del contrato	29
10.2.4. Rescisión del contrato	29

10.2.5. Residencia	29
10.2.6. Modificaciones	30
10.3. Cláusulas contractuales	30
10.3.1. Arbitraje médico para padecimiento preexistente	30
10.3.2. Derecho del Contratante para conocer el porcentaje de intermediación	30
10.3.3. Competencia	30
10.3.4. Notificaciones	31
10.3.5. Indemnización por mora	31
10.3.6. Moneda	31
10.3.7. Notificaciones	31
10.3.8. Omisiones o inexactas declaraciones	31
10.3.9. Prescripción	31
10.3.10. Responsabilidad	32
10.3.11. Revelación de comisiones	32
10.3.12. Subrogación	32
10.3.13. Renovación	32
10.3.14 Referencias legales	33
Anexo Referencias legales	33

1. Apartado uno – Objeto del seguro

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

2. Apartado dos – Definiciones

2.1. Accidente

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

2.2. Asegurado dependiente

Cónyuge, concubina o concubinario, hijos del asegurado titular, ascendentes directos que se encuentren cubiertos en la misma póliza.

2.3. Asegurado titular

Persona física amparada por la presente póliza señalada en la carátula de la póliza.

2.4. Beneficiario

Persona física titular de los derechos indemnizatorios.

2.5. Contratante

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

2.6. Endoso

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

2.7. Enfermedad

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

2.8. Evento

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

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

2.9. Evento preexistente

Se entenderá como evento preexistente, aquel:

- a) Que haya presentado el Asegurado previamente a la celebración del presente contrato, comprobable mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.
- b) Por el que previamente a la celebración del contrato el Asegurado haya hecho gastos o a título gratuito para recibir un tratamiento médico, comprobables documentalmente.

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

2.10. Extraprima

Es una cantidad adicional a la prima neta, que el Contratante se obliga a pagar a MetLife, por cubrir un riesgo que por su tipo de actividades, hábitos o estado de salud declarados por el asegurado agravan la valoración del riesgo al momento de contratar la póliza

2.11. Fecha de inicio de cobertura

Es la fecha a partir de la cual cada uno de los asegurados cuenta con la protección ofrecida en esta póliza. Si la póliza se cancela o no se renueva, los asegurados perderán su antigüedad.

2.12. Fecha de inicio de vigencia

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

2.13. Fecha de ocurrencia

Para enfermedades será, la fecha de elaboración de un expediente médico firmado por un médico, en el que se haya diagnosticado la enfermedad mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. Es la fecha en la que se efectuó el primer gasto médico comprobable a causa de la enfermedad.

Para un accidente, será la fecha en que sucedió el mismo.

2.14. Fecha de término de vigencia

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

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

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

2.14.2 El término del periodo de gracia para el pago de la prima vencida.

2.15. Gasto médico

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

2.16. Hospital, clínica o sanatorio

Aquella institución pública o privada legalmente constituida y registrada que tiene por objeto ofrecer servicios médicos y tratamientos quirúrgicos originados a consecuencia de un padecimiento, por médicos legalmente autorizados durante las 24 horas del día y durante todos los días del año.

No se considerará como hospital, clínica o sanatorio:

- **Clínicas para el tratamiento de enfermedades mentales o cuyo principal objetivo sea el tratamiento de enfermedades psiquiátricas. Así mismo se excluyen tratamientos en los departamentos psiquiátricos de los hospitales.**
- **Casas para ancianos, casas de descanso, centro para el tratamiento de drogadictos y/o alcohólicos y/o neuróticos.**

- **Clínicas para tratamientos naturales, termales, masajes, estéticos u otros tratamientos similares.**

2.17. Hospitalización

Es el internamiento del Asegurado por más de 24 horas en una institución hospitalaria legalmente autorizada para la atención de una enfermedad o accidente médicamente justificada y comprobable.

Inicia con el ingreso y concluye con el alta que otorga el médico tratante.

2.18. Médico

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

2.19. Médico tratante

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

2.20. Moneda

Los pagos de primas e indemnizaciones de esta póliza se efectuarán en Moneda Nacional.

2.21. Padecimiento

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

2.22. Periodo al descubierto

Periodo de tiempo en el cual la prima de la póliza no está pagada.

No procederá el pago de reclamaciones por enfermedades y/o accidentes cubiertos cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado durante este periodo.

2.23. Periodo de espera

Es el lapso necesario que debe transcurrir ininterrumpidamente para cada Asegurado desde la fecha de inicio de vigencia de la cobertura de la primera póliza de este producto, salvo lo estipulado por el reconocimiento de antigüedad, a fin de que determinados padecimientos puedan ser cubiertos, tal como se describen en los apartados correspondientes.

2.24. Periodo de gracia

Lapso extraordinario para el pago de la prima el cual vencerá una vez transcurridos 30 días a partir del inicio de cada periodo pactado (anual, semestral, trimestral o mensual).

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

Cuando el pago de la póliza se realiza de manera fraccionada, los recibos subsecuentes al primero no contarán con dicho periodo.

2.25. Póliza

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

2.26. Práctica Profesional

Realización del deporte con altas exigencias técnicas de preparación y entrenamiento que les permita participar en competencias con la meta de obtener logros deportivos del más alto nivel y/o recibir una remuneración económica al respecto.

2.27. Primas

La prima de la presente póliza será la suma de las correspondientes a cada Asegurado de acuerdo con la tarifa en vigor a la fecha de inicio de vigencia de la póliza dadas las características del producto contratado, edad, sexo y en su caso, la extraprima correspondiente.

2.28. Prima neta

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

2.29. Prima neta no devengada

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

2.30. Procedimiento quirúrgico

Operación instrumental, total o parcial, de lesiones causadas por enfermedades o accidentes, con fines diagnósticos, de tratamiento o de rehabilitación de secuelas.

2.31. Reconocimiento de antigüedad o antigüedad reconocida

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

2.32. Reclamación

Es el trámite que realiza el Contratante o Asegurado ante MetLife, para solicitar el pago de los beneficios a consecuencia de un evento.

MetLife se reserva el derecho de dictaminar si es o no procedente de acuerdo con las coberturas de la presente póliza.

2.33. Reembolso de gastos médicos

Mecanismo mediante el cual MetLife reintegra al Asegurado los gastos procedentes efectuados por él mismo a consecuencia de un accidente y/o enfermedad cubierta.

2.34. Renovación

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

2.35. Suma Asegurada

Monto máximo especificado en la carátula de la póliza, que MetLife pagará por cada padecimiento amparado por la póliza, siempre y cuando dicho evento ocurra durante la vigencia del seguro.

2.36. Territorialidad

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

2.37. Vigencia

Periodo de validez de la póliza.

2.38. Definiciones de los padecimientos y procedimientos cubiertos

2.38.1. Amigdalectomía

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

2.38.2. Apendicectomía

Es la cirugía abierta o laparoscópica para extirpar el apéndice.

2.38.3. Bronquitis aguda

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

2.38.4. Cáncer de cuello del útero

Tumor maligno de cuello de útero o matriz.

2.38.5. Cáncer de mama

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

2.38.6. Cáncer de próstata

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

2.38.7. Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón

Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón.

2.38.8. Cirugía Anorrectal

Intervención quirúrgica para el tratamiento que involucra el recto y el ano.

2.38.9. Cirugía por ruptura de tendón de Aquiles

Intervención quirúrgica para corregir la ruptura del tendón de Aquiles, dependiendo de la lesión, ésta puede ser sutura o aplicación de injerto.

2.38.10. Colectomía

Intervención quirúrgica abierta o laparoscópica que consiste en la extracción de la vesícula biliar.

2.38.11. Diabetes mellitus

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

2.38.12. Enfermedad por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

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

2.38.13. Enfermedad cerebrovascular

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

2.38.14. Enfermedades hipertensivas

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

2.38.15. Funduplicatura

Intervención quirúrgica abierta o laparoscópica utilizada para tratar el reflujo gastroesofágico.

2.38.16. Hernioplastia inguinal

Intervención quirúrgica abierta o laparoscópica para reparar una hernia inguinal.

2.38.17 Hiperplasia prostática

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

2.38.18. Histerectomía

Intervención quirúrgica abierta o laparoscópica mediante la cual se extirpa el útero o matriz.

2.38.19. Infarto cardíaco agudo

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

2.38.20. Influenza y neumonía

2.38.20.1. Influenza: enfermedad altamente contagiosa producida por el virus de la influenza, afecta tanto a hombres como mujeres de cualquier edad.

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

2.38.21. Insuficiencia renal crónica

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

2.38.22. Litotripsia extracorpórea

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

2.38.23. Mastectomía

Intervención quirúrgica mediante la que se extirpa la glándula mamaria, de manera parcial o total.

2.38.24. Ooforectomía

Intervención quirúrgica abierta o laparoscópica para extirpar uno o ambos ovarios.

2.38.25. Preeclampsia y Eclampsia

2.38.25.1. Preeclampsia: Enfermedad que afecta a mujeres embarazadas a partir de la semana 20 del embarazo y hasta 48 horas posteriores al nacimiento caracterizada por la elevación de la presión arterial, aumento significativo de las proteínas en orina y edema.

2.38.25.2. Eclampsia: Es la presencia de convulsiones o coma en mujeres embarazadas con diagnóstico previo de preeclampsia, cuando para éstos no existe otra causa diferente del embarazo.

2.38.26. Prostatectomía

Intervención quirúrgica abierta o laparoscópica mediante la que se extirpa la totalidad o una parte de la próstata.

2.38.27. Trasplante de órganos

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

2.38.28. Úlcera gástrica

Erosión o desgaste del revestimiento del estómago.

2.38.29. Varicocelelectomía

Intervención quirúrgica abierta o laparoscópica para corregir la varicocele o várices escrotales.

3. Apartado tres – Descripción de coberturas

3.1. Indemnización por diagnóstico o tratamiento

Si durante la vigencia de esta póliza el Asegurado presentara un diagnóstico o tratamiento cubierto y realizado durante la vigencia de la presente póliza, MetLife pagará la respectiva Suma Asegurada conforme a lo indicado en la caratula de la póliza. Para que esta cobertura surta efecto, cada evento cubierto deberá cumplir con las estipulaciones mencionadas en el apartado 6.1. de estas condiciones generales.

3.2. Renta diaria por hospitalización

Si durante la vigencia de esta póliza, el Asegurado incurriera en una hospitalización cubierta, MetLife pagará la renta diaria estipulada en la Suma Asegurada que se menciona la caratula de la póliza por cada día de hospitalización hasta el límite de responsabilidad por pago de rentas diarias. Para que esta cobertura surta efecto, deberá cumplir con las estipulaciones mencionadas en el apartado 6.2. de estas condiciones generales.

3.3. Reembolso de gastos médicos por accidente

Si como consecuencia directa de un accidente, dentro de los 10 días siguientes a la fecha de este, el asegurado se somete a tratamiento médico o intervención quirúrgica, hospitalizarse o hacer uso de los servicios de enfermera, ambulancia o medicinas, MetLife reembolsará, además de las otras indemnizaciones a que tuviere derecho el Asegurado, el costo de las mencionadas asistencias hasta la cantidad máxima asegurada por este concepto previa comprobación. No quedan cubiertos los gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su hospitalización.

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

Para que esta cobertura surta efecto, cada evento deberá cumplir con las estipulaciones mencionadas en el apartado 6.3. de estas condiciones generales.

4. Apartado cuatro – Póliza

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

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

5. Apartado cinco – Cuadro descriptivo de coberturas amparadas

5.1 Periodos de espera

Padecimiento ó Procedimiento	Periodos de espera
Amigdalectomía ²	12 meses
Apendicectomía ²	Sin periodo
Bronquitis aguda ¹	30 días
Cáncer de cuello del útero ¹	6 meses
Cáncer de mama ¹	6 meses
Cáncer de prostata ¹	6 meses
Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón ¹	6 meses
Cirugía anorrectal ²	12 meses
Cirugía por ruptura del tendón de aquiles ²	12 meses
Colecistectomía ²	30 días
Diabetes mellitus ¹	6 meses
Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) ¹	48 meses
Enfermedades cerebrovasculares ¹	Sin periodo
Enfermedades hipertensivas ¹	6 meses
Funduplicatura ²	12 meses
Hernioplastia inguinal ²	12 meses
Hiperplasia prostática ¹	6 meses
Histerectomía ²	12 meses
Infarto cardiaco agudo ¹	Sin periodo
Influenza y neumonía ¹	30 días
Insuficiencia renal crónica ¹	3 meses
Litotripsia extracorpórea ²	30 días
Mastectomía ²	12 meses
Ooforectomía ²	12 meses
Preeclampsia o eclampsia ¹	10 meses
Prostatectomía ²	6 meses
Trasplante de órganos ²	3 meses
Úlcera gástrica ¹	3 meses
Varicocelelectomía ²	12 meses
Renta diaria por hospitalización	30 días por enfermedad Sin periodo para accidente
Reembolso de gastos médicos por accidente	Sin periodo

¹ Padecimiento, ² Procedimiento

5.2 Renta diaria por hospitalización

5.2.1 Renta diaria por hospitalización a partir del tercer día consecutivo de hospitalización por enfermedad y a partir del primer día por accidente.

5.2.2. Suma Asegurada: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

5.2.3. Periodo de espera: 30 días por enfermedad. Para accidente sin periodo de espera.

5.2.4. Periodo de pago máximo: 30 días por evento.

5.3 Reembolso de gastos médicos por accidente

5.3.1. Accidentes mayores a \$1,000.

5.3.2. Suma Asegurada por vigencia por Asegurado conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

6. Apartado seis – Indemnización

6.1. Indemnización por diagnóstico o tratamiento

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

6.1.1. Amigdalectomía

6.1.1.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

6.1.1.2. Periodo de espera: 12 meses.

6.1.1.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

6.1.1.3.1. Reporte de radiografía lateral de cuello.

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

6.1.1.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.

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

6.1.2. Apendicectomía

6.1.2.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

6.1.2.2. Periodo de espera: no aplica.

6.1.2.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

6.1.2.3.1. Estudio histopatológico.

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

6.1.2.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.

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

6.1.3. Bronquitis aguda

6.1.3.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

6.1.3.2. Periodo de espera: 30 días.

- 6.1.3.3.** Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico.
 - 6.1.3.3.1.** Estudio histopatológico y/o tomografía.
 - 6.1.3.3.2.** Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del Asegurado.
 - 6.1.3.3.3.** Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.
- 6.1.3.4.** La Suma Asegurada del diagnóstico es única en la vigencia de la póliza siempre y cuando haya existido hospitalización del Asegurado.

6.1.4. Cáncer de cuello de útero

- 6.1.4.1.** Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.
- 6.1.4.2.** Periodo de espera: 6 meses.
- 6.1.4.3.** Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:
 - 6.1.4.3.1.** Estudio histopatológico.
 - 6.1.4.3.2.** Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del Asegurado.
 - 6.1.4.3.3.** Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.
- 6.1.4.4.** La Suma Asegurada por el diagnóstico es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

6.1.5. Cáncer de mama

- 6.1.5.1.** Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.
- 6.1.5.2.** Periodo de espera: 6 meses.
- 6.1.5.3.** Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:
 - 6.1.5.3.1.** Estudio histopatológico.
 - 6.1.5.3.2.** Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del Asegurado.
 - 6.1.5.3.3.** Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.
- 6.1.5.4.** La Suma Asegurada del diagnóstico es por glándula mamaria, única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

6.1.6. Cáncer de próstata

- 6.1.6.1.** Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.
- 6.1.6.2.** Periodo de espera: 6 meses.
- 6.1.6.3.** Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

6.1.6.3.1. Estudio histopatológico.

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

6.1.6.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.

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

6.1.7. Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón

6.1.7.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

6.1.7.2. Periodo de espera: 6 meses.

6.1.7.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

6.1.7.3.1. Estudio histopatológico.

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

6.1.7.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.

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

6.1.8. Cirugía Anorrectal

6.1.8.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

6.1.8.2. Periodo de espera: 12 meses.

6.1.8.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico.

6.1.8.3.1. Reporte del médico tratante describiendo exploración física, signos y síntomas que corroboren el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del Asegurado.

6.1.8.3.2. En caso de contar con estudios de imagen anexar su interpretación.

6.1.8.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.

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

6.1.9. Cirugía por ruptura del tendón de Aquiles

6.1.9.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

6.1.9.2. Periodo de espera: 12 meses.

6.1.9.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico.

6.1.9.3.1. Estudio de imagen (ultrasonido y/o resonancia magnética).

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

6.1.9.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.

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

6.1.10. Colectomía

6.1.10.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

6.1.10.2. Periodo de espera: 30 días.

6.1.10.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

6.1.10.3.1. Estudio histopatológico.

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

6.1.10.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.

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

6.1.11. Diabetes Mellitus

6.1.11.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

6.1.11.2. Periodo de espera: 6 meses.

6.1.11.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico.

6.1.11.3.1. Reporte de hemoglobina glicosilada.

6.1.11.3.2. Reporte de química sanguínea.

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

6.1.11.3.4. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.

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

6.1.12. Enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

6.1.12.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

6.1.12.2. Periodo de espera: 48 meses.

6.1.12.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

6.1.12.3.1. Reporte de Western Blot.

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

6.1.12.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.

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

6.1.13. Enfermedad cerebrovascular

6.1.13.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

6.1.13.2. Periodo de espera: No aplica.

6.1.13.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

6.1.13.3.1. Reporte de tomografía cerebral y/o resonancia magnética de sistema nervioso central (cerebral).

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

6.1.13.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.

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

6.1.14. Enfermedades hipertensivas

6.1.14.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

6.1.14.2. Periodo de espera: 6 meses.

6.1.14.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

6.1.14.3.1. Cifras tensionales.

6.1.14.3.2. Electrocardiograma en reposo.

6.1.14.3.3. Placa de tórax.

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

6.1.14.3.5. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.

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

6.1.15. Funduplicatura

6.1.15.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

6.1.15.2. Periodo de espera: 12 meses.

6.1.15.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico.

6.1.15.3.1. Endoscopia Esofagogastroduodenal, manometría y pH-metría.

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

6.1.15.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.

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

6.1.16. Hernioplastia inguinal

6.1.16.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

6.1.16.2. Periodo de espera: 12 meses.

6.1.16.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico.

6.1.16.3.1. Ultrasonido y/o tomografía.

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

6.1.16.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.

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

6.1.17. Hiperplasia prostática

6.1.17.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

6.1.17.2. Periodo de espera: 6 meses.

6.1.17.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

6.1.17.3.1. Reporte histopatológico.

6.1.17.3.2. Reporte de ultrasonido de próstata.

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

6.1.17.3.4. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.

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

6.1.18. Histerectomía

6.1.18.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

6.1.18.2. Periodo de espera: 12 meses.

6.1.18.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico.

- 6.1.18.3.1.** Ultrasonido y/o tomografía.
- 6.1.18.3.2.** Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del Asegurado.
- 6.1.18.3.3.** Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.
- 6.1.18.4.** La Suma Asegurada por el diagnóstico es única en la vigencia de la póliza siempre y cuando haya existido hospitalización del Asegurado.

6.1.19. Infarto cardíaco agudo

- 6.1.19.1.** Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.
- 6.1.19.2.** Periodo de espera: no aplica.
- 6.1.19.3.** Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:
 - 6.1.19.3.1.** Reporte de electrocardiograma.
 - 6.1.19.3.2.** Reporte de enzimas cardíacas.
 - 6.1.19.3.3.** Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del Asegurado.
 - 6.1.19.3.4.** Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.
- 6.1.19.4.** La Suma Asegurada por el diagnóstico es única en la vida del Asegurado y no es objeto de reinstalación.

6.1.20. Influenza y neumonía

- 6.1.20.1.** Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.
- 6.1.20.2.** Periodo de espera: 30 días.
- 6.1.20.3.** Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:
 - 6.1.20.3.1.** Estudio Panel Viral respiratorio que confirme el diagnostico etiológico.
 - 6.1.20.3.2.** Reporte de radiografía de tórax.
 - 6.1.20.3.3.** Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del Asegurado.
 - 6.1.20.3.4.** Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.
- 6.1.20.4.** La Suma Asegurada por el diagnóstico es única en la vigencia de la póliza, siempre y cuando haya existido hospitalización.

6.1.21. Insuficiencia renal crónica

- 6.1.21.1.** Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.
- 6.1.21.2.** Periodo de espera: 3 meses.

6.1.21.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

6.1.21.3.1. Reporte de prueba de función renal.

6.1.21.3.2. Reporte de electrolitos.

6.1.21.3.3. Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico y clasificación de la enfermedad renal, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del Asegurado.

6.1.21.3.4. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.

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

6.1.22. Litotripsia extracorpórea

6.1.22.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

6.1.22.2. Periodo de espera: 30 días.

6.1.22.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

6.1.22.3.1. Ultrasonido y/o Tomografía de abdomen.

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

6.1.22.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.

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

6.1.23. Mastectomía

6.1.23.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

Se cubre únicamente la mastectomía como tratamiento para el fibroadenoma mamario.

6.1.23.2. Periodo de espera: 12 meses.

6.1.23.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico.

6.1.23.3.1. Estudio histopatológico.

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

6.1.23.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.

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

6.1.24. Ooforectomía

6.1.24.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

6.1.24.2. Periodo de espera: 12 meses

6.1.24.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico

6.1.24.3.1. Estudio histopatológico.

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

6.1.24.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.

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

6.1.25. Preeclampsia y eclampsia

6.1.25.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

6.1.25.2. Periodo de espera: 10 meses.

6.1.25.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico.

6.1.25.3.1. Estudios de laboratorio.

6.1.25.3.2. Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico y cifras tensionales, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del Asegurado.

6.1.25.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.

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

6.1.26. Prostatectomía

6.1.26.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

6.1.26.2. Periodo de espera: 6 meses.

6.1.26.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico.

6.1.26.3.1. Estudio histopatológico.

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

6.1.26.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.

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

6.1.27. Trasplante de órganos

6.1.27.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

6.1.27.2. Periodo de espera: 3 meses.

6.1.27.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico:

- 6.1.27.3.1.** Reporte del médico tratante indicando el diagnóstico, fecha de primeros síntomas y signos, fecha de diagnóstico, tratamiento y estado actual del Asegurado.
- 6.1.27.3.2.** Reporte de estudios de laboratorio, estudio histopatológico e imagenología que soporte el diagnóstico que condiciona el trasplante del órgano.
- 6.1.27.3.3.** Protocolo de trasplante por el comité interno de trasplantes del centro hospitalario.
- 6.1.27.3.4.** Registro de la asegurada ante la CENATRA.
- 6.1.27.3.5.** Cédulas de los médicos tratantes que realizaron la cirugía.
- 6.1.27.3.6.** En caso de que el trasplante sea una donación cadavérica se debe contar con el consentimiento para la donación y el oficio del hospital de donde se recibió el órgano.
- 6.1.27.3.7.** Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.

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

6.1.28. Úlcera gástrica

6.1.28.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

6.1.28.2. Periodo de espera: 3 meses.

6.1.28.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico.

6.1.28.3.1. Serie esófago-gastro duodenal y/o ultrasonido de abdomen superior y/o endoscopia.

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

6.1.28.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.

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

6.1.29. Varicocelelectomía

6.1.29.1. Monto de la indemnización por diagnóstico: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

6.1.29.2. Periodo de espera: 12 meses.

6.1.29.3. Documentos necesarios para comprobar el diagnóstico.

6.1.29.3.1. Ultrasonido y/o tomografía

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

6.1.29.3.3. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.

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

6.2. Renta diaria por hospitalización

Si a consecuencia directa de una enfermedad y/o accidente, el Asegurado requiere de hospitalización, MetLife otorgará al Asegurado una renta diaria a partir del tercer día por enfermedad y primer día por accidente de hospitalización y hasta un tope máximo de 30 días por evento; siempre y cuando exista un diagnóstico médico definitivo, la estancia en el hospital sea como paciente interno y se encuentre bajo el cuidado y atención regular de un médico.

6.2.1. Monto de la renta diaria por hospitalización: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

6.2.2. Periodos de espera:

6.2.2.1. 30 días por enfermedad.

6.2.2.2. Sin periodo de espera por accidente.

6.2.3. Documentos necesarios para comprobar hospitalización:

6.2.3.1. Constancia de hospitalización expedida por el hospital, indicando el nombre del paciente, fecha en que se expide el comprobante, fecha de ingreso al hospital, la fecha de alta, área en la que se encuentra internado y diagnóstico definitivo por el que se hospitalizó.

6.2.3.2. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.

6.3. Reembolso de gastos médicos por accidente

6.3.1. Monto máximo de reembolso por vigencia por Asegurado: conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

6.3.2. Periodo de espera: no aplica.

6.3.3. Documentos necesarios para comprobar los gastos médicos:

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

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

6.3.3.3. Facturas del hospital indicando el desglose de cada concepto facturado.

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

6.3.3.5. Resultados de estudios de laboratorio y gabinete que se hayan realizado. En el caso de radiografías, tomografías, resonancia magnética, electroencefalograma, ultrasonido, electrocardiograma, etc., será necesario el original de la interpretación.

- 6.3.3.6. En todos aquellos casos de cirugía, en los cuales se haya realizado biopsia o resección parcial o total de un órgano, será necesario el reporte de histopatología.
- 6.3.3.7. MetLife se reserva el derecho de solicitar documentos adicionales que se requieran para valorar el caso.
- 6.3.3.8. Identificación oficial del Asegurado en caso de tener la mayoría de edad o en caso de que el Asegurado sea menor de edad, discrecionalmente MetLife podrá solicitar de manera adicional acta de nacimiento.

Todas las facturas y comprobantes de los proveedores de servicios médicos (hospitales, médicos, farmacias, laboratorios, gabinetes, etc.) deberán contener todos los requisitos fiscales vigentes y estar a nombre del Asegurado titular.

7. Apartado siete – Exclusiones

Para efectos de esta póliza, quedan excluidas las rentas diarias por hospitalización, reembolsos de gastos médicos e indemnizaciones por diagnóstico o tratamiento correspondientes a:

- 7.1. **Padecimientos preexistentes a la contratación del seguro.**
- 7.2. **Hospitalización o reembolso de gastos médicos originados por complicaciones del embarazo a excepción del apartado 6.1.25 de preeclampsia y eclampsia.**
- 7.3. **Complicaciones derivadas de padecimientos, tratamientos o intervenciones quirúrgicas no cubiertos por esta póliza.**
- 7.4. **Hospitalización o reembolso de gastos médicos originados por eventos con el fin de corregir el astigmatismo, presbicia (presbiopía), hipermetropía, miopía o cualquier otro trastorno de la refracción y estrabismo.**
- 7.5. **Hospitalización o reembolso de gastos médicos derivados del control de la fertilidad, natalidad e infertilidad.**
- 7.6. **Hospitalización o reembolso de gastos médicos derivados de lesión autoinfligida, intento de suicidio, aún y cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- 7.7. **Hospitalización o reembolso de gastos médicos por eventos ocurridos a consecuencia de riña con provocación por parte del Asegurado o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el Asegurado o estando bajo influencia de algún enervante, estimulante o similar que no haya sido prescrito por un médico.**
- 7.8. **Hospitalización o reembolso de gastos médicos cuando estos se originen por participar el Asegurado como sujeto activo en eventos derivados a consecuencia de Servicio Militar de cualquier clase, actos de guerra, terrorismo, insurrección, revolución o rebelión.**
- 7.9. **Hospitalización o reembolso de gastos médicos por eventos a consecuencia de lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como ocupante de algún automóvil, motocicleta o cualquier otro vehículo similar en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.**

- 7.10. Hospitalización o reembolso de gastos médicos derivadas de lesiones por la práctica profesional de cualquier deporte.**
- 7.11. Hospitalización o reembolso de gastos médicos de lesiones que el Asegurado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves, que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y concesionada para el servicio del transporte regular de pasajeros.**
- 7.12. Hospitalización o reembolso de gastos médicos por eventos a consecuencia por la utilización de métodos basados en hipnotismo, quelaciones, magnetoterapia y cualquier tipo de medicina alternativa o procedimientos no aprobados por la Secretaría de Salud.**
- 7.13. Hospitalización o reembolso de gastos médicos para tratamientos dentales o alveolares o gingivales o maxilofaciales, a excepción de accidentes.**
- 7.14. Curas de reposo o descanso, exámenes médicos generales para comprobación del estado de salud, conocidos con el nombre de check up.**
- 7.15. Tratamientos en vías de experimentación.**
- 7.16. Hospitalización o reembolso de gastos médicos por tratamientos psiquiátricos, psicológicos o psíquicos, trastornos de enajenación mental, demencia, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria nerviosa, así como sus complicaciones, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas así como los tratamientos para corregir trastornos de la conducta, el aprendizaje o alteraciones del sueño, apnea del sueño y roncopatías.**
- 7.17. Hospitalización o reembolso de gastos médicos por todo tipo de padecimientos, intervenciones, complicaciones o tratamientos, incluyendo los tratamientos de rehabilitación, que resulten a consecuencia de alcoholismo, drogadicción o cualquier tipo de toxicomanías o farmacodependencias.**
- 7.18. Hospitalización o reembolso de gastos médicos por tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, así como tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir la calvicie, anorexia y bulimia, aumento de peso, y el acné.**
- 7.19. Hospitalización o reembolso de gastos médicos por tratamientos dietéticos, para reducción de peso o para obesidad.**
- 7.20. Hospitalización o reembolso de gastos médicos por tratamientos que requiera el Asegurado afectado por el Virus de inmunodeficiencia Humana, antes de cumplir cuatro años de estar cubierto en forma continua e ininterrumpida en una póliza Primordial, así como los gastos requeridos para su detección.**

- 7.21. Además de lo mencionado en el párrafo anterior, una vez transcurridos los cuatro años del periodo de espera, no se cubrirá a cualquier cirugía, tratamiento o examen no reconocido por la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana publicado por la Secretaría de Salud.**
- 7.22. Hospitalización o reembolso de gastos médicos por tratamientos médicos o quirúrgicos que no son reconocidos por la práctica médico-científica y que son de naturaleza experimental y/o de investigación.**
- 7.23. Hospitalización o reembolso de gastos médicos por tratamientos con fines preventivos.**
- 7.24. Hospitalización o reembolso de gastos médicos por cirugía para el cambio de sexo y sus complicaciones.**
- 7.25. Hospitalización o reembolso de gastos médicos originados por complicaciones médicas o quirúrgicas cuando el Asegurado sea el donador de órganos**
- 7.26. Honorarios médicos cuando el médico sea el mismo Asegurado o familiar directo del Asegurado (padres, hijos, cónyuge o hermanos).**
- 7.27. No se cubren Accidentes, Enfermedades o lesiones causadas por el uso, conducción y/u operación de armas de fuego o municiones de cualquier tipo, explosivos de cualquier clase, pólvora, mechas, fulminantes, detonadores, fuegos artificiales y artefactos pirotécnicos.**

8. Apartado ocho – Coberturas adicionales opcionales con costo

8.1. Cobertura Incremento de Suma Asegurada (su contratación debe especificarse en la carátula de la póliza)

En caso de contratación de dicha cobertura, el asegurado accederá a una indemnización por diagnóstico o tratamiento mayor a la estipulada en el apartado 3.1 Indemnización por diagnóstico o tratamiento y conforme a lo estipulado en la caratula de la póliza.

9. Apartado nueve – Información importante para el Asegurado

9.1. Pago de prima

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

9.2. Orientación y asistencia médica

Centro de atención telefónica, las 24 horas del día los 365 días del año.

Ciudad de México: 555328-7000.

Interior de la República: 800-00-METLIFE(63-854).

En este centro de atención telefónica, el Asegurado recibirá la siguiente información:

- 9.2.1. Primeros auxilios.
- 9.2.2. Algunas enfermedades, signos y síntomas.
- 9.2.3. Uso de medicamentos.
- 9.2.4. Vacunación.
- 9.2.5. Prevención de auto medicamentos.
- 9.2.6. Tabaquismo, alcoholismo y fármaco dependencia.
- 9.2.7. Referencia de médicos de diferentes especialidades.
- 9.2.8. Referencia de hospitales, laboratorios, gabinetes y farmacias.
- 9.2.9. Solicitar el servicio de ambulancia terrestre, en el lugar y momento de una emergencia con un costo que el Asegurado pagará al recibir el servicio.
- 9.2.10. En caso de así solicitarlo, el Asegurado podrá obtener consulta médica en su domicilio con un costo preferencial, el cual deberá cubrir al momento de recibir la atención.

9.3. Documentación adicional para el pago de reclamaciones

El Asegurado deberá comprobar la realización del siniestro y para tal efecto deberá presentar la siguiente documentación adicional debidamente requisitada.

- 9.3.1. Formato de “solicitud de reclamación de gastos médicos mayores” debidamente requisitado por el Asegurado Titular, sin tachaduras o enmendaduras.
- 9.3.2. Formato de “informe médico”.

Los formatos se encuentran a disposición del Asegurado en los centros de servicio de MetLife, oficinas del interior de la república, en la página de internet www.metlife.com.mx y anexas a estas condiciones generales.

- 9.3.3. Estado de cuenta bancario con vigencia no mayor a 6 meses.
- 9.3.4. Comprobante de domicilio con vigencia no mayor a 3 meses.

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

En el caso del Ciudad de México y el Área Metropolitana, el Asegurado recibirá respuesta por escrito en el centro de atención a clientes del área de reclamaciones de gastos médicos mayores en MetLife después de cinco días hábiles a partir de la fecha de entrega de la documentación completa. En el resto de la República, la respuesta se dará por escrito en la oficina de la red médica correspondiente.

9.4. Pago de reclamaciones

El pago que corresponda a los eventos que resulten cubiertos en los términos de la presente póliza se encontrarán a disposición del Asegurado o quien corresponda, en las oficinas de MetLife dentro de los 10 días naturales a la fecha que se reciban todas las pruebas que fundamenten la indemnización que MetLife haya solicitado de acuerdo a lo citado como “documentos necesarios para la comprobación” citados en el apartado 6 para cada una de las coberturas mencionadas en el apartado 5

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Apartado diez – Cláusulas generales

10.1. Cláusulas de interés para el Asegurado

10.1.1. Altas de asegurados

El alta de Asegurados es exclusiva para los siguientes casos:

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

Para realizar el alta se requieren los siguientes documentos:

- Certificado de Nacimiento
- Solicitud de cambios para pólizas de Gastos Médicos Mayores Individual
- Tarjeta de identificación del contratante

- b) La inclusión del cónyuge o concubino, hijos adoptivos o ascendientes del Asegurado titular quedará sujeta a la aprobación por parte de MetLife.

Para realizar el alta se requieren los siguientes documentos:

- Solicitud de cambios para pólizas de Gastos Médicos Mayores Individual
- Solicitud de Seguro de Primordial
- Certificado de matrimonio o documento que acredite concubinato
- Comprobante de domicilio
- Tarjeta de identificación del contratante

- Cotización

En caso de ser una persona extranjera deberá anexar formato migratorio vigente, para menores de edad nacidos en el extranjero se necesitará el documento público debidamente apostillado.

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

10.1.2. Baja de asegurados

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

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

El Asegurado que cause baja de la presente póliza podrá ser Asegurado nuevamente siempre y cuando cumpla con los requisitos de asegurabilidad.

10.1.3. Edad alcanzada

Para efecto de la presente póliza, los límites de aceptación son desde el nacimiento hasta los 69 años; En caso de renovación, el Asegurado podrá contar con protección hasta la edad de 84 siempre y cuando realice el pago y la renovación de su contrato sea consecutiva sin periodos al descubierto.

10.1.3.1. Inexactitud en la indicación de la edad

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

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

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

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

Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se hubiese pagado una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de MetLife se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;

Si MetLife hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

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

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

10.1.4. Ocupación

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

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

10.1.5. Primas

La prima de la presente póliza será la suma de las correspondientes a cada Asegurado de acuerdo con la tarifa en vigor a la fecha de inicio de vigencia de la póliza dadas las características del producto contratado, edad, sexo y en su caso, la extraprima correspondiente;

En cada renovación, la prima se determinará aplicando las tarifas en vigor a esa fecha y en su caso, la extraprima correspondiente.

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

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

Los pagos deberán efectuarse:

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

10.1.6. Reconocimiento de antigüedad

La antigüedad reconocida será tomada en cuenta para el cómputo de los periodos de espera señalados dentro de los gastos y tratamientos cubiertos de estas condiciones generales.

No se reconocerá la antigüedad generada en cualquier otra póliza de gastos médicos mayores, salvo la que se genere en la presente póliza.

10.1.7. Régimen fiscal

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

10.1.8. Periodo de beneficio

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

- a) El agotamiento de la Suma Asegurada.

- b) El monto de los gastos incurridos durante la vigencia de la póliza y hasta por 5 días naturales posteriores al término de esta.
- c) Si el Asegurado renueva su póliza para el período inmediato siguiente, el período de beneficio se entenderá prorrogado por otros 365 días. Dicha prórroga también será aplicable en caso de cambio de plan solicitado por el Contratante y aceptado por MetLife. Lo anterior siempre y cuando el nuevo plan cubra la enfermedad y/o accidente dentro de la cobertura básica.
- d) La recuperación de la salud o vigor vital respecto de la enfermedad o accidente que haya afectado al Asegurado.
- e) En caso de cancelación del contrato, los gastos incurridos hasta 30 días naturales posteriores a la fecha de cancelación del contrato.

10.1.9. 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 Contratante deberá llenar una solicitud de nueva cuenta y llevar a cabo la contratación del seguro de nueva cuenta, 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. MetLife analizará la información presentada y discrecionalmente determinará si se autoriza la rehabilitación y en qué condiciones, siempre respetando la vigencia originalmente pactada. Las condiciones con las que se rehabilitará la póliza podrán implicar que se incluyan, modifiquen y/o eliminen endosos en la póliza.

La póliza quedará rehabilitada a partir del día primero del mes siguiente a aquél en que MetLife haya aprobado la solicitud de rehabilitación. MetLife 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.

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

10.2. Cláusulas operativas

10.2.1. Agravación del riesgo

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

“El Asegurado deberá comunicar a la empresa Aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.” (artículo 52 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro).

“Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

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

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

Las obligaciones de MetLife quedarán extinguidas si demuestra que el Asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.

Lo mismo se observará en casos de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro. (artículo 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro). En caso de que, en el pasado, en el presente o en el futuro, el Contratante, Asegurado o beneficiario realice o se relacione con “las actividades ilícitas”, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de Ley.

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

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

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

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

10.2.2. Cancelación

10.2.2.1. Cancelación automática

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

10.2.2.2. Cancelación a petición del Contratante o Asegurado titular

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

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

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

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

10.2.2.3. Terminación del contrato

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

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

10.2.3. Vigencia del contrato

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

10.2.4. Rescisión del contrato

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

- a) Que el Contratante o alguno de los Asegurados que forman parte de la póliza, incurra en falsas e inexactas declaraciones u omisión. En este caso, se devolverá al Contratante el 70% de la prima no devengada en un plazo no mayor a 15 días hábiles. De ser así, MetLife comunicará por escrito al Contratante, la rescisión del contrato dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que conozca las omisiones o inexactas declaraciones.
- b) Las demás causas consignadas en la Ley Sobre el Contrato de Seguro y en estas condiciones generales.

10.2.5. Residencia

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

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

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

10.2.6. Modificaciones

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

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

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

Los eventos que se hayan presentado en vigencia o vigencias anteriores quedarán cubiertos bajo los límites, condiciones generales y endosos que correspondan a la póliza anterior.

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

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones, de acuerdo con lo establecido en el art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cualquier reclamación o notificación relacionada con el presente contrato de seguro deberá hacerse a MetLife por escrito.

10.3. Cláusulas contractuales

10.3.1. Arbitraje médico para padecimiento preexistente

En caso de que MetLife notifique al reclamante la improcedencia de su reclamación por considerar que se trata de un evento preexistente, las partes podrán acudir a un arbitraje médico, previa firma del convenio arbitral correspondiente, así como por acuerdo de ambas partes.

En caso de que las partes decidan someterse al procedimiento arbitral, el mismo las vinculará, y se considerará que la reclamante renuncia a cualquier otra vía para dirimir la controversia. Consecuentemente, el Laudo emitido en el procedimiento arbitral tendrá fuerza de cosa juzgada y no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por MetLife.

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

10.3.2. Derecho del Contratante para conocer el porcentaje de intermediación

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

10.3.3. Competencia

El reclamante también podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la aseguradora. Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 555328 7000, lada sin costo 800 00 METLIFE (638 5433) o en nuestro portal www.metlife.com.mx

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

10.3.4. Notificaciones

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

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

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

10.3.5. Indemnización por mora

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

10.3.6. Moneda

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

10.3.7. Notificaciones

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

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

10.3.8. Omisiones o inexactas declaraciones

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

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

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

10.3.9. Prescripción

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

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

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

10.3.10. Responsabilidad

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

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

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

10.3.11. Revelación de comisiones

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

10.3.12. Subrogación

De conformidad con el artículo 163 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, la empresa aseguradora que pague la indemnización, se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al Asegurado. La empresa podrá liberarse en todo o en parte de sus obligaciones, si la subrogación es impedida por hechos u omisiones que provengan del Asegurado. Si el daño fue indemnizado solo en parte, el Asegurado y la aseguradora concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

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

10.3.13. Renovación

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

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

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

La renovación:

Se realizará sin requisitos de asegurabilidad.

No implicará modificación de los periodos de espera.

No considerará los límites de edades de aceptación.

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

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

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

10.3.14 Referencias legales

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

Anexo Referencias legales

Ley Sobre el Contrato de Seguro

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

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

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

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

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

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

Artículo 21.- El contrato de seguro:

- I. Se perfecciona desde el momento en que el proponente tuviese conocimiento de la aceptación de la oferta. En los seguros mutuos será necesario, además, cumplir con los requisitos que la Ley o los estatutos de la empresa establezcan para la admisión de nuevos socios;
- II. No puede sujetarse a la condición suspensiva de la entrega de la póliza o de cualquier otro documento en que conste la aceptación, ni tampoco a la condición del pago de la prima;

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

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

Artículo 40°.- Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción correspondiente, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará un plazo de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 172 si la edad del Asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa Aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

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

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

Artículo 175. El Asegurado, aun en el caso de que haya designado en la póliza a un tercero como beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho derivado de éste, por acto entre vivos o por causa de muerte. En todo caso, la Aseguradora quedará liberada de sus obligaciones si paga con base en la designación de beneficiarios más reciente, realizada conforme a lo previsto en el contrato de seguro respectivo.

Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros

Artículo 50 bis.- Cada institución financiera deberá contar con una unidad especializada que tendrá por objeto atender consultas y reclamaciones de los usuarios dicha unidad se sujetará a lo siguiente:

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

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

Las instituciones financieras deberán informar mediante avisos colocados en lugares visibles en todas sus sucursales la ubicación, horario de atención y responsable o responsables de la unidad especializada.

Los usuarios podrán a su elección presentar su consulta o reclamación ante la unidad especializada de la institución financiera de que se trate o ante la comisión nacional.

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

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

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

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

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

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

- IV. La Comisión Nacional podrá suspender cuando lo estime pertinente o a instancia de cualquiera de las partes, la audiencia de conciliación hasta en dos ocasiones. En caso de que se suspenda la audiencia, la comisión nacional señalará día y hora para su reanudación, la cual deberá llevarse a cabo dentro de los diez días hábiles siguientes. La falta de presentación del informe, no podrá ser causa para suspender o diferir la audiencia referida.

- V. La falta de presentación del informe dará lugar a que la comisión nacional valore la procedencia de las pretensiones del usuario con base en los elementos con que cuente o se allegue conforme a la fracción vi, y para los efectos de la emisión del dictamen, en su caso, a que se refiere el artículo 68 bis.
- VI. La Comisión Nacional cuando así lo considere o a petición del usuario, en la audiencia de conciliación correspondiente o dentro de los diez días hábiles anteriores a la celebración de la misma, podrá requerir información adicional a la institución financiera, y en su caso, diferirá la audiencia requiriendo a la institución financiera para que en la nueva fecha presente el informe adicional;

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

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

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

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

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

Si la institución financiera no hace manifestación alguna dentro de dicho plazo, la comisión emitirá el dictamen con los elementos que posea.

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

En el caso de instituciones y sociedades mutualistas de seguros, ordenará la constitución e inversión conforme a la Ley de seguros y de fianzas de una reserva técnica específica para obligaciones pendientes de cumplir, cuyo monto no deberá exceder de la Suma Asegurada y dará aviso de ello, en su caso, a la comisión nacional de seguros y fianzas. Dicha reserva se registrará en una partida contable determinada. Ese registro contable podrá ser cancelado por la institución o sociedad, bajo su estricta responsabilidad, si transcurridos ciento ochenta días naturales después de su anotación, el reclamante no ha hecho valer sus derechos ante la autoridad judicial competente o no ha dado inicio al procedimiento arbitral conforme a esta Ley.

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

- XI. Los acuerdos de trámite que emita la comisión nacional no admitirán recurso alguno.

Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas

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

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

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

- II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la institución de seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25. El costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;
- III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25. 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;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Código Penal Federal

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

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

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

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

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

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

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

I. Del Código Penal Federal, los siguientes:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para los efectos de esta fracción, por producir se entiende: manufacturar, fabricar, elaborar, preparar o acondicionar algún narcótico, y por comerciar: vender, comprar, adquirir o enajenar algún narcótico. Por suministro se entiende la transmisión material de forma directa o indirecta, por cualquier concepto, de la tenencia de narcóticos.

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

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

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

- III. Aporte recursos económicos o de cualquier especie, o colabore de cualquier manera al financiamiento, supervisión o fomento para posibilitar la ejecución de alguno de los delitos a que se refiere este capítulo; y
- IV. Realice actos de publicidad o propaganda, para que se consuma cualesquiera de las sustancias comprendidas en el artículo anterior.

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

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

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

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

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

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

- I. Medicamentos que contengan narcóticos, cuya venta al público se encuentre supeditada a requisitos especiales de adquisición, cuando por su naturaleza y cantidad dichos medicamentos sean los necesarios para el tratamiento de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder.
- II. Peyote u hongos alucinógenos, cuando por la cantidad y circunstancias del caso pueda presumirse que serán utilizados en las ceremonias, usos y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas, así reconocidos por sus autoridades propias.

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

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

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

- I. Se cometa por servidores públicos encargados de prevenir, denunciar, investigar o juzgar la comisión de los delitos contra la salud o por un miembro de las fuerzas armadas mexicanas en situación de retiro, de reserva o en activo. En este caso, se impondrá, a dichos servidores públicos además, suspensión para desempeñar cargo o comisión en el servicio público, hasta por cinco años, o destitución, e inhabilitación hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta. Si se trata de un miembro de las fuerzas armadas mexicanas en cualquiera de las situaciones mencionadas se le impondrá, además la baja definitiva de la fuerza armada a que pertenezca, y se le inhabilitará hasta por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta, para desempeñar cargo o comisión públicos en su caso;
- II. La víctima fuere menor de edad o incapacitada para comprender la relevancia de la conducta o para resistir al agente;
- III. Se utilice a menores de edad o incapaces para cometer cualesquiera de esos delitos;
- IV. Se cometa en centros educativos, asistenciales, policiales o de reclusión, o en sus inmediaciones con quienes a ellos acudan;
- V. La conducta sea realizada por profesionistas, técnicos, auxiliares o personal relacionado con las disciplinas de la salud en cualesquiera de sus ramas y se valgan de esa situación para cometerlos. En este caso se impondrá, además, suspensión de derechos o funciones para el ejercicio profesional u oficio hasta por cinco años e inhabilitación hasta por un tiempo equivalente al de la prisión impuesta;
- VI. El agente determine a otra persona a cometer algún delito de los previstos en el artículo 194, aprovechando el ascendiente familiar o moral o la autoridad o jerarquía que tenga sobre ella; y
- VII. Se trate del propietario poseedor, arrendatario o usufructuario de un establecimiento de cualquier naturaleza y lo empleare o para realizar algunos de los delitos previstos en este capítulo o permitiere su realización por terceros. En este caso además, se clausurará en definitiva el establecimiento.

Artículo 196 bis.- (Se deroga).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- II. Preste auxilio o cooperación de cualquier especie al autor de un delito, con conocimiento de esta circunstancia, por acuerdo posterior a la ejecución del citado delito;
- III. Oculte o favorezca el ocultamiento del responsable de un delito, los efectos, objetos o instrumentos del mismo o impida que se averigüe;
- IV. Requerido por las autoridades, no dé auxilio para la investigación de los delitos o para la persecución de los delincuentes;
- V. No procure, por los medios lícitos que tenga a su alcance y sin riesgo para su persona, impedir la consumación de los delitos que sabe van a cometerse o se están cometiendo, salvo que tenga obligación de afrontar el riesgo, en cuyo caso se estará a lo previsto en este artículo o en otras normas aplicables;
- VI. Altere, modifique o perturbe ilícitamente el lugar, huellas o vestigios del hecho delictivo, y
- VII. Desvíe u obstaculice la investigación del hecho delictivo de que se trate o favorezca que el inculpado se sustraiga a la acción de la justicia.

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

- a) Los ascendientes y descendientes consanguíneos o afines;
- b) El cónyuge, la concubina, el concubinario y parientes colaterales por consanguinidad hasta el cuarto grado, y por afinidad hasta el segundo; y
- c) Los que estén ligados con el delincuente por amor, respeto, gratitud o estrecha amistad derivados de motivos nobles.

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

Capítulo II

Operaciones con recursos de procedencia ilícita.

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

- I. Adquiera, enajene, administre, custodie, posea, cambie, convierta, deposite, retire, dé o reciba por cualquier motivo, invierta, traspase, transporte o transfiera, dentro del territorio nacional, de éste hacia el extranjero o a la inversa, recursos, derechos o bienes de cualquier naturaleza, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita, o
- II. Oculte, encubra o pretenda ocultar o encubrir la naturaleza, origen, ubicación, destino, movimiento, propiedad o titularidad de recursos, derechos o bienes, cuando tenga conocimiento de que proceden o representan el producto de una actividad ilícita.

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

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

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

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

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

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

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

Ley de Impuesto Sobre la Renta

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

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

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

- ...
- VI Las primas por seguros de gastos médicos, complementarios o independientes de los servicios de salud proporcionados por instituciones públicas de seguridad social, siempre que el beneficiario sea el propio contribuyente, su cónyuge o la persona con quien vive en concubinato, o sus ascendientes o descendientes, en línea recta.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 21 de junio de 2024, con número CNSF-S0034-0046-2024 / CONDUSEF-006294-02.



MetLife México, S.A. de C.V.

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

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

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

Horarios de atención:

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

Viernes de 8:00 a 14:00 horas.

Centros de servicio

CDMX Reforma

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

CDMX Universidad

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

Guadalajara

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

Monterrey

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

Xalapa

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

Toluca

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

Puebla

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

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

metlife.com.mx
800 00 METLIFE