

MET99

CONDICIONES GENERALES

Guía del usuario



metlife.com.mx 01 800 00 METLIFE

MetLife
La vida que tú quieres.
Si tú quieres.

CONTENIDO

1. APARTADO UNO – OBJETO DEL SEGURO	1
2. APARTADO DOS – DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS	1
2.1. BENEFICIOS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO	1
2.1.1. BENEFICIO BÁSICO POR FALLECIMIENTO (BAS)	1
2.1.2. BENEFICIO ADICIONAL DE PAGO POR FALLECIMIENTO TEMPRANO (PFT)	1
2.1.3. BENEFICIO ADICIONAL DE GASTOS FUNERARIOS DEL ASEGURADO (GFA)	1
2.1.4. BENEFICIO ADICIONAL DE PAGO ANTICIPADO POR ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL (ET)	1
2.1.4.1. DEFINICIONES	1
2.1.4.1.1. CÁNCER	2
2.1.4.1.2. INSUFICIENCIA CARDIACA	2
2.1.4.1.3. INSUFICIENCIA HEPÁTICA CRÓNICA	2
2.1.4.1.4. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA	2
2.1.4.1.5. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA	2
2.1.4.2. BENEFICIO	2
2.1.4.3. PERÍODO DE ESPERA	3
2.1.4.4. AJUSTE DE SUMA ASEGURADA	3
2.1.4.5. EDADES DE ADMISIÓN	3
2.1.4.6. BENEFICIARIOS	3
2.1.4.7. CARGOS DERIVADOS DEL PAGO ANTICIPADO POR ENFERMEDAD TERMINAL (ET)	3
2.1.4.8. EXCLUSIONES	3
2.1.4.9. TERMINACIÓN	4
2.1.5. BENEFICIO ADICIONAL DE GARANTÍA ESCOLAR (GE)	4
2.1.5.1. DEFINICIONES	5
2.1.5.1.1. ASEGURADO	5
2.1.5.1.2. ASEGURADO TITULAR	5
2.1.5.1.3. BENEFICIARIO(S)	5
2.1.5.2. DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO	5
2.1.5.3. LÍMITES DE EDAD	5
2.1.5.4. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA	5

2.2. BENEFICIOS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	6
2.2.1. BENEFICIO ADICIONAL DE EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIT)	6
2.2.1.1. DEFINICIÓN	6
2.2.1.2. BENEFICIO	6
2.2.1.3. PRUEBAS	7
2.2.1.4. EXCLUSIONES	7
2.2.1.5. TERMINACIÓN	8
2.2.2. BENEFICIO ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (CII)	8
2.2.2.1. DEFINICIÓN	8
2.2.2.2. BENEFICIO	9
2.2.2.3. PRUEBAS	9
2.2.2.4. EXCLUSIONES	9
2.2.2.5. TERMINACIÓN	10
2.3. BENEFICIOS POR ACCIDENTE	10
2.3.1. BENEFICIO ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL (CMA)	10
2.3.1.1. DEFINICIÓN	10
2.3.1.2. BENEFICIO	10
2.3.1.3. PRUEBAS	10
2.3.1.4. EXCLUSIONES	11
2.3.1.5. TERMINACIÓN	11
2.3.2. BENEFICIO ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y/O PÉRDIDAS ORGÁNICAS (TIBA)	12
2.3.2.1. DEFINICIÓN	12
2.3.2.2. BENEFICIO	12
2.3.2.3.- INDEMNIZACIONES	12
2.3.2.4.- DOBLE INDEMNIZACIÓN	12
2.3.2.5.- PRUEBAS	13
2.3.2.6.- EXCLUSIONES	13
2.3.2.7.- TERMINACIÓN	14
2.4. BENEFICIOS POR CÁNCER DEL ASEGURADO (BCAT)	14
2.4.1. DEFINICIONES	14

2.4.1.1. PRIMER OCURRENCIA	14
2.4.1.2. MÉDICO	14
2.4.1.3. PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS EN CONVENIO	14
2.4.1.4. CÁNCER CON METÁSTASIS	14
2.4.1.5. CÁNCER “IN SITU”	14
2.4.1.6. DIAGNÓSTICO CLÍNICO	15
2.4.1.7. CERTIFICACIÓN MÉDICA	15
2.4.1.8. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES	15
2.4.1.9. TNM	15
2.4.1.10. TUMOR	16
2.4.2. BENEFICIOS AMPARADOS	17
2.4.2.1. BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN TOTAL POR CÁNCER	17
2.4.2.1.1. PERIODO DE ESPERA	17
2.4.2.1.2. PRUEBAS	17
2.4.2.1.3. INDEMNIZACIÓN	18
2.4.2.1.4. EXCLUSIONES	18
2.4.2.1.5. TERMINACIÓN DE ESTE BENEFICIO	20
2.4.2.2. BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN PARCIAL POR CÁNCER “IN SITU”	20
2.4.2.2.1. PERIODO DE ESPERA	20
2.4.2.2.2. PRUEBAS	20
2.4.2.2.3. EDADES DE ADMISIÓN	21
2.4.2.2.4. INDEMNIZACIÓN	21
2.4.2.2.5. EXCLUSIONES	21
2.4.2.2.6. TERMINACIÓN DE ESTE BENEFICIO	22
2.5. BENEFICIOS POR FALLECIMIENTO DE ASEGURADOS COMPLEMENTARIOS	22
2.5.1. BENEFICIO ADICIONAL CONYUGAL (BACY)	22
2.5.1.1. DEFINICIONES	22
2.5.1.1.1. ASEGURADO TITULAR	22
2.5.1.1.2. CÓNYUGE	22
2.5.1.2. BENEFICIO	23
2.5.1.3. TERMINACIÓN	23

2.5.2. BENEFICIO ADICIONAL DE GASTOS FUNERARIOS CÓNYUGE (GFC)	23
2.5.2.1. DEFINICIONES	23
2.5.2.1.1. ASEGURADO TITULAR	23
2.5.2.1.2. CÓNYUGE	23
2.5.2.2. BENEFICIO	23
2.5.2.3. TERMINACIÓN	24
2.5.3. BENEFICIO ADICIONAL COMPLEMENTARIO (BAC)	24
2.5.3.1. DEFINICIONES	24
2.5.3.2.1. ASEGURADO TITULAR	24
2.5.3.2.2. ASEGURADO COMPLEMENTARIO	24
2.5.3.2. BENEFICIO	24
2.5.3.3. TERMINACIÓN	24
2.5.4. BENEFICIO ADICIONAL DE GASTOS FUNERARIOS HIJOS (GFH)	25
2.5.4.1. DEFINICIONES	25
2.5.4.1.1. ASEGURADO TITULAR	25
2.5.4.1.2. HIJO ASEGURADO	25
2.5.4.2. BENEFICIO	25
2.5.4.3. EDADES DE ADMISIÓN	25
2.5.4.4. TERMINACIÓN	25
2.6. BENEFICIO POR CÁNCER DENOMINADO CÁNCER PLUS	25
2.6.1. DEFINICIONES	26
2.6.1.1. CONTRATANTE	26
2.6.1.2. ASEGURADO TITULAR	26
2.6.1.3. ASEGURADO COMPLEMENTARIO	26
2.6.1.4. PRIMERA OCURRENCIA	26
2.6.1.5. MÉDICO	26
2.6.1.6. PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS EN CONVENIO	26
2.6.1.7. CÁNCER CON METÁSTASIS	26
2.6.1.8. CÁNCER IN SITU	26
2.6.1.9. DIAGNÓSTICO CLÍNICO	27
2.6.1.10. CERTIFICACIÓN MÉDICA	27

2.6.1.11. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES	27
2.6.1.12. TNM	27
2.6.1.13. TUMOR	28
2.6.2. BENEFICIOS AMPARADOS	29
2.6.2.1. BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN TOTAL POR CÁNCER	29
2.6.2.1.1. PERÍODO DE ESPERA	29
2.6.2.1.2. PRUEBAS	29
2.6.2.1.3. EDADES DE ADMISIÓN	30
2.6.2.1.4. INDEMNIZACIÓN	30
2.6.2.1.5. BENEFICIARIOS	30
2.6.2.1.6. EXCLUSIONES	30
2.6.2.1.7. TERMINACIÓN DE ESTE BENEFICIO	32
2.6.2.2. BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN PARCIAL POR CÁNCER IN SITU	32
2.6.2.2.1. PERÍODO DE ESPERA	33
2.6.2.2.2. PRUEBAS	33
2.6.2.2.3. EDADES DE ADMISIÓN	33
2.6.2.2.4. INDEMNIZACIÓN	33
2.6.2.2.5. BENEFICIARIOS	33
2.6.2.2.6. COMPLEMENTARIO	33
2.6.2.2.7. EXCLUSIONES	34
2.6.2.2.8. TERMINACIÓN DE ESTE BENEFICIO	35
2.7. BENEFICIOS DE REDUCCIÓN EN LA EDAD	35
2.7.1. DESCUENTO DE NO FUMADOR	35
2.7.2. DESCUENTOS PARA MUJERES	35
3. APARTADO TRES – CLÁUSULAS GENERALES	35
3.1. CONTRATO	35
3.2. FECHA DE INICIO DE VIGENCIA	36
3.3. VIGENCIA DEL SEGURO	36
3.4. TERMINACIÓN DEL SEGURO	36
3.5. REHABILITACIÓN	36
3.6. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES	36

3.7. INDISPUTABILIDAD	36
3.8. MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES	36
3.9. CAMBIO DE CONDICIONES	37
3.10. CARENCIA DE RESTRICCIONES	37
3.11. EDAD	37
3.12. PRIMAS	38
3.13. PERIODICIDAD	39
3.14. SUMA ASEGURADA POR FALLECIMIENTO	39
3.15. FONDO DE RESERVA	39
3.16. COSTO DEL SEGURO	39
3.17. APLICACIÓN DEL FONDO DE RESERVA	39
3.18. RETIROS DEL FONDO DE RESERVA	39
3.19. ESTADOS DE CUENTA	40
3.20. SUICIDIO	40
3.21. INDEMNIZACIONES	40
3.22. PAGO INMEDIATO DE GASTOS FUNERARIOS	40
3.23. OPCIONES DE LIQUIDACIÓN PARA EL BENEFICIO DE GASTOS FUNERARIOS	41
3.24. INDEMNIZACIÓN POR MORA	41
3.25. DEDUCCIONES	42
3.26. BENEFICIARIOS	42
3.27. PRESCRIPCIÓN	42
3.28. MONEDA	43
3.29. COMPETENCIA	43
3.30. CLÁUSULA QUE ESTABLECE EL DERECHO DEL CONTRATANTE PARA CONOCER EL MONTO DE LA CONTRAPRESTACIÓN AL INTERMEDIARIO EN SEGURO	43
ENDOSO DE BENEFICIO ADICIONAL DE GASTOS FUNERARIOS COMPLEMENTARIO (GFX)	49
ENDOSO DE BENEFICIO ADICIONAL ACCIDENTES PERSONALES (AP)	51

PROVIDA MET99

CONDICIONES GENERALES

1. APARTADO UNO – OBJETO DEL SEGURO

MetLife México, S.A., en adelante denominada “LA INSTITUCIÓN”, se obliga a pagar, mediante la liquidación de las primas convenidas, la Suma Asegurada prevista en este Contrato, al recibir pruebas de la ocurrencia del evento amparado bajo los beneficios contratados, a los Beneficiarios correspondientes.

2. APARTADO DOS – DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

2.1. BENEFICIOS POR FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

2.1.1. BENEFICIO BÁSICO POR FALLECIMIENTO (BAS)

Si el “Asegurado” fallece dentro del plazo del seguro estando en vigor esta Póliza, “LA INSTITUCIÓN” pagará al(os) Beneficiario(s) designado(s) por el mismo, la Suma Asegurada de este beneficio, que se enuncia en la Carátula de la Póliza, en los términos del presente Contrato.

2.1.2. BENEFICIO ADICIONAL DE PAGO POR FALLECIMIENTO TEMPRANO (PFT)

Este beneficio operará sólo si ha sido contratado y se indica en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente.

Si el fallecimiento del “Asegurado” ocurre dentro de los cinco primeros años de vigencia de la Póliza, “LA INSTITUCIÓN” pagará al(os) Beneficiario(s) designado(s) por el mismo y en el porcentaje que les corresponda, una Suma Asegurada Adicional, equivalente al monto de las primas pagadas por el asegurado para la cobertura de riesgo contratada.

2.1.3. BENEFICIO ADICIONAL DE GASTOS FUNERARIOS DEL ASEGURADO (GFA)

Este beneficio operará sólo si ha sido contratado y se indica en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente.

Si el fallecimiento del “Asegurado” ocurre dentro de la vigencia de la Póliza, “LA INSTITUCIÓN” pagará al(os) Beneficiario(s) correspondiente(s) una Suma Asegurada adicional por concepto de gastos funerarios, la cual aparece especificada en la Carátula de la Póliza.

2.1.4. BENEFICIO ADICIONAL DE PAGO ANTICIPADO POR ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL (ET)

Este beneficio operará sólo si ha sido contratado y se indica en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente.

2.1.4.1. DEFINICIONES

Se considera como Enfermedad en Fase Terminal, el padecimiento con diagnóstico, cuyo pronóstico es fatal dentro de un lapso menor a 365 días naturales contados a partir de la fecha del diagnóstico, tales como Cáncer, Insuficiencia Cardíaca, Insuficiencia Hepática Crónica, Insuficiencia Renal Crónica o Insuficiencia Respiratoria Crónica.

Para efectos de este beneficio, se consideran en forma enunciativa más no limitativa las siguientes enfermedades:

2.1.4.1.1 CÁNCER

Enfermedad crónica degenerativa, caracterizada por un crecimiento descontrolado de células derivadas de tejidos normales que forma un tumor y que es capaz de matar al huésped mediante la propagación de las células malignas desde el sitio de origen hasta sitios distantes, o por propagación local.

Se considera terminal cuando se declara al paciente fuera de tratamiento oncológico, esto es, que no es candidato a quimioterapia, cirugía o radioterapia con fines curativos, aunque sí lo sea con fines paliativos.

2.1.4.1.2. INSUFICIENCIA CARDIACA

Incapacidad del corazón para funcionar normalmente. Es el estado fisiopatológico en el que una anomalía cardíaca es responsable de la insuficiencia del corazón para bombear la sangre a un ritmo que se adapte a las necesidades de los tejidos en fase de la metabolización, o sólo lo consigue a expensas de un volumen diastólico anormalmente elevado, o ambas cosas a la vez.

Se considera terminal cuando es de Clase III o IV (New York Heart Association) o presenta una fracción de eyección del 25% (veinticinco por ciento) o menos del ventrículo izquierdo.

2.1.4.1.3. INSUFICIENCIA HEPÁTICA CRÓNICA

Incapacidad del hígado para transformar los productos del metabolismo de la ingesta de líquidos y alimentos, así como los desechos de la sangre a un ritmo normal, en que las formas graves y la alteración de la función se acompaña de alteraciones mentales que van desde la confusión hasta el estado de coma.

Se considera terminal cuando se llega a la Clase funcional Child C.

2.1.4.1.4. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es un estado de enfermedad irreversible en el que los riñones no son capaces de llevar a cabo sus funciones de depuración y regularización hidroelectrolítica, acumulándose en la sangre sustancias derivadas del metabolismo o de la dieta.

Se considera terminal cuando el paciente tiene 8 mgs o más de creatinina sérica o está en procedimiento dialítico sin posibilidades de trasplante renal.

2.1.4.1.5. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRÓNICA

Es la pérdida del equilibrio del proceso de ventilación mediante el cual los pulmones rellenan el gas de los alvéolos, ocasionando una disminución de la función ventilatoria y por consiguiente del volumen gaseoso contenido dentro de los pulmones en determinadas circunstancias y velocidad con que puede ser expedido del pulmón, independientemente de la causa.

2.1.4.2. BENEFICIO

Mediante este beneficio, "LA INSTITUCIÓN" otorgará al "Asegurado", por una sola vez, el 30% (treinta por ciento) de la Suma Asegurada correspondiente al beneficio básico por fallecimiento contratado, al presentarse pruebas de que el Asegurado ha sido diagnosticado como enfermo en fase terminal.

Este beneficio será efectivo siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor.

2.1.4.3. PERÍODO DE ESPERA

El beneficio procederá, siempre y cuando el diagnóstico del “Asegurado” como enfermo en fase terminal, se realice después de 180 días naturales de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza.

El “Asegurado” deberá demostrar mediante pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio a “LA INSTITUCIÓN”, que es enfermo en fase terminal y, en su caso tendrá que ser confirmado por un médico de “LA INSTITUCIÓN”.

Para el pago de este beneficio, “LA INSTITUCIÓN” dispondrá de un periodo de 30 días naturales contados a partir de que el “Asegurado” presente la reclamación debidamente fundamentada.

2.1.4.4. AJUSTE DE SUMA ASEGURADA

El importe del pago correspondiente a este beneficio, reducirá la Suma Asegurada del beneficio básico por fallecimiento del “Asegurado”.

En consecuencia, en el momento en que el “Asegurado” fallezca, se entregará a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada en vigor, menos el adelanto que se haya dado por este beneficio y los cargos derivados del pago anticipado por enfermedad terminal.

2.1.4.5. EDADES DE ADMISIÓN

Las edades de admisión establecidas por “LA INSTITUCIÓN” para este beneficio, son de los 15 a los 70 años.

2.1.4.6. BENEFICIARIOS

En caso de que en la Póliza se haya hecho el nombramiento de Beneficiarios irrevocables, estos deberán de notificar a “LA INSTITUCIÓN” por escrito, que están de acuerdo en que el “Asegurado” haga uso del beneficio.

2.1.4.7. CARGOS DERIVADOS DEL PAGO ANTICIPADO POR ENFERMEDAD TERMINAL (ET)

“LA INSTITUCIÓN” establece que estando contratado este beneficio, descontará del pago de la indemnización a que se refiere el beneficio básico por fallecimiento, por concepto de cargos del pago anticipado por enfermedad terminal una cantidad que será igual a aplicar la Tasa de Interés Interbancaria de Equilibrio (T.I.I.E.), a la cantidad pagada bajo el concepto del beneficio de Pago Anticipado por Enfermedad en Fase Terminal, por el tiempo que corrió desde el momento en que se realizó el pago de este último beneficio y el fallecimiento del “Asegurado”.

2.1.4.8. EXCLUSIONES

Quedan excluidas las enfermedades originadas por:

- **Intento de suicidio o lesión causada a si mismo, ya sea en estado de cordura o demencia**
- **Adicción al alcohol, drogas, estupefacientes y/o psicotrópicos**
- **Enfermedades acompañadas por una infección HIV (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA o cualquiera de los padecimientos de esta enfermedad)**

- **Cualquier cáncer “in situ”, sin invasión o metástasis, así como el cáncer de piel, los considerados como lesiones premalignas, excepto el melanoma de invasión**
- **Procedimientos no quirúrgicos de las arterias coronarias como angioplastia y/o cualquier otra intervención intra- arterial**
- **Padecimientos y/o enfermedades preexistentes, se entenderá como padecimiento y/o enfermedad preexistente, aquel:**
 - a) **Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.**

Cuando MetLife México S.A. cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

 - b) **Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.**
- **Enfermedades cuya causa sea a consecuencia del uso o exposición a sustancias de índole nuclear o radiactiva**

2.1.4.9. TERMINACIÓN

La vigencia de este beneficio terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- a) Concluir la vigencia de la Póliza de que este beneficio forma parte.
- b) Al ocurrir el fallecimiento del “Asegurado”.
- c) Al efectuar “LA INSTITUCIÓN” el pago de la Suma Asegurada establecida para este beneficio.
- d) La cancelación de la Póliza de que este beneficio forma parte.

2.1.5. BENEFICIO ADICIONAL DE GARANTIA ESCOLAR (GE)

Este beneficio operará sólo si ha sido contratado y se indica en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente.

2.1.5.1. DEFINICIONES

Para efectos de esta póliza, se entiende por:

2.1.5.1.1. ASEGURADO

Persona física protegida a través de alguna de las coberturas del contrato de seguro.

2.1.5.1.2. ASEGURADO TITULAR

Persona identificada como el Asegurado principal de la póliza.

2.1.5.1.3. BENEFICIARIO(S)

Persona(s) física(s) designada(s) por el “Asegurado Titular” para recibir el pago de la Suma Asegurada correspondiente a este beneficio. Ya sea en forma directa o por conducto del Fideicomiso al efecto establecido.

2.1.5.2. DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO

Si dentro de la vigencia de este beneficio ocurre el fallecimiento del “Asegurado Titular”, “LA INSTITUCIÓN” pagará al(os) Beneficiario(s) designado(s), la Suma Asegurada contratada para este beneficio, o en su caso directamente al Fideicomiso al efecto establecido.

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

La Suma Asegurada contratada para este beneficio será la cantidad que se indique en la Carátula de la Póliza.

Salvo instrucción en contrario, la indemnización conducente por el fallecimiento del “Asegurado Titular” se pagará a los beneficiarios a través del Fideicomiso que “LA INSTITUCIÓN” tiene contratado para este propósito y cuyos términos y condiciones se señalan en el contrato de fideicomiso correspondiente. Asimismo se establece que la forma de liquidación del beneficio se realizará siguiendo las indicaciones que para tal efecto se señalan en la denominada Carta de Instrucción.

Cuando sea voluntad del “Asegurado Titular” establecer una forma de pago diferente al Fideicomiso señalado en el párrafo anterior, deberá especificarlo y efectuar la designación de sus beneficiarios en los formatos que para este efecto “LA INSTITUCIÓN” tiene establecidos.

2.1.5.3. LÍMITES DE EDAD

Los límites establecidos de admisión son de 15 años como mínimo y 70 años como máximo.

2.1.5.4. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

La vigencia de este beneficio terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- a) Concluir la vigencia de la Póliza de la cual forma parte este beneficio.
- b) La cancelación de este beneficio a solicitud del Asegurado.
- c) Al concluir la vigencia de este beneficio.
- d) Al realizar LA INSTITUCION el pago de la indemnización por este beneficio.
- e) Cancelación de la cobertura básica de la Póliza o de este beneficio.

2.2. BENEFICIOS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

2.2.1. BENEFICIO ADICIONAL DE EXENCIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (BIT)

Este beneficio operará sólo si ha sido contratado y se indica en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente.

2.2.1.1. DEFINICIÓN

Se entenderá como Invalidez Total y Permanente, cuando a consecuencia de un accidente o enfermedad, se genere una incapacidad del tipo orgánico funcional y/o una incapacidad por pérdidas orgánicas, que por su naturaleza y gravedad, sea evidente desde el punto de vista médico que son totales y permanentes, con pronóstico de recuperación nulo, y por lo tanto influyan en una disminución total de ingresos del “Asegurado” al impedirle el desempeño de su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos aptitudes y posición social.

Si la enfermedad o accidente que provoquen el estado de invalidez pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, se declinará el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del asegurado por virtud de su capacidad económica.

2.2.1.2. BENEFICIO

Si estando en vigor este beneficio y antes del aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el “Asegurado” cumpla la edad de 60 años, el “Asegurado” se invalida total y permanentemente, “LA INSTITUCIÓN”, eximirá al “Asegurado” del pago de la prima del beneficio básico por fallecimiento, y si fuera el caso porque se hubiesen contratado antes de que se presentara la invalidez, las de los siguientes beneficios:

- Beneficio Adicional de Pago por Fallecimiento Temprano (PFT)
- Beneficio Adicional de Gastos Funerarios del Asegurado (GFA)
- Beneficio Adicional de Pago Anticipado por Enfermedad en Fase Terminal (ET)
- Beneficio Adicional de Garantía Escolar (GE)
- Beneficio Adicional Conyugal (BACY)
- Beneficio Adicional de Gastos Funerarios Cónyuge (GFC)
- Beneficio Adicional Complementario (BAC)
- Beneficio Adicional de Gastos Funerarios Hijos (GFH)
- Beneficio Adicional de Cáncer del Asegurado Titular (BCAT)
- Beneficio por Cáncer denominado Cáncer Plus (BCAC)
- Beneficio Adicional de Gastos Funerarios Complementario (GFX)
- Beneficio Adicional de Accidentes Personales Complementario (AP)

En caso de convenirse, la exención de pago de primas referida en el párrafo anterior incluirá la prima excedente contenida en la prima total según forma de pago.

El “Asegurado” adquirirá el derecho al pago de este beneficio al cumplir cuatro meses en el Estado de Invalidez Total y Permanente contados a partir de la fecha en que se diagnostique la invalidez.

El periodo de cuatro meses señalado en el párrafo anterior no operará, cuando la causal de Invalidez Total y Permanente, conforme a los términos de la definición de esta Cláusula, sea por la pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos; la pérdida de ambas manos; o la pérdida de ambos pies; o la pérdida de una mano y un pie; o la pérdida de una mano y la vista de un ojo; o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

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

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

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

2.2.1.3. PRUEBAS

Será requisito indispensable que al tramitarse la reclamación que a este beneficio compete, el “Asegurado” presente un dictamen de Invalidez Total y Permanente expedido por una Institución de Seguridad Social o en su defecto expedido por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión, acompañándose en ambos casos con los elementos comprobatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplan las características indicadas en la definición de Invalidez Total y Permanente. Así como los periodos de espera, y a su vez su realización no esté considerada en las exclusiones de este mismo beneficio.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con este beneficio, “LA INSTITUCIÓN” tendrá el derecho de practicar a su costa los exámenes médicos que considere pertinentes al “Asegurado”.

“LA INSTITUCIÓN” podrá, cuando lo estime necesario, examinar al “Asegurado” o solicitarle que compruebe dentro de un plazo máximo de 30 días naturales a partir del requerimiento, que su invalidación total y permanente continúa. Si el “Asegurado” se niega a hacerlo, terminarán los efectos de este beneficio y deberá el “Asegurado” reanudar de inmediato el pago de las primas.

2.2.1.4. EXCLUSIONES

Los beneficios con protección por invalidez no cubren:

1. Estado de Invalidez Total originado por participar en:

- a) **Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
- b) **Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el “Asegurado”.**

c) **Accidentes que ocurran mientras el “Asegurado” se encuentra a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular. Salvo convenio expreso.**

d) **Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.**

2. Estado de Invalidez por cualquier intento de suicidio o lesiones o enfermedades provocadas por el “Asegurado”.

2.2.1.5. TERMINACIÓN

La vigencia de este beneficio terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- a) Concluir la vigencia de la Póliza de la cual este beneficio forma parte.
- b) La cancelación de este beneficio a solicitud del “Asegurado”.
- c) En el aniversario inmediato posterior de la Póliza en que el “Asegurado” haya cumplido la edad de 60 años.
- d) Al otorgar “LA INSTITUCIÓN” este beneficio.
- e) La cancelación de la Póliza de la cual este beneficio forma parte.

Con la reclamación y dictamen de procedencia de este beneficio, dejarán de surtir efectos los beneficios por accidente que se hubieren contratado, toda vez que la condición de riesgo del “Asegurado” ha cambiado. El “Asegurado” podrá optar por la devolución de la prima no devengada, o en caso de no ejercer este derecho, la misma se convertirá automáticamente en prima excedente en el fondo de reserva del plan.

2.2.2. BENEFICIO ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE (CII)

Este beneficio operará sólo si ha sido contratado y se indica en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente.

2.2.2.1. DEFINICIÓN

Se entenderá como Invalidez Total y Permanente, cuando a consecuencia de un accidente o enfermedad, se genere una incapacidad del tipo orgánico funcional y/o una incapacidad por pérdidas orgánicas, que por su naturaleza y gravedad, sea evidente desde el punto de vista médico que son totales y permanentes, conpronóstico de recuperación nulo, y por lo tanto influyan en una disminución total de ingresos del “Asegurado” al impedirle el desempeño de su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos aptitudes y posición social.

Si la enfermedad o accidente que provoquen el estado de invalidez pueda ser susceptible de corregirse utilizando los conocimientos médicos existentes al momento en que ocurrió, se declinará el siniestro si dichos tratamientos están al alcance del asegurado por virtud de su capacidad económica.

2.2.2.2. BENEFICIO

Si estando en vigor este beneficio y antes del aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el “Asegurado” cumpla la edad de 60 años, el “Asegurado” se invalida total y permanentemente, “LA INSTITUCIÓN” pagará al propio “Asegurado” la Suma Asegurada contratada en este beneficio. El “Asegurado” adquirirá el derecho al pago de este beneficio al cumplir cuatro meses en el estado de Invalidez Total y Permanente contados a partir de la fecha en que se diagnostique la invalidez.

Las obligaciones de “LA INSTITUCIÓN” provenientes de este beneficio de indemnización por invalidez quedarán extinguidas si ocurre el fallecimiento del “Asegurado” dentro del periodo referido en el párrafo anterior.

El periodo de cuatro meses no operará, cuando la causal de Invalidez Total y Permanente, conforme a los términos de la definición de esta Cláusula, sea por la pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos; o la pérdida de ambas manos; o la pérdida de ambos pies; o la pérdida de una mano y un pie; o la pérdida de una mano y la vista de un ojo; o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo.

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

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

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

2.2.2.3. PRUEBAS

Será requisito indispensable que al tramitarse la reclamación que a este beneficio compete, el “Asegurado” presente un dictamen de Invalidez Total y Permanente expedido por una Institución de Seguridad Social o en su defecto expedido por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión con especialidad en medicina del trabajo, acompañándose en ambos casos con los elementos comprobatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplan las características indicadas en la definición de Invalidez Total y Permanente. Así como los periodos de espera, y a su vez su realización no esté considerada en las exclusiones de este mismo beneficio.

Al tramitarse alguna reclamación relacionada con este beneficio, “LA INSTITUCIÓN” tendrá el derecho de practicar a su costa los exámenes médicos que considere pertinentes al “Asegurado”.

2.2.2.4. EXCLUSIONES

Los beneficios con protección por invalidez no cubren:

1. Estado de Invalidez Total originado por participar en:

- a) **Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.**
- b) **Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el “Asegurado”.**
- c) **Accidentes que ocurran mientras el “Asegurado” se encuentra a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular. Salvo convenio expreso**

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

2. Estado de Invalidez por cualquier intento de suicidio o lesiones o enfermedades provocadas por el “Asegurado”.

2.2.2.5. TERMINACIÓN

La vigencia de este beneficio terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- a) Concluir la vigencia de la Póliza de la cual este beneficio forma parte.
- b) La cancelación de este beneficio a solicitud del “Asegurado”.
- c) En el aniversario inmediato posterior de la Póliza en que el “Asegurado” haya cumplido la edad de 60 años.
- d) Al otorgar “LA INSTITUCIÓN” este beneficio.
- e) La cancelación de la Póliza de la cual este beneficio forma parte.

Con el pago de la indemnización correspondiente a este beneficio, dejarán de surtir efectos los beneficios por accidente que se hubieren contratado, toda vez que la condición de riesgo del “Asegurado” ha cambiado. El “Asegurado” podrá optar por la devolución de la prima no devengada, o en caso de no ejercer este derecho, la misma se convertirá automáticamente en prima excedente en el fondo de reserva del plan.

2.3. BENEFICIOS POR ACCIDENTE

2.3.1. BENEFICIO ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL (CMA)

Este beneficio operará sólo si ha sido contratado y se indica en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente.

2.3.1.1. DEFINICIÓN

Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del “Asegurado”, que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del “Asegurado” dentro de los noventa días siguientes a la fecha del accidente.

No se considera accidente a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el “Asegurado”.

2.3.1.2. BENEFICIO

“LA INSTITUCIÓN” pagará por una sola vez al(os) Beneficiario(s) correspondiente(s), la Suma Asegurada contratada para este beneficio si el “Asegurado” fallece en un accidente o a consecuencia de él, siempre que la muerte ocurra dentro de los noventa días siguientes a la fecha del accidente y antes del aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el “Asegurado” cumpla la edad de 70 años.

2.3.1.3. PRUEBAS

Al tramitarse la reclamación que a este beneficio compete, el (los) beneficiario (s) deberá (n) presentar los elementos comprobatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplan las características que se marcan en la definición de accidente, o que su realización no esté considerada en las exclusiones de este mismo beneficio.

2.3.1.4. EXCLUSIONES

Este beneficio por accidente no cubre:

1. Accidentes originados por participar en:

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

2. Los siguientes eventos:

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

2.3.1.5. TERMINACIÓN

La vigencia de este beneficio terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- a) Concluir la vigencia de la Póliza de la cual este beneficio forma parte.
- b) La cancelación de este beneficio a solicitud del “Asegurado”.
- c) En el aniversario inmediato posterior de la Póliza en que el “Asegurado” haya cumplido la edad de 70 años.

- d) Al efectuar “LA INSTITUCIÓN” el pago de la Suma Asegurada correspondiente a este beneficio.

2.3.2. BENEFICIO ADICIONAL DE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL Y/O PÉRDIDAS ORGÁNICAS (TIBA)

Este beneficio operará sólo si ha sido contratado y se indica en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente.

2.3.2.1. DEFINICIÓN

Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del “Asegurado”, que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del “Asegurado” dentro de los noventa días siguientes a la fecha del accidente.

No se considera accidente a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente por el “Asegurado”.

2.3.2.2. BENEFICIO

“LA INSTITUCIÓN” pagará por una sola vez al “Asegurado” o a sus Beneficiarios, según sea el caso, las indemnizaciones que en seguida se expresan, si el “Asegurado” fallece o sufre la pérdida de sus miembros en un accidente o a consecuencia de él, siempre que la muerte o pérdida de los miembros ocurra dentro de los noventa días siguientes a la fecha del accidente y antes del aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el “Asegurado” cumpla la edad de 70 años.

2.3.2.3. INDEMNIZACIONES

1. Por la muerte del “Asegurado” o por la pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos; o la pérdida de ambas manos; o la pérdida de ambos pies; o la pérdida de una mano y un pie; o la pérdida de una mano y la vista de un ojo; o la pérdida de un pie conjuntamente con la vista de un ojo, el pago de la Suma Asegurada del beneficio.
2. Si el “Asegurado” sufre la pérdida de la vista de un ojo y adicionalmente la pérdida de una mano o de un pie, el pago de una cantidad igual a la mitad de la Suma Asegurada del beneficio.

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

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

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

2.3.2.4. DOBLE INDEMNIZACIÓN

Se establece que las indemnizaciones pagaderas se duplicarán si la muerte o las lesiones corporales que resultaren del accidente, fueran sufridas por el “Asegurado” mientras viajare como pasajero en cualquier vehículo de servicio público que no sea aéreo, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeto a itinerarios regulares, o mientras viajare como pasajero en un ascensor que opere para servicio público con exclusión de los elevadores industriales o de minas; o a causa de incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público en el cual se encontrare el “Asegurado” al iniciarse el incendio.

2.3.2.5. PRUEBAS

Al tramitarse la reclamación que a este beneficio compete, el “Asegurado” o su(s) beneficiario(s) deberá(n) presentar los elementos comprobatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplan las características que se marcan en la definición de accidente, o que su realización no esté considerada en las Exclusiones de este mismo beneficio.

“LA INSTITUCIÓN” tendrá el derecho de practicar a su costa los exámenes médicos que considere pertinentes al “Asegurado”.

2.3.2.6. EXCLUSIONES

Este beneficio por accidente no cubre:

1. Accidentes originados por participar en:

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

2. Los siguientes eventos:

- a) La muerte o pérdida de miembros del “Asegurado” debida directa o indirectamente, en todo o en parte a enfermedades de cualquier naturaleza.
- b) Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, aun cuando se cometan en estado de enajenación mental.
- c) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.
- d) Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.
- e) Accidentes que se originen debido a que el “Asegurado” estaba bajo la influencia de algún enervante, estimulante o similar, excepto si fueron prescritos por un médico.

- f) Accidentes que se originen por culpa grave del “Asegurado”, si de la documentación presentada se desprende que ocurrieron a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol.**

2.3.2.7. TERMINACIÓN

La vigencia de este beneficio terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- a) Concluir la vigencia de la Póliza de la cual este beneficio forma parte.
- b) La cancelación de este beneficio a solicitud del “Asegurado”.
- c) En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el “Asegurado” haya cumplido la edad de 70 años.
- d) Al efectuar “LA INSTITUCIÓN” el pago de la Suma Asegurada correspondiente a este beneficio.

2.4. BENEFICIOS POR CÁNCER DEL ASEGURADO (BCAT)

Este Beneficio operará sólo si ha sido contratado y se especifica en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente.

2.4.1. DEFINICIONES

2.4.1.1. PRIMER OCURRENCIA

Se define como tal, a la primera ocasión en que la persona experimenta las manifestaciones y/o es diagnosticada del padecimiento en cuestión.

2.4.1.2. MÉDICO

Profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina, que no mantenga con el “Asegurado” parentesco en línea recta o; directa o; colateral o; por afinidad y que debe estar certificado por el consejo de la especialidad como experto en la materia respectiva.

2.4.1.3. PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS EN CONVENIO

Médicos, hospitales, farmacias, laboratorios clínicos o gabinetes clínicos, que trabajan en convenio con MetLife México, S.A. y que tienen por objeto proporcionar a los asegurados el servicio preestablecido.

2.4.1.4. CÁNCER CON METÁSTASIS

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

2.4.1.5. CÁNCER “IN SITU”

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

2.4.1.6. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

El dictamen que sobre un padecimiento o condición del mismo, efectúa un profesional en la especialidad específica, apoyándose para ello en elementos directos, como la evaluación médica directa y pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, así como los antecedentes y declaraciones que fuesen necesarios de acuerdo al diagnóstico final a juicio del médico.

2.4.1.7 CERTIFICACIÓN MÉDICA

Se entenderá como tal el diagnóstico u ocurrencia (confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio), efectuado por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente.

2.4.1.8 PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Se entenderá como padecimiento y/o enfermedad preexistente, aquel:

- a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando MetLife México S.A. cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- b) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

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

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

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que se emita, vinculará a las partes. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por "LA INSTITUCIÓN".

2.4.1.9. TNM

Clasificación de Cáncer desarrollada por el American Joint Commission on Cancer. TNM emplea (T) para referenciar el tamaño, (N, ganglio en inglés) para referenciar el número de ganglios linfáticos afectados y (M) para referenciar si hay metástasis a distancia.

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

El sistema TNM es una herramienta o metodología que los médicos utilizan para describir el estadio clínico.

Este sistema utiliza tres criterios para juzgar el estadio del Cáncer: el tumor primario mismo, los ganglios linfáticos vecinos al tumor y si el tumor se ha diseminado al resto del cuerpo. Los resultados se combinan para determinar el estadio del cáncer de cada persona.

El estadio es una forma común de describir el Cáncer de manera que los médicos puedan de común acuerdo planificar el mejor tratamiento.

2.4.1.10. TUMOR

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

TX: No se puede evaluar el tumor primario.

T0: No hay evidencia de Cáncer.

Tis: Se refiere al carcinoma “in situ”.

T1: El tumor ha invadido la submucosa.

T2: El tumor ha invadido la lámina muscular propia.

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

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

Ganglio: La “N” en el sistema TNM corresponde a la abreviación para ganglio en inglés.

Los ganglios linfáticos son órganos minúsculos que ayudan a combatir infecciones, ya que forman parte del sistema inmunológico del cuerpo. Existen ganglios linfáticos regionales y ganglios linfáticos distantes.

NX: No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales debido a la falta de información.

N0: No se detecta metástasis de ganglios linfáticos regionales (el cáncer no se ha diseminado a los ganglios linfáticos regionales).

N1: Hay compromiso metastásico en uno, dos o tres ganglios linfáticos regionales.

N2: Hay compromiso metastásico en cuatro o más ganglios linfáticos regionales.

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

MX: No se puede evaluar la metástasis a distancia.

M0: La enfermedad no se ha metastatizado.

M1: Hay metástasis a distancia.

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

Estadio 0: Se refiere al Cáncer “in situ”.

Estadio I: El Cáncer ha crecido a través de la mucosa invadiendo la capa muscular.

Estadio IIA: El Cáncer se ha diseminado a través de la pared del tejido y posiblemente se ha diseminado al tejido cercano. No se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos.

Estadio IIB: El Cáncer se ha diseminado a través del tejido a los órganos cercanos. No se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos

Estadio IIIA: El Cáncer ha crecido a través del revestimiento interno o en las capas musculares del tejido y en uno, dos o tres ganglios linfáticos, pero no se ha diseminado hacia otras partes del cuerpo.

Estadio IIIB: El Cáncer ha crecido a través de la pared del tejido a los órganos que lo rodean y en uno a tres ganglios linfáticos, pero no se ha diseminado hacia otras partes del cuerpo.

Estadio IIIC: El Cáncer (de cualquier tamaño) se ha diseminado a cuatro o más ganglios linfáticos, pero no a otras partes distantes del cuerpo.

Estadio IV: El Cáncer se ha metastatizado a partes distantes del cuerpo.
Recurrente: Cáncer recurrente significa que el cáncer ha vuelto a aparecer después del tratamiento.

2.4.2. BENEFICIOS AMPARADOS

2.4.2.1. BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN TOTAL POR CÁNCER

Si durante la vigencia del Contrato, un médico certificado por el consejo de la especialidad como experto en la materia relativa al padecimiento Cáncer, diagnostica la primer ocurrencia de Cáncer al “Asegurado”, que le implica la necesidad médica de cirugía, radioterapia, quimioterapia, por haber metástasis, MetLife México, S.A. pagará la Suma Asegurada contratada y señalada para este beneficio, en la carátula de la Póliza, con lo que termina la cobertura de este Beneficio.

2.4.2.1.1. PERIODO DE ESPERA

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

2.4.2.1.2. PRUEBAS

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

En su caso MetLife México, S.A. se reserva el derecho de confirmar el diagnostico a través de un médico, específicamente nombrado por la compañía Edades de Admisión

Las edades de admisión establecidas por “LA INSTITUCIÓN” para este beneficio, son de los 15 a los 65 años de edad.

2.4.2.1.3. INDEMNIZACIÓN

Cuando se presente el evento objeto de cobertura de esta póliza y ocurriese el fallecimiento del “Asegurado Titular”, antes de la presentación de la reclamación consecuente por este Beneficio Adicional, la indemnización que procediese, se liquidará a los Beneficiarios Designados en la cobertura de Fallecimiento del “Asegurado Titular”, en los mismos términos y porcentajes ahí definidos, siempre que se demuestre que fue imposible realizar la reclamación conducente en los términos y plazos establecidos en las Condiciones Generales de este Contrato y que dicho atraso no fue con el fin de evitar la comprobación fehaciente de que el evento se ajusta a las definiciones de cobertura establecidas en esta póliza.

2.4.2.1.4. EXCLUSIONES

La cobertura señalada por este beneficio no aplicará cuando la causa de dicho evento sea atribuible a:

- **Cualquier tumor benigno, displasia, neoplasia inter o intra epitelial, o un crecimiento pre-maligno dictaminado por el médico especialista como diagnóstico final**
- **Cualquier tumor papilar de la vejiga, clasificado como T1 a menor**
- **Cualquier tumor papilar de la tiroides que sea clasificado como T1N0M0 o menor a la etapa TNM**
- **Cualquier tumor en presencia del virus humano de VIH**
- **Cualquier tipo de cáncer no-melanoma a menos que haya metástasis**
- **Leucemia crónica Linfocítica (CLL), menor que etapa III, tal como la definida por clasificación RAI. Dicha clasificación es utilizada en el ámbito médico para medir el grado de propagación de la Leucemia crónica Linfocítica y considera 5 etapas:**

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

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

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

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

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

- **Cualquier condición que es referida al Beneficio de Indemnización Parcial por Cáncer “in situ”**
- **Padecimientos y/o enfermedades preexistentes, se entenderá como padecimiento y/o enfermedad preexistente, aquel:**
 - a) **Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.**

Cuando MetLife México S.A. cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- b) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.**

2.4.2.1.5. TERMINACIÓN DE ESTE BENEFICIO

La vigencia de este Beneficio terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- a) Concluir la vigencia de la Póliza.
- b) Al ocurrir el Fallecimiento del Contratante.
- c) Al efectuar MetLife México el pago de la Suma Asegurada establecida para este Beneficio.
- d) Al aniversario de la Póliza en la que el asegurado cuente con 70 años de edad.

2.4.2.2. BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN PARCIAL POR CÁNCER “IN SITU”.

“LA INSTITUCIÓN” pagará al Asegurado una indemnización equivalente al 25% de la Suma Asegurada Contratada para Indemnización Total por Cáncer, si durante la vigencia del Contrato, al “Asegurado” se le diagnostica la primer ocurrencia de alguno de los siguientes casos de Cáncer, que se enlistan a continuación:

- Carcinoma “in situ” clasificado como TisN0M0, de la que se determina la necesidad médica de cirugía quimioterapia o radioterapia, de acuerdo al criterio que para este fin emite un médico certificado en la especialidad del tipo de carcinoma involucrado
- Tumores malignos clasificados como T1N0M0 o mayores, los cuales se tratan solo por procedimientos de endoscopia
- Melanomas malignos, clasificados como T1N0M0

2.4.2.2.1. PERIODO DE ESPERA

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

2.4.2.2.2. PRUEBAS

El “Asegurado” deberá demostrar a MetLife México, S.A la ocurrencia del evento que ampara esta Cobertura, mediante pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, demostrada en cirugía, endoscopia, radiología u otro método de imagen, misma que será reportada en un reporte patológico por un médico certificado por el consejo de la especialidad como experto en la materia relativa al padecimiento Cáncer.

En su caso MetLife México, S.A. se reserva el derecho de confirmar el diagnóstico a través de un médico, específicamente nombrado por la compañía.

2.4.2.2.3. EDADES DE ADMISIÓN

Las edades de admisión establecidas por “LA INSTITUCIÓN” para este beneficio, son de los 15 a los 65 años de edad.

2.4.2.2.4. INDEMNIZACIÓN

Cuando se presente el evento objeto de cobertura de esta póliza y ocurriese el fallecimiento del “Asegurado Titular”, antes de la presentación de la reclamación consecuente por este Beneficio Adicional, la indemnización que procediese, se liquidará a los Beneficiarios designados en la cobertura de fallecimiento del “Asegurado Titular”, en los mismos términos y porcentajes ahí definidos, siempre que se demuestre que fue imposible realizar la reclamación conducente en los términos y plazos establecidos en las Condiciones Generales de este Contrato y que dicho atraso no fue con el fin de evitar la comprobación fehaciente de que el evento se ajusta a las definiciones de Cobertura establecidas en esta póliza.

2.4.2.2.5. EXCLUSIONES

La cobertura señalada por este Beneficio no aplicará cuando la causa de dicho evento sea atribuible a:

- **Cualquier tumor benigno, displasia, neoplasia inter o intra epitelial o un crecimiento pre-maligno dictaminado por el médico especialista como diagnóstico final**
- **Cualquier tumor papilar de la vejiga, clasificado como T1 a menor**
- **Cualquier tumor papilar de la tiroides que sea clasificado como T1N0M0 o menor a la etapa TNM**
- **Cualquier tumor en presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH**
- **Cualquier melanoma “in situ” clasificado como Tis N0M0**
- **Padecimientos y/o enfermedades preexistentes, se entenderá como padecimiento y/o enfermedad preexistente, aquel:**
 - a) **Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.**

Cuando MetLife México S.A. cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- b) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.**

2.4.2.2.6. TERMINACIÓN DE ESTE BENEFICIO

La vigencia de este beneficio terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- a) Concluir la vigencia de la Póliza.
- b) Al ocurrir el Fallecimiento del Contratante.
- c) Al efectuar MetLife México S.A. el pago de la Suma Asegurada establecida para este Beneficio.
- d) Al aniversario de la Póliza en la que el “Asegurado” cuente con 70 años de edad.

2.5. BENEFICIOS POR FALLECIMIENTO DE ASEGURADOS COMPLEMENTARIOS

2.5.1. BENEFICIO ADICIONAL CONYUGAL (BACY)

Este beneficio operará sólo si ha sido contratado y se indica en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente.

2.5.1.1. DEFINICIONES

Para efectos del presente beneficio se entenderá por:

2.5.1.1.1. ASEGURADO TITULAR

Persona física que tiene el carácter de “Asegurado” en la Póliza de que este beneficio forma parte.

2.5.1.1.2. CÓNYUGE

Persona física que con independencia de que tenga tal carácter de acuerdo con la ley, el “Asegurado Titular” convencionalmente así la denomina en la correspondiente solicitud del seguro y a favor de quien decide extender la protección del seguro a través de este beneficio, a la que indistintamente se identificará también como “Cónyuge Asegurado”.

Para este fin el “Cónyuge Asegurado” manifestará su aceptación designando sus propios Beneficiarios, mediante su firma en la sección correspondiente de la solicitud.

2.5.1.2. BENEFICIO

Si dentro de la vigencia de este beneficio ocurre el fallecimiento del “Cónyuge Asegurado”, “LA INSTITUCIÓN” pagará al(os) Beneficiario(s) designado(s) por una sola vez, la Suma Asegurada contratada para este beneficio.

Para este efecto se deberán presentar las pruebas correspondientes que acrediten este fallecimiento.

La Suma Asegurada contratada para este beneficio será la cantidad que se indique en la Carátula de la Póliza.

En caso de suicidio del “Cónyuge Asegurado”, cualquiera que haya sido su causa y/o estado mental y/o físico de éste, dentro de los dos primeros años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del presente beneficio, “LA INSTITUCIÓN”, reembolsará únicamente el fondo de reserva correspondiente a este beneficio.

2.5.1.3. TERMINACIÓN

La vigencia de este beneficio terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- a) Concluir la vigencia de la Póliza de la cual este beneficio forma parte.
- b) Al ocurrir el fallecimiento del “Asegurado Titular” o del “Cónyuge Asegurado”.
- c) La cancelación de este beneficio a solicitud del “Asegurado Titular”.

2.5.2. BENEFICIO ADICIONAL DE GASTOS FUNERARIOS CÓNYUGE (GFC)

Este beneficio operará sólo si ha sido contratado y se indica en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente.

2.5.2.1. DEFINICIONES

Para efectos del presente beneficio se entenderá por:

2.5.2.1.1. ASEGURADO TITULAR

Persona física que tiene el carácter de “Asegurado” en la Póliza de que este beneficio forma parte.

2.5.2.1.2. CÓNYUGE

Persona física que con independencia de que tenga tal carácter de acuerdo con la ley, el “Asegurado Titular” convencionalmente así la denomina en la correspondiente solicitud del seguro y a favor de quien decide extender la protección del seguro a través de este beneficio, a la que indistintamente se identificará también como “Cónyuge Asegurado”.

2.5.2.2. BENEFICIO

Si dentro de la vigencia de este beneficio ocurre el fallecimiento del “Cónyuge Asegurado”, “LA INSTITUCIÓN” pagará al “Asegurado Titular” por una sola vez, la Suma Asegurada contratada para este beneficio.

Para este efecto el “Asegurado Titular” deberá presentar las pruebas correspondientes que acrediten este fallecimiento.

La Suma Asegurada contratada para este beneficio será la cantidad que se indique en la Carátula de la Póliza.

En caso de suicidio del “Cónyuge Asegurado”, cualquiera que haya sido su causa y/o estado mental y/o físico de éste, dentro de los dos primeros años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del presente beneficio, “LA INSTITUCIÓN”, reembolsará únicamente el fondo de reserva correspondiente a este beneficio.

2.5.2.3. TERMINACIÓN

La vigencia de este beneficio terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- a) Concluir la vigencia de la Póliza de la cual este beneficio forma parte.
- b) Al ocurrir el fallecimiento del “Asegurado Titular” o del “Cónyuge Asegurado”.
- c) La cancelación de este beneficio a solicitud del “Asegurado Titular”.

2.5.3. BENEFICIO ADICIONAL COMPLEMENTARIO (BAC)

Este beneficio operará sólo si ha sido contratado y se indica en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente.

2.5.3.1. DEFINICIONES

Para efectos del presente beneficio se entenderá por:

2.5.3.2.1. ASEGURADO TITULAR

Persona física que tiene el carácter de “Asegurado” en la Póliza de que este beneficio forma parte.

2.5.3.2.2. ASEGURADO COMPLEMENTARIO

Persona física en cuyo favor el “Asegurado Titular” haya decidido extender la protección del seguro a través de este beneficio, siempre que otorgue su consentimiento para ello. Para este fin el “Asegurado Complementario” manifestará su aceptación designando sus propios Beneficiarios mediante su firma en la sección correspondiente de la solicitud.

2.5.3.2. BENEFICIO

Si dentro de la vigencia de este beneficio ocurre el fallecimiento del “Asegurado Complementario”, “LA INSTITUCIÓN” pagará por una sola vez al(os) Beneficiario(s) designado(s), la Suma Asegurada contratada para este beneficio.

Para este efecto el(os) Beneficiario(s) deberá(n) presentar las pruebas que acrediten este fallecimiento. La Suma Asegurada contratada para este beneficio será la cantidad que se indique en la Carátula de la Póliza.

En caso de suicidio del “Asegurado Complementario”, cualquiera que haya sido su causa y/o estado mental y/o físico de éste, dentro de los dos primeros años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del presente beneficio, “LA INSTITUCIÓN”, reembolsará únicamente el Fondo de Reserva correspondiente a este beneficio.

2.5.3.3. TERMINACIÓN

La vigencia de este beneficio terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- a) Concluir la vigencia de la Póliza de la cual este beneficio forma parte.
- b) Al ocurrir el fallecimiento del “Asegurado Titular” o del “Asegurado Complementario”.
- c) La cancelación de este beneficio a solicitud del “Asegurado Titular”.

2.5.4. BENEFICIO ADICIONAL DE GASTOS FUNERARIOS HIJOS (GFH)

Este beneficio operará sólo si ha sido contratado y se indica en la Carátula de la Póliza o endoso correspondiente.

2.5.4.1. DEFINICIONES

Para efectos del presente beneficio se entenderá por:

2.5.4.1.1. ASEGURADO TITULAR

Persona física que tiene el carácter de “Asegurado” en la Póliza de que este beneficio forma parte.

2.5.4.1.2. HIJO ASEGURADO

Persona física a quien así se le denominará y que tiene tal carácter por estar en los registros de “LA INSTITUCIÓN” como hijo del “Asegurado Titular”.

2.5.4.2. BENEFICIO

Este beneficio tiene como finalidad resarcir al “Asegurado Titular” la pérdida monetaria por los gastos inherentes al fallecimiento del “Hijo Asegurado”.

Para este efecto el “Asegurado Titular” deberá presentar las pruebas que acrediten este fallecimiento.

Para cada “Hijo Asegurado”, el Monto contratado para este beneficio será el que se especifique en la Carátula de la Póliza.

En caso de que fallezcan simultáneamente el “Asegurado Titular” y el “Hijo Asegurado”, el pago del Monto se hará a los Beneficiarios designados por el “Asegurado Titular”.

2.5.4.3. EDADES DE ADMISIÓN

Las edades de admisión establecidas por “LA INSTITUCIÓN” para este beneficio, son de los 0 a los 24 años de edad, para cada “Hijo Asegurado”.

2.5.4.4. TERMINACIÓN

Este beneficio terminará para cada “Hijo Asegurado” al ocurrir su fallecimiento o a partir del aniversario de la Póliza en que el “Hijo Asegurado” haya cumplido la edad de 25 años.

Asimismo, la vigencia de este beneficio terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- a) Concluir la vigencia de la Póliza de la cual este beneficio forma parte.
- b) Al ocurrir el fallecimiento del “Asegurado Titular” o del último “Hijo Asegurado”.
- c) En el aniversario de la Póliza en que el menor “Hijo Asegurado” haya cumplido la edad de 25 años.
- d) La cancelación de este beneficio a solicitud del “Asegurado Titular”.

2.6. BENEFICIO POR CÁNCER DENOMINADO CÁNCER PLUS

Este beneficio operará sólo si ha sido contratado y se especifica en la carátula de la Póliza o en el endoso correspondiente y puede aplicar a uno o más Asegurados Complementarios.

2.6.1. DEFINICIONES

2.6.1.1. CONTRATANTE

Persona con la que se celebra el contrato de seguro y que será el responsable de pagar las primas correspondientes por los beneficios contratados.

Asegurado: Persona física protegida a través de alguna de las coberturas del contrato de seguro.

2.6.1.2. ASEGURADO TITULAR

Persona identificada como el Asegurado principal de la póliza.

2.6.1.3. ASEGURADO COMPLEMENTARIO

Para los efectos de la presente póliza, es la persona física diferente del Asegurado Titular, a quien se extiende los beneficios del seguro con motivo de la propuesta del Contratante y la aceptación de MetLife México.

2.6.1.4. PRIMERA OCURRENCIA

Se define como tal la primera ocasión en que la persona experimenta las manifestaciones y/o es diagnosticada del padecimiento en cuestión.

2.6.1.5. MÉDICO

Profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina, que no mantenga con el Asegurado parentesco en línea recta o; directa o; colateral o; por afinidad y que debe estar certificado por el consejo de la especialidad como experto en la materia respectiva.

2.6.1.6. PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS EN CONVENIO

Médicos, hospitales, farmacias, laboratorios clínicos o gabinetes clínicos, que trabajan en convenio con MetLife México y que tienen por objeto proporcionar a los Asegurados el servicio preestablecido.

2.6.1.7. CÁNCER CON METÁSTASIS

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

2.6.1.8. CÁNCER IN SITU

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

2.6.1.9. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

El dictamen que sobre un padecimiento o condición del mismo, efectúa un Médico en la especialidad específica, apoyándose para ello en elementos directos, como la evaluación médica directa y pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, así como los antecedentes y declaraciones que fuesen necesarios de acuerdo al diagnóstico final a juicio del médico.

2.6.1.10. CERTIFICACIÓN MÉDICA

Se entenderá como tal; el diagnóstico u ocurrencia (confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio), efectuado por un médico autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión y certificado por el consejo de la especialidad correspondiente.

2.6.1.11. PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Se entenderá como padecimiento y/o enfermedad preexistente, aquel:

- a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando MetLife México S.A. cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- b) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

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

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

El procedimiento del arbitraje estará establecido por el árbitro, y las partes en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral. El laudo que se emita, vinculará a las partes. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por MetLife México.

2.6.1.12. TNM

Clasificación de Cáncer desarrollada por el American Joint Commission on Cancer

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

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

El sistema TNM es una herramienta o metodología que los médicos utilizan para describir el estadio clínico.

Este sistema utiliza tres criterios para juzgar el estadio del cáncer: el tumor primario mismo, los ganglios linfáticos vecinos al tumor y si el tumor se ha diseminado al resto del cuerpo. Los resultados se combinan para determinar el estadio del cáncer de cada persona.

El estadio es una forma común de describir el cáncer de manera que los médicos puedan de común acuerdo planificar el mejor tratamiento.

2.6.1.13. TUMOR

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

TX: No se puede evaluar el tumor primario.

T0: No hay evidencia de cáncer.

Tis: Se refiere al carcinoma in situ.

T1: El tumor ha invadido la submucosa.

T2: El tumor ha invadido la lámina muscular propia.

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

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

Ganglio. La “N” en el sistema TNM corresponde a la abreviación para ganglio en inglés.

Los ganglios linfáticos son órganos minúsculos que ayudan a combatir infecciones, ya que forman parte del sistema inmunológico del cuerpo. Existen ganglios linfáticos regionales y ganglios linfáticos distantes.

NX: No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales debido a la falta de información.

N0: No se detecta metástasis de ganglios linfáticos regionales (el cáncer no se ha diseminado a los ganglios linfáticos regionales).

N1: Hay compromiso metastásico en uno, dos o tres ganglios linfáticos regionales.

N2: Hay compromiso metastásico en cuatro o más ganglios linfáticos regionales.

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

MX: No se puede evaluar la metástasis a distancia.

M0: La enfermedad no se ha metastatizado.

M1: Hay metástasis a distancia.

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

Estadio 0: Se refiere al cáncer in situ.

Estadio I: El cáncer ha crecido a través de la mucosa invadiendo la capa muscular.

Estadio IIA: El cáncer se ha diseminado a través de la pared del tejido y posiblemente se ha diseminado al tejido cercano. No se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos.

Estadio IIB: El cáncer se ha diseminado a través del tejido a los órganos cercanos. No se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos.

Estadio IIIA: El cáncer ha crecido a través del revestimiento interno o en las capas musculares del tejido y en uno, dos o tres ganglios linfáticos, pero no se ha diseminado hacia otras partes del cuerpo.

Estadio IIIB: El cáncer ha crecido a través de la pared del tejido a los órganos que lo rodean y en uno a tres ganglios linfáticos, pero no se ha diseminado hacia otras partes del cuerpo.

Estadio IIIC: El cáncer (de cualquier tamaño) se ha diseminado a cuatro o más ganglios linfáticos, pero no a otras partes distantes del cuerpo.

Estadio IV: El cáncer se ha metastatizado a partes distantes del cuerpo.

Recurrente: Cáncer recurrente significa que el cáncer ha vuelto a aparecer después del tratamiento.

2.6.2. BENEFICIOS AMPARADOS

2.6.2.1. BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN TOTAL POR CÁNCER

Si durante la vigencia del Contrato, un médico certificado por el consejo de la especialidad como experto en la materia relativa al padecimiento cáncer, diagnostica la primera ocurrencia de cáncer al Asegurado Complementario, que le implica la necesidad médica de cirugía, radioterapia, quimioterapia, por haber metástasis, MetLife México pagará la Suma Asegurada contratada y señalada para este beneficio, en la carátula de la póliza, con lo que termina la cobertura de este Beneficio para dicho Asegurado Complementario.

2.6.2.1.1. PERÍODO DE ESPERA

Para el inicio de la protección se establece un Período de espera de tres meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza y/o endoso correspondiente.

2.6.2.1.2. PRUEBAS

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

En su caso MetLife México se reserva el derecho de confirmar el diagnóstico a través de un médico, específicamente nombrado por la compañía.

2.6.2.1.3. EDADES DE ADMISIÓN

Las edades de admisión establecidas por MetLife México para este beneficio, son de los 15 a los 65 años de edad.

2.6.2.1.4. INDEMNIZACIÓN

Cuando se presente el evento objeto de cobertura de este beneficio y ocurriese el fallecimiento del Asegurado Complementario, antes de la presentación de la reclamación consecuente por este beneficio adicional, la indemnización que procediese, se liquidará a los beneficiarios designados para el presente beneficio, siempre que se demuestre que fue imposible realizar la reclamación conducente en los términos y plazos establecidos en las condiciones generales de este contrato y que dicho atraso no fue con el fin de evitar la comprobación fehaciente de que el evento se ajusta a las definiciones de cobertura establecidas en este beneficio.

2.6.2.1.5. BENEFICIARIOS

Para efectos de este beneficio se entenderá que el beneficiario de la indemnización que proceda es el propio Asegurado Complementario afectado.

En el caso de fallecimiento del Asegurado Complementario a causa del riesgo amparado por el presente beneficio, la indemnización que proceda se pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado Complementario.

Para el caso de fallecimiento de Asegurados Complementarios menores de edad a causa del riesgo que cubre el presente beneficio, el Beneficiario será el Asegurado Titular, salvo disposición en contrario en razón de la designación de beneficiarios señalada por el menor de edad.

2.6.2.1.6. EXCLUSIONES

La cobertura señalada por este beneficio no aplicará cuando la causa de dicho evento sea atribuible a:

- **Cualquier tumor benigno, displasia, neoplasia Inter o intra epitelial, o un crecimiento pre-maligno dictaminado por el médico especialista como diagnóstico final**
- **Cualquier tumor papilar de la vejiga, clasificado como T1 a menor**
- **Cualquier tumor papilar de la tiroides que sea clasificado como T1N0M0 o menor a la etapa TN**
- **Cualquier tumor en presencia del virus de inmunodeficiencia humana VIH**
- **Cualquier tipo de cáncer no-melanoma a menos que haya metástasis**

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

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

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

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

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

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

- **Cualquier condición que es referida al Beneficio de indemnización Parcial por Cáncer in situ**
- **Padecimientos y/o enfermedades preexistentes, se entenderá como padecimiento y/o enfermedad preexistente, aquel:**
 - a) **Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.**

Cuando MetLife México S.A. cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- b) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.**

2.6.2.1.7. TERMINACIÓN DE ESTE BENEFICIO

La vigencia de este beneficio terminará para el Asegurado que se indica, al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- a) Al Concluir la vigencia de la póliza termina la cobertura para todo asegurado de la póliza.
- b) Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado Titular termina la cobertura para todo asegurado de la póliza.
- c) Al efectuar MetLife México el pago de la suma asegurada establecida para este beneficio terminará la cobertura para el Asegurado Complementario cuyo siniestro fue pagado.
- d) Al aniversario de la póliza en el que el Asegurado Complementario cuente con 70 años de edad, terminará la cobertura para el Asegurado Complementario que hubiere alcanzado la edad señalada.

2.6.2.2. BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN PARCIAL POR CÁNCER IN SITU

MetLife México pagará al Asegurado Complementario una indemnización equivalente al 25% de la Suma Asegurada Contratada para Indemnización Total por Cáncer, si durante la vigencia del Contrato, al Asegurado Complementario se le diagnostica la primer ocurrencia de alguno de los siguientes casos de cáncer, que se enlistan a continuación:

- Carcinoma in situ clasificado como TisN0M0, de la que se determina la necesidad médica de cirugía quimioterapia o radioterapia, de acuerdo al criterio que para este fin emite un médico certificado en la especialidad del tipo de carcinoma involucrado
- Tumores malignos clasificados como T1N0M0 o mayores, los cuales se tratan solo por procedimientos de endoscopia

- Melanomas malignos, clasificados como T1N0M0

2.6.2.2.1. PERÍODO DE ESPERA

Para el inicio de la protección se establece un período de espera de tres meses contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza y/o endoso correspondiente.

2.6.2.2.2. PRUEBAS

El Asegurado deberá demostrar a MetLife México, la ocurrencia del evento que ampara esta cobertura, mediante pruebas clínicas, radiológicas, histológicas y de laboratorio, demostrada en cirugía, endoscopía, radiología u otro método de imagen, misma que será reportada en un reporte patológico por un médico certificado por el consejo de la especialidad como experto en la materia relativa al padecimiento cáncer.

En su caso MetLife México se reserva el derecho de confirmar el reporte a través de un médico, específicamente nombrado por la compañía.

2.6.2.2.3. EDADES DE ADMISIÓN

Las edades de admisión establecidas por MetLife México para este beneficio, son de los 15 a los 65 años de edad.

2.6.2.2.4.- INDEMNIZACIÓN

Cuando se presente el evento objeto de cobertura de este beneficio y ocurriese el fallecimiento del Asegurado Complementario, antes de la presentación de la reclamación consecuente por este beneficio adicional, la indemnización que procediese, se liquidará a los beneficiarios designados para el presente beneficio, siempre que se demuestre que fue imposible realizar la reclamación conducente en los términos y plazos establecidos en las condiciones generales de este contrato y que dicho atraso no fue con el fin de evitar la comprobación fehaciente de que el evento se ajusta a las definiciones de cobertura establecidas en este beneficio.

2.6.2.2.5. BENEFICIARIOS

Para efectos de este beneficio se entenderá que el beneficiario de la indemnización que proceda es el propio Asegurado Complementario afectado.

En el caso de fallecimiento del Asegurado Complementario a causa del riesgo amparado por el presente beneficio, la indemnización que proceda se pagará a los beneficiarios designados por el Asegurado

2.6.2.2.6. COMPLEMENTARIO

Para el caso de fallecimiento de Asegurados Complementarios menores de edad a causa del riesgo que cubre el presente beneficio, el Beneficiario será el Asegurado Titular, salvo disposición en contrario en razón de la designación de beneficiarios señalada por el menor de edad.

2.6.2.2.7. EXCLUSIONES

La cobertura señalada por este beneficio no aplicará cuando la causa de dicho evento sea atribuible a:

- Cualquier tumor benigno, displasia, neoplasia Inter o intra epitelial, o un crecimiento pre-maligno dictaminado por el médico especialista como diagnóstico final
- Cualquier tumor papilar de la vejiga, clasificado como T1 a menor
- Cualquier tumor papilar de la tiroides que sea clasificado como T1N0M0 o menor a la etapa TNM
- Cualquier tumor en presencia del virus de inmunodeficiencia humana VIH
- Cualquier melanoma in situ clasificado como Tis N0M0
- Padecimientos y/o enfermedades preexistentes, se entenderá como padecimiento y/o enfermedad preexistente, aquel:
 - a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando MetLife México S.A. cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

- b) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

2.6.2.2.8. TERMINACIÓN DE ESTE BENEFICIO

La vigencia de este beneficio terminará para el Asegurado que se indica, al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

- a) Al Concluir la vigencia de la póliza termina la cobertura para todo asegurado de la póliza.
- b) Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado Titular termina la cobertura para todo asegurado de la póliza.
- c) Al efectuar MetLife México el pago de la Suma Asegurada establecida para este beneficio terminará la cobertura para el Asegurado Complementario cuyo siniestro fue pagado.
- d) Al aniversario de la póliza en el que el Asegurado Complementario cuente con 70 años de edad, terminará la cobertura para el Asegurado Complementario que hubiere alcanzado la edad señalada.

2.7. BENEFICIOS DE REDUCCIÓN EN LA EDAD

2.7.1. DESCUENTO DE NO FUMADOR

Este beneficio operará sólo si se indica en la Carátula de la Póliza “LA INSTITUCIÓN”, hace constar que con base en la información declarada por el “Asegurado” en su solicitud, en lo referente al hábito de fumar, “LA INSTITUCIÓN” lo ha clasificado como “No Fumador”, gozando en consecuencia durante toda la vigencia de la Póliza de la reducción de dos años a su edad para efectos de la determinación de primas y Fondo de Reserva.

El “Asegurado” deberá notificar por escrito a “LA INSTITUCIÓN” en el momento en que incurra en el hábito de fumar, cesando de manera automática este beneficio.

2.7.2. DESCUENTOS PARA MUJERES

Este beneficio operará sólo si se indica en la Carátula de la Póliza “LA INSTITUCIÓN” hace constar que para efectos de la determinación de Primas de la Asegurada, corresponde a una edad menor en tres años a la edad declarada por la Asegurada.

3. APARTADO TRES – CLÁUSULAS GENERALES

3.1. CONTRATO

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

3.2. FECHA DE INICIO DE VIGENCIA

Será la fecha a partir de la cual entrará en vigor cada uno de los beneficios contratados por el “Asegurado”, los cuales se señalan en la Carátula de esta Póliza.

3.3. VIGENCIA DEL SEGURO

La Póliza permanecerá en vigor mientras se cumpla con el plan de pago de primas estipulado y el importe del Fondo de Reserva no se agote.

3.4. TERMINACIÓN DEL SEGURO

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

3.5. REHABILITACIÓN

El “Asegurado” podrá en cualquier momento solicitar la rehabilitación del Contrato si éste hubiera cesado en sus efectos por falta de pago de primas, mediante presentación de pruebas de asegurabilidad a “LA INSTITUCIÓN” y cubriendo en su caso la cantidad que ésta fije.

3.6. OMISIONES O INEXACTAS DECLARACIONES

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

3.7. INDISPUTABILIDAD

Este Contrato será indisputable después de haber transcurrido dos años a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o de su última rehabilitación, por lo cual, transcurrido dicho plazo “LA INSTITUCIÓN” renuncia al derecho que le confiere la Ley Sobre el Contrato de Seguro para rescindir el Contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiera incurrido el “Asegurado”.

Asimismo, cuando con posterioridad al inicio de vigencia de la Póliza o de su última rehabilitación el “Asegurado” presente pruebas de asegurabilidad para cualquier incremento de Suma Asegurada del beneficio de fallecimiento, o de los Beneficios Adicionales, o para la contratación de otro(s) Beneficio(s) Adicional(es), tales incrementos y/o contrataciones serán indisputables después de transcurridos los primeros dos años contados a partir de la fecha de su contratación.

3.8. MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES

Sólo tendrán validez las modificaciones pactadas expresamente entre las partes y que consten por escrito en la Póliza, o mediante endosos a la misma registrados previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por “LA INSTITUCIÓN”, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

ARTÍCULO 25 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

“Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta 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”.

Toda notificación a “LA INSTITUCIÓN” deberá hacerse por escrito y dirigirse a su domicilio social, que aparece en la Carátula de la Póliza.

Las comunicaciones que “LA INSTITUCIÓN” deba hacer al “Asegurado”, las dirigirá al domicilio especificado en la presente Póliza, o al último de que haya tenido conocimiento en caso de algún cambio notificado por escrito por el propio “Asegurado”.

3.9. CAMBIO DE CONDICIONES

En cualquier momento, dentro de la vigencia de la Póliza, el “Asegurado” podrá solicitar la modificación de:

- La forma de pago de las primas
- El importe de las primas
- La Suma Asegurada
- El plazo del seguro
- Beneficios Adicionales Contratados

En cualquier caso, se establecerá un nuevo plan de pago de primas, definiéndose nuevamente la proyección de valores del Fondo de Reserva que correspondan a la Póliza en la fecha del cambio.

Los incrementos en la Suma Asegurada, que no estén previstos de manera automática, al igual que la contratación de Beneficios Adicionales, estarán sujetos a que el “Asegurado” presente pruebas de asegurabilidad a satisfacción de “LA INSTITUCIÓN”.

3.10. CARENCIA DE RESTRICCIONES

Este Contrato no se afectará por razones de cambio de residencia, ocupación, viajes y género de vida del “Asegurado”, posteriores a la contratación de la Póliza, en lo que se refiere a los beneficios por fallecimiento correspondientes a:

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

3.11. EDAD

Para efectos de este Contrato, se considera como edad del “Asegurado” la que haya alcanzado en su aniversario inmediato anterior a la Fecha de Inicio de Vigencia. La fecha de nacimiento del “Asegurado” deberá comprobarse legalmente antes o después de su fallecimiento una sola vez cuando “LA INSTITUCIÓN” lo solicite y hará constar ya sea en la Póliza o en cualquier otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

Los límites de admisión fijados por “LA INSTITUCIÓN” son de 15 años como mínimo y de 70 como máximo.

Es motivo de rescisión automática del Contrato de seguro, que la edad real del “Asegurado” a la fecha de celebración del Contrato se encuentre fuera de los límites de admisión, reduciéndose la obligación de “LA INSTITUCIÓN” a pagar el Fondo de Reserva disponible a la fecha de rescisión.

Si la edad real del “Asegurado” estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por “LA INSTITUCIÓN”, se aplicarán las siguientes reglas:

- I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se hubiera pagado una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de “LA INSTITUCIÓN” 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 INSTITUCIÓN” hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del “Asegurado”, tendrá derecho de 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 estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, “LA INSTITUCIÓN” estará obligada a rembolsar la diferencia entre el Fondo de Reserva existente y el Fondo de Reserva correspondiente para la edad real del “Asegurado”. 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 INSTITUCIÓN” estará obligada a pagar la Suma Asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

3.12. PRIMAS

ART. 40 DE LA LEY SOBRE EL CONTRATO DE SEGURO

“Si no hubiese sido pagada la prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, el cual no podrá ser inferior a tres días ni mayor a treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, 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 el mayor previsto en este artículo”.

El “Asegurado” debe pagar la prima anual de cada beneficio contratada a partir de la Fecha de Inicio de Vigencia y en los plazos de pago estipulados.

El plan de pago de primas estipulado en la presente Póliza es suficiente para garantizar las Sumas Aseguradas de los beneficios amparados establecidos en la Carátula, con base en la edad declarada y la clasificación de riesgo del “Asegurado”, siempre que se cumpla con dicho plan de pago y no se hayan realizado retiros parciales del Fondo de Reserva.

Salvo que se establezca expresamente un lugar de pago diverso, las primas estipuladas se pagarán con la periodicidad convenida, en las oficinas de “LA INSTITUCIÓN”, a cambio del recibo correspondiente.

En todo caso, si se deja de hacer el pago de la prima, se aplicará lo establecido por las Cláusulas “Vigencia del Seguro” y “Terminación del Seguro”.

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

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

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

3.13. PERIODICIDAD

El “Asegurado” puede optar por liquidar la prima anual de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral. Si el “Asegurado” opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado, aplicándose la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada entre el “Asegurado” y “LA INSTITUCIÓN” en la fecha de la celebración del Contrato.

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

3.14. SUMA ASEGURADA POR FALLECIMIENTO

“LA INSTITUCIÓN” pagará el importe de la Suma Asegurada por fallecimiento establecida en la Carátula de esta Póliza, el de los incrementos aceptados por ella previamente a la muerte del “Asegurado”, más el importe que resulte de acuerdo a lo señalado por la Cláusula de Aplicación del Fondo de reserva, menos cualquier costo del seguro que no haya sido cubierto, al recibir pruebas de su fallecimiento.

3.15. FONDO DE RESERVA

Todos los pagos de prima que se reciban, incluidos los de los Beneficios Adicionales que se contraten y las primas excedentes, menos el costo del seguro, se aplicarán para constituir e incrementar una reserva única que se denominará Fondo de reserva. Así mismo, este Fondo de reserva se incrementará con los intereses acreditables que se obtengan por su inversión.

3.16. COSTO DEL SEGURO

El costo del seguro por concepto de riesgo se determinará con la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza.

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

- a) El de la Suma Asegurada por fallecimiento, más.
- b) El del o los Beneficios Adicionales contratados si las hubiere, más.
- c) El inherente a la operación del seguro.

3.17. APLICACIÓN DEL FONDO DE RESERVA

“LA INSTITUCIÓN” invertirá el Fondo de reserva que resulte, en Valores Autorizados para inversiones, que permitan obtener el mayor rendimiento posible, dentro de la máxima seguridad, pero también con la liquidez necesaria.

El Fondo de reserva constituido, incluyendo el rendimiento por inversión logrado por este plan, se aplicará:

Como importe adicional a la Suma Asegurada estipulada en la Carátula de la Póliza.

La indemnización que se pague a los Beneficiarios será el importe de la Suma Asegurada que se indique en la Carátula de la Póliza más el importe del Fondo de reserva.

3.18. RETIROS DEL FONDO DE RESERVA

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

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

En cualquier caso, “LA INSTITUCIÓN” deducirá de la liquidación que corresponda el importe de los gastos en que hubiere incurrido.

3.19. ESTADOS DE CUENTA

En cada aniversario de la Póliza, el “Asegurado” podrá solicitar un estado de cuenta a “LA INSTITUCIÓN”, en el que ésta le indicará todos los movimientos operados en el año precedente, así como el saldo de su Fondo de Reserva.

El “Asegurado” dispone de treinta días naturales después de recibido el estado de cuenta para solicitar cualquier rectificación en dicho estado. Transcurrido tal plazo se considerará aceptada la información contenida en el estado de cuenta.

3.20. SUICIDIO

En caso de Suicidio del “Asegurado” dentro de los dos primeros años de la celebración de este Contrato o de su última rehabilitación, la obligación de “LA INSTITUCIÓN” se limitará al reembolso del Fondo de reserva, disponible en la fecha de fallecimiento.

Cualquier incremento en la Suma Asegurada o en los beneficios incluidos, convenido con posterioridad a la fecha de su celebración será nulo en caso de suicidio del “Asegurado”, antes de cumplirse dos años de la fecha en que fue aceptado tal incremento por “LA INSTITUCIÓN”, limitándose la obligación de ésta al reembolso de la parte del Fondo de reserva correspondiente a dicho incremento.

3.21. INDEMNIZACIONES

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 INSTITUCIÓN”.

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

“LA INSTITUCIÓN” quedará desligada de todas las obligaciones del Contrato, si el “Asegurado” o el Beneficiario omiten el aviso inmediato con la intención de impedir que se comprueben con oportunidad las circunstancias del siniestro.

“LA INSTITUCIÓN” tendrá el derecho de exigir del “Asegurado” o Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Las obligaciones de “LA INSTITUCIÓN” 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 que para este fin solicite “LA INSTITUCIÓN”.

3.22. PAGO INMEDIATO DE GASTOS FUNERARIOS

Para los beneficios de Gastos Funerarios, con la sola presentación del acta de defunción, salvo restricción legal en contrario, “LA INSTITUCIÓN” otorgará a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada contratada para este beneficio.

No obstante, cuando no se cuente con el acta de defunción y mediante la presentación del certificado de defunción debidamente requisitado, salvo restricción legal en contrario, “LA INSTITUCIÓN” anticipará a los Beneficiarios designados el 40% de la Suma Asegurada contratada para este beneficio y el 60% restante se liquidará con la presentación del acta de defunción.

3.23. OPCIONES DE LIQUIDACIÓN PARA EL BENEFICIO DE GASTOS FUNERARIOS

Aplicable únicamente al Beneficio de Gastos Funerarios Titular, Gastos Funerarios Cónyuge y Gastos Funerarios Hijos.

Habiendo ocurrido el fallecimiento del Asegurado dentro del periodo de vigencia de la Póliza, la reclamación correspondiente al Beneficio de Gastos Funerarios podrá realizarse de acuerdo a cualquiera de las siguientes opciones:

a) Servicio de Asistencia Funeraria.

La Suma Asegurada contratada para el Beneficio de Gastos Funerarios y que se presenta en la Carátula de la Póliza, se aplicará en primera instancia para realizar el pago del Servicio de Asistencia Funeraria cuando el mismo sea solicitado.

El Servicio de Asistencia Funeraria se prestará a través del Proveedor que la Compañía tenga convenido al momento de ocurrir el evento. Cuando el Servicio de Asistencia Funeraria sea solicitado, la Compañía pagará el monto del gasto total del evento directamente al Proveedor y reducirá en la parte correspondiente la Suma Asegurada del Beneficio de Gastos Funerarios. Si al momento de hacer uso de la Asistencia Funeraria, los deudos deciden realizar modificaciones al paquete de servicios funerarios convenido con el Proveedor y esta modificación afecta el costo del servicio, la Compañía responderá únicamente por lo convenido con el proveedor, quedando a cargo de los beneficiarios el pago de cualquier excedente que corresponda al gasto del evento.

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

“Por tratarse de una necesidad apremiante, el Servicio de Asistencia Funeraria otorgado no implica la aceptación ni procedencia del siniestro, ya que estas se encuentran sujetas a la valoración correspondiente de la documentación completa al presentarse la reclamación de la cobertura de vida; para ello se sujetará a la Investigación y el Procedimiento Legal que corresponda. En caso de que el siniestro sea improcedente “LA INSTITUCIÓN” se reserva el derecho de acción correspondiente”.

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

En caso de no utilizar el Servicio de Asistencia Funeraria, o en el caso de que el servicio no sea autorizado, por ser insuficiente el monto de la Suma Asegurada del Beneficio de Gastos Funerarios, los beneficiarios deberán proceder a realizar la reclamación del pago de la Suma Asegurada correspondiente al Beneficio de Gastos Funerarios de acuerdo a como se establece en el inciso b) de esta póliza.

b) Pago de la Suma Asegurada.

De ser requerido así por los beneficiarios y tomando esta opción de pago, el pago de la Suma Asegurada para el presente Beneficio se efectuará al momento de la reclamación, por lo que deberán proceder a realizar la reclamación correspondiente en las oficinas de la Compañía y presentar la documentación que para la reclamación de la Suma Asegurada se establece en estas Condiciones Generales del seguro contratado, en cuyo caso “LA INSTITUCIÓN” pagará directamente a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada del beneficio de Gastos Funerarios de acuerdo con los porcentajes establecidos en la designación de Beneficiarios.

3.24. INDEMNIZACIÓN POR MORA

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

3.25. DEDUCCIONES

Cualquier adeudo derivado de esta Póliza, será deducido de la liquidación que proceda.

3.26. BENEFICIARIOS

El “Asegurado” podrá hacer designación de Beneficiarios mediante notificación por escrito a “LA INSTITUCIÓN”. En el supuesto de que la notificación de que se trata, no se reciba oportunamente y “LA INSTITUCIÓN” pague el importe del seguro al último Beneficiario de que haya tenido conocimiento, será sin responsabilidad alguna para ésta.

El “Asegurado”, aún en el caso de que haya designado en la Póliza a un tercero como Beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho derivado de éste, por acto entre vivos o por causa de muerte.

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

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

Cuando existan varios Beneficiarios, la parte del que fallezca antes que el “Asegurado”, acrecentará por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario.

El “Asegurado” debe designar a sus Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular.

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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

3.27. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de esta póliza de seguro prescribirán en cinco años tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida y en dos años en los demás casos, 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 “LA INSTITUCIÓN” haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

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

3.28. MONEDA

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

3.29. COMPETENCIA

En caso de controversia, el reclamante podrá hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE) de la Aseguradora a los teléfonos 5328 9002 o 01 800 90 7 11 11, así como en el correo electrónico unidadespecializada@metlife.com.mx, o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. En todo caso, el reclamante podrá acudir directamente ante el juez del domicilio de cualquier delegación de la propia Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

3.30. CLÁUSULA QUE ESTABLECE EL DERECHO DEL CONTRATANTE PARA CONOCER EL MONTO DE LA CONTRAPRESTACIÓN AL INTERMEDIARIO EN SEGURO

“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 este contrato. “LA INSTITUCIÓN” 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”.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0034-0076-2012 de fecha 08 de mayo de 2012.

PARA COMPRENDER MEJOR EL BENEFICIO DE CÁNCER DEL ASEGURADO TITULAR (BCAT)

Este Beneficio operará sólo si así se especifica en la carátula de la Póliza o en el Endoso de inclusión de coberturas correspondiente.

Te invitamos a consultar las Condiciones Generales y a que expreses cualquier duda o inquietud con tu asesor profesional.

BENEFICIOS AMPARADOS

¿QUÉ ME CUBRE EL BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN TOTAL POR CÁNCER?

Cuando existe un diagnóstico oficial de tu Médico Especialista en donde te determina la existencia de Cáncer que ha afectado más de un órgano o glándula del cuerpo, en MetLife pagamos el total de la Suma Asegurada contratada.

Para realizar el trámite de pago, es necesario contar con el dictamen de tu médico especialista certificado, así como la documentación que sustenta la existencia de esta enfermedad. Es importante que tomes en cuenta que los documentos que tienes que presentar son todos los estudios que te practicaron, sus interpretaciones, radiografías, ultrasonidos, etc.

La importancia de este beneficio, es que para afrontar esta enfermedad podrás hacer uso de tus recursos para lo que consideres necesario, ya que no requieres comprobar ningún tipo de gasto.

¿QUÉ NO ME CUBRE ESTE BENEFICIO?

Las causas por las que este beneficio NO se paga, es por cualquiera de las siguientes:

- **Tumor benigno, manifestaciones que presente el paciente que pueden indicar una enfermedad pre-maligna según el dictamen del médico especialista como diagnóstico final**
- **Tumor papilar de la vejiga, que a través de un tratamiento local puede ser curable**
- **Tumor papilar de la tiroides, que es controlado con tratamientos simples que no requieren hospitalización**
- **Tumores manifestados en presencia del SIDA**
- **Cáncer en la piel, que requiere un tratamiento no agresivo y puede ser controlado**
- **Cáncer en la sangre, dictaminado como controlado**
- **Cáncer “in situ”, es decir, que a través de una cirugía se extrae y logra la recuperación de la salud del paciente**
- **Enfermedades preexistentes**

¿QUÉ ME CUBRE EL BENEFICIO DE INDEMNIZACIÓN TOTAL POR CÁNCER “IN SITU”?

Este beneficio se te pagará, cuando existan pruebas suficientes que determinan la existencia de Cáncer, pero que gracias a una cirugía o tratamiento específico se te puede extraer el tumor maligno y de esta manera recuperarás tu salud. Lo anterior significa que el Cáncer lo tienes encapsulado en un tumor que no ha afectado ningún otro órgano.

Para este caso, también es necesario contar con el dictamen de tu médico especialista certificado, así como la documentación que sustenta esta enfermedad.

Debido a que este tipo de Cáncer puede ser curado por el médico, MetLife, te pagará únicamente, el equivalente al 25% de la Suma Asegurada contratada para Indemnización Total por Cáncer.

LOS CASOS MÁS COMUNES DE ESTE TIPO DE ENFERMEDAD SON:

- Tumor diagnosticado como “in situ”, es decir, un tumor encapsulado que a través de una cirugía, quimioterapia o radioterapia, puede extraerse
- Tumores malignos clasificados como controlados, que se tratan sólo por procedimientos de endoscopia, como resultado del diagnóstico final del médico especialista
- Cáncer en la piel que requiere un tratamiento especial de acuerdo a sus manifestaciones

Si por las características específicas de este tipo de Cáncer, se llega a transformar en Cáncer con Metástasis, te complementaremos el pago de la Suma Asegurada, a fin de cubrirte el 75% restante de lo que hayas contratado.

¿QUÉ NO ME CUBRE ESTE BENEFICIO?

Las causas por las que este beneficio NO se paga, es por cualquiera de las siguientes:

- **Tumor benigno, manifestaciones que presente el paciente que pueden indicar una enfermedad pre-maligna según el dictamen del médico especialista como diagnóstico final**
- **Tumor papilar de la vejiga, que a través de un tratamiento local puede ser curable**
- **Tumor papilar de la tiroides, que es controlado con tratamientos simples que no requieren hospitalización**
- **Tumores manifestados en presencia del SIDA**
- **Cualquier cáncer de piel clasificado como “in situ” que no requiere tratamientos mayores**
- **Enfermedades preexistentes**

¿HASTA QUÉ EDAD PUEDO CONTAR CON ESTE BENEFICIO?

Las edades de contratación admitidos para este beneficio son de los 15 a los 65 años de edad y podrás mantenerla vigente hasta los 70 años. A partir de esta edad, no podrás renovar esta cobertura.

Cómo entender mejor un diagnóstico de Cáncer:

Para entender mejor el diagnóstico que tu médico te dé, consideramos importante transmitirte los términos más comunes utilizados. Esto te permitirá darte una idea e interpretación de tus resultados de manera más clara.

En la actualidad, los diagnósticos de Cáncer se expresan bajo la nomenclatura TNM, avalada internacionalmente por el American Joint Commission on Cancer.

Su significado:

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

LOS MÉDICOS TIENEN EN CUENTA ESTOS TRES FACTORES PARA DETERMINAR EL ESTADO CLÍNICO DEL CÁNCER:

El sistema TNM es una herramienta o metodología que los médicos utilizan para describir el estadio clínico del paciente.

Este sistema utiliza tres criterios para juzgar el estadio del Cáncer: el tumor primario mismo, los ganglios linfáticos vecinos al tumor y si el tumor se ha diseminado al resto del cuerpo. Los resultados se combinan para determinar el estadio del Cáncer de cada persona.

El estadio es una forma común de describir el Cáncer de manera que los médicos puedan de común acuerdo planificar el mejor tratamiento.

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

TX: No se puede evaluar el tumor primario.

T0: No hay evidencia de cáncer.

Tis: Se refiere al carcinoma in situ.

T1: El tumor ha invadido la submucosa.

T2: El tumor ha invadido la lámina muscular propia.

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

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

Ganglio: La “N” en el sistema TNM corresponde a la abreviación para ganglio en inglés.

Los ganglios linfáticos son órganos minúsculos que ayudan a combatir infecciones, ya que forman parte del sistema inmunológico del cuerpo. Existen ganglios linfáticos regionales y ganglios linfáticos distantes.

NX: No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales debido a la falta de información.

N0: No se detecta metástasis de ganglios linfáticos regionales (el cáncer no se ha diseminado a los ganglios linfáticos regionales).

N1: Hay compromiso metastásico en uno, dos o tres ganglios linfáticos regionales.

N2: Hay compromiso metastásico en cuatro o más ganglios linfáticos regionales.

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

MX: No se puede evaluar la metástasis a distancia.

M0: La enfermedad no se ha metastatizado.

M1: Hay metástasis a distancia.

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

Estadio 0: Se refiere al cáncer in situ.

Estadio I: El cáncer ha crecido a través de la mucosa invadiendo la capa muscular.

Estadio IIA: El cáncer se ha diseminado a través de la pared del tejido y posiblemente se ha diseminado al tejido cercano. No se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos.

Estadio IIB: El cáncer se ha diseminado a través del tejido a los órganos cercanos. No se ha diseminado a los ganglios linfáticos cercanos.

Estadio IIIA: El cáncer ha crecido a través del revestimiento interno o en las capas musculares del tejido y en uno, dos o tres ganglios linfáticos, pero no se ha diseminado hacia otras partes del cuerpo.

Estadio IIIB: El cáncer ha crecido a través de la pared del tejido a los órganos que lo rodean y en uno a tres ganglios linfáticos, pero no se ha diseminado hacia otras partes del cuerpo.

Estadio IIIC: El cáncer (de cualquier tamaño) se ha diseminado a cuatro o más ganglios linfáticos, pero no a otras partes distantes del cuerpo.

Estadio IV: El cáncer se ha metastatizado a partes distantes del cuerpo.

Recurrente: Cáncer recurrente significa que el cáncer ha vuelto a aparecer después del tratamiento.

¿QUÉ DEFINICIONES DE LAS CONDICIONES GENERALES DEBO TOMAR EN CUENTA?

Con la finalidad de darte información más clara y sencilla, te recomendamos tomar en cuenta el significado de los siguientes términos. Esto te ayudará a entender mejor las Condiciones Generales del Beneficio Adicional de Cáncer.

PRIMER OCURRENCIA

Se refiere a la primer ocasión en que el “Asegurado” presenta las manifestaciones propias de la enfermedad y/o es diagnosticada con este padecimiento.

MÉDICO

Profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina, que no mantenga con El “Asegurado” ningún tipo de relación directa. Debe estar certificado por el consejo de la especialidad como experto en la materia respectiva.

PRESTADORES DE SERVICIOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS EN CONVENIO

Médicos, hospitales, farmacias, laboratorios clínicos o gabinetes clínicos, que trabajan en convenio con MetLife México, S.A. que proporcionan a los Asegurados el servicio requerido.

CÁNCER CON METÁSTASIS

Se le conoce así al Cáncer que ha invadido dos o más órganos del cuerpo.

CÁNCER “IN SITU”

Es el tipo de Cáncer que puede extraerse por medio de una cirugía, radioterapia o quimioterapia; generalmente se manifiesta por medio de un tumor. Una vez operado se elimina el riesgo de que se pueda manifestar.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Es el dictamen que efectúa un médico especialista, apoyándose en los diferentes estudios realizados al paciente y que por sus resultados emite el diagnóstico de la enfermedad.

CERTIFICACIÓN MÉDICA

Es el diagnóstico u ocurrencia, confirmado mediante los estudios clínicos realizados al paciente, generalmente estos estudios son radiológicos, histológicos y de laboratorio.

PRUEBAS

Son todos aquellos documentos que amparan el expediente clínico del paciente en donde el médico especialista dictamina la existencia de la enfermedad (resultados clínicos, análisis de laboratorio, estudios médicos especiales, etc.).

Es importante tomar en cuenta que MetLife, se reserva el derecho de confirmar el diagnóstico a través de un médico, asignado directamente por la compañía, con la finalidad de corroborar el diagnóstico y las pruebas presentadas.

PADECIMIENTOS PREEXISTENTES

Son aquellas manifestaciones de la enfermedad que se hayan diagnosticado o tratado, antes de la vigencia de la Póliza.

PERIODO DE ESPERA

Es el período de tiempo que MetLife, estipula en las Condiciones Generales de la Póliza para poder cumplir con una reclamación de la Suma Asegurada. Para el caso de este Beneficio este tiempo es de 3 meses.

INDEMNIZACIÓN

Se refiere al pago de la Suma Asegurada contratada, se realiza cuando el “Asegurado” o sus Beneficiarios presentan una solicitud de reclamación junto con toda la documentación requerida por MetLife, para sustentar el padecimiento. No olvides que en caso de Cáncer con Metástasis, pagamos el 100% de la Suma Asegurada, y para el Cáncer “In Situ” el 25%.

TERMINACIÓN DE ESTE BENEFICIO

La vigencia de este beneficio terminará al ocurrir en cualquiera de los siguientes casos:

- a) Concluir la vigencia de la Póliza.
- b) Al ocurrir el fallecimiento del “Asegurado Titular”.
- c) Al efectuar MetLife el pago de la Suma Asegurada establecida para este beneficio.
- d) Al aniversario de la Póliza en la que el “Asegurado” cuente con 70 años de edad.

Te recordamos si tienes alguna duda acerca de las condiciones de tu Beneficio Adicional de Cáncer, puedes ponerte en contacto con tu Asesor Profesional de Seguros, o con tu Médico tratante.

“Las Condiciones Generales del Beneficio Adicional de Cáncer del Asegurado Titular, prevalecerán en todo momento sobre el contenido de este documento”.

ENDOSO DE BENEFICIO ADICIONAL DE GASTOS FUNERARIOS COMPLEMENTARIO (GFX)

(Este beneficio adicional operará solo si se indica en la carátula de la Póliza)

A) DEFINICIONES

Para efectos del presente beneficio se entenderá por:

“Asegurado Titular”. Persona física que tiene el carácter de “Asegurado” en la Póliza de que este beneficio forma parte.

“**Asegurado Complementario**”. Persona física con parentesco con el Asegurado Titular, en cuyo favor el “Asegurado Titular” ha decidido extender la protección del seguro a través de este beneficio, siempre que otorgue su consentimiento para ello. Para este fin el “Asegurado Complementario” manifestará su aceptación designando sus propios Beneficiarios mediante su firma en la sección correspondiente de la solicitud.

B) COBERTURA

Si dentro de la vigencia de este beneficio ocurre el fallecimiento del “Asegurado Complementario”, “LA INSTITUCIÓN” pagará a los beneficiarios designados por éste, la Suma Asegurada contratada para este beneficio.

La Suma Asegurada contratada para este beneficio será la cantidad que se indique en la Carátula de la Póliza.

C) EXCLUSIONES

Para efectos de este beneficio, queda excluido el suicidio del Asegurado Complementario cualquiera que haya sido su causa y/o estado mental y/o físico de éste, dentro de los dos primeros años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia del presente beneficio.

D) TERMINACIÓN

La vigencia de este beneficio terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

1. Concluir la vigencia de la Póliza de la cual este beneficio forma parte.
2. Al ocurrir el fallecimiento del “Asegurado Titular” o del “Asegurado Complementario”.
3. La cancelación de este beneficio a solicitud del “Asegurado Titular”.

E) PAGO DE LA RECLAMACIÓN

Si dentro del periodo de vigencia de este beneficio ocurre el fallecimiento del “Asegurado Complementario”, “LA INSTITUCIÓN” pagará por una sola vez al(os) Beneficiario(s) designado(s), la Suma Asegurada contratada para este beneficio.

La reclamación correspondiente al Beneficio de Gastos Funerarios Complementario podrá realizarse de acuerdo a cualquiera de las siguientes opciones:

- Servicio de Asistencia Funeraria

La Suma Asegurada contratada para el Beneficio de Gastos Funerarios y que se presenta en la Carátula de la Póliza, se aplicará en primera instancia para realizar el pago del Servicio de Asistencia Funeraria cuando el mismo sea solicitado.

El Servicio de Asistencia Funeraria se prestará a través del Proveedor que la Compañía tenga convenido al momento de ocurrir el evento. Cuando el Servicio de Asistencia Funeraria sea solicitado, la Compañía pagará el monto del gasto total del evento directamente al Proveedor y reducirá en la parte correspondiente la Suma Asegurada del Beneficio de Gastos Funerarios.

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

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

“Por tratarse de una necesidad apremiante, el Servicio de Asistencia Funeraria otorgado no implica la aceptación ni procedencia del siniestro, ya que estas se encuentran sujetas a la valoración correspondiente de la documentación completa al presentarse la reclamación de la cobertura de vida; para ello se sujetará a la Investigación y el Procedimiento Legal que corresponda. En caso de que el siniestro sea improcedente la Aseguradora se reserva el derecho de acción correspondiente”.

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

En caso de no utilizar el Servicio de Asistencia Funeraria, o en el caso de que el servicio no sea autorizado, por ser insuficiente el monto de la Suma Asegurada del Beneficio de Gastos Funerarios, los beneficiarios deberán proceder a realizar la reclamación del pago de la Suma Asegurada correspondiente al Beneficio de Gastos Funerarios.

• Pago de la Suma Asegurada

De ser requerido así por los beneficiarios y tomando esta opción de pago, el pago de la Suma Asegurada para el presente beneficio se efectuará al momento de la reclamación, por lo que deberán proceder a realizar la reclamación correspondiente en las oficinas de la Compañía y presentar la documentación que para la reclamación de la Suma Asegurada se establece en el presente endoso, en cuyo caso “LA INSTITUCIÓN” pagará directamente a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada del beneficio de Gastos Funerarios de acuerdo con los porcentajes establecidos en la designación de Beneficiarios.

F) INDISPUTABILIDAD

Este Beneficio Adicional será indisputable después de haber transcurrido dos años a partir de la fecha de inicio o de su última rehabilitación, por lo cual, transcurrido dicho plazo “LA INSTITUCION” no podrá rescindir el Contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiera incurrido el “Asegurado”.

Documentos para Reclamación

Para este efecto los beneficiarios designados deberán presentar las pruebas correspondientes que acrediten este fallecimiento así como la siguiente documentación:

- Designación de beneficiarios
- Acta de defunción del Asegurado Complementario
- Identificación oficial del Asegurado Complementario (pasaporte, cédula profesional, IFE)
- Acta de nacimiento del Asegurado Complementario
- Solicitud de pago de los beneficiarios correspondientes
- Identificación oficial vigente de los beneficiarios (pasaporte, cédula profesional, IFE)
- Comprobante de domicilio de los beneficiarios

ENDOSO DE BENEFICIO ADICIONAL ACCIDENTES PERSONALES (AP)

(Este beneficio adicional operará solo si se indica en la carátula de la Póliza)

A) DEFINICIONES

ASEGURADO TITULAR

Persona física que tiene el carácter de “Asegurado” en la Póliza de que este beneficio forma parte.

ASEGURADO COMPLEMENTARIO

Persona física en cuyo favor el “Asegurado Titular” haya decidido extender la protección del seguro a través de este beneficio, siempre que otorgue su consentimiento para ello a través de la solicitud de seguro correspondiente.

SOPORTE DIAGNÓSTICO

Los resultados de los estudios clínicos y/o radiológicos practicados al Asegurado que sustenten el diagnóstico base de reclamación de este beneficio que para efecto de la reclamación de la misma se deben presentar, así como la correspondiente copia de la nota de urgencias de la unidad médica hospitalaria donde se haya recibido la atención.

ACCIDENTE

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

Las lesiones corporales derivadas de un accidente que serán amparadas por el Beneficio Adicional de Accidentes Personales (AP), son las siguientes, cada una de ellas en lo individual para los efectos de este beneficio se considerarán como evento:

FRACTURA

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

QUEMADURA

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

Quedarán cubiertas las quemaduras de segundo grado cuando tengan una extensión mayor al 70% de la zona corporal, y/o las quemaduras de tercer grado con una extensión mayor al 20% de la zona corporal. La zona corporal se dividirá por regiones del cuerpo:

1. Cabeza y cuello
2. Extremidades superiores (brazos, antebrazos y manos)
3. Extremidades inferiores (muslos, piernas y pies)
4. Tronco (torax y abdomen, tanto anterior como posterior)
5. Región genital

HERIDA

Lesiones ocasionadas por factores externos que genere pérdida de continuidad y que requiera sutura mayor a 5 cm. y /o heridas que traspasen las siguientes 4 capas de la piel:

1. Piel
2. Músculo
3. Tejido subcutáneo
4. Tendones o Nervios

INTOXICACIÓN

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

B) COBERTURA

Mediante este beneficio, LA INSTITUCION otorgará al Asegurado afectado el monto de indemnización correspondiente de acuerdo al tipo de lesión ocurrida y al plan de cobertura contratado, siempre que el accidente se haya presentado encontrándose la Cobertura en vigor.

Lesiones por accidente	Monto de Indemnización	
	Plan de Cobertura	
	Nivel Básico	Nivel Extra
Fractura	\$3,000	\$5,000
Quemadura		
Herida	\$2,000	\$3,000
Intoxicación		

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

- Hayan sido atendidas en el área de Urgencias de un centro hospitalario, ya sea público o privado
- El Asegurado haya requerido de la atención médica en un plazo no mayor a 10 días posteriores a la fecha de haber ocurrido el accidente
- Que dicha reclamación se lleve a cabo dentro de los 30 días posteriores a la fecha del accidente
- Presente el soporte diagnóstico realizado para su confirmación

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

El Asegurado Titular o Complementario podrá reclamar hasta un máximo de 2 eventos por año cobertura, por los cuales MetLife pagará hasta un máximo de 3,000 pesos por evento en el caso de haber contratado el Nivel de Cobertura Básico y de 5,000 pesos por evento en el caso de haber contratado el Nivel de Cobertura Extra.

Los eventos son reinstalables de manera automática al cumplirse el aniversario de la póliza.

Para determinar la procedencia de la reclamación, será necesario que el Asegurado Complementario presente a LA INSTITUCION, el soporte diagnóstico con el cual acredite que las lesiones que dan motivo a su reclamación hayan sido atendidas en el área de Urgencias de un centro hospitalario, ya sea público o privado.

c) EXCLUSIONES

Para efectos de este beneficio, quedan excluidas:

- a) Lesiones Preexistentes a la contratación del seguro.**
- b) Lesiones autoinfligidas derivadas de intento de suicidio, aún y cuando se cometa en estado de enajenación mental.**

- c) Lesiones por eventos ocurridos a consecuencia de riña o por actos delictuosos intencionales en que participe directamente el Asegurado o estando bajo influencia de algún enervante, estimulante o similar que no haya sido prescrito por un Médico.
- d) Lesiones que se originen por participación del asegurado como sujeto activo en eventos derivados a consecuencia de servicio militar de cualquier clase, actos de guerra, terrorismo, insurrección, revolución o rebelión.
- e) Lesiones que sufra el Asegurado a consecuencia de viajar como ocupante de algún automóvil, motocicleta o cualquier otro vehículo similar en carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
- f) Lesiones derivadas por la práctica profesional de cualquier deporte.
- g) 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.
- h) Intoxicaciones derivadas por el uso o adicción al alcohol, drogas, estupefacientes y/o psicotrópicos.
- i) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.
- j) Quemaduras de primer grado.
- k) Quemaduras de segundo grado que tengan una extensión menor al 70% de la zona corporal.
- l) Quemaduras de tercer grado con una extensión menor al 20% de la zona corporal.
- m) Heridas menores a 5 cm. en piel que no traspasen músculo, tejido subcutáneo, tendones o nervios.
- n) Lesiones que se originen por culpa grave del Asegurado, si de la documentación presentada se desprende que dichas lesiones ocurrieron a consecuencia de encontrarse bajo los efectos del alcohol.

D) TERMINACIÓN DEL BENEFICIO ADICIONAL ACCIDENTES PERSONALES (AP)

El beneficio adicional de Accidentes Personales terminará en los siguientes casos:

- a) Muerte del Asegurado Titular
- b) Muerte del Asegurado Complementario

- c) Cancelación del beneficio a solicitud del Asegurado Titular.
- d) En caso de invalidez total y permanente del Asegurado Titular, el Beneficio Adicional de Accidentes Personales será cancelado en el siguiente aniversario de la vigencia de dicha cobertura, única y exclusivamente para el Asegurado Titular; lo anterior por considerarse que dicho evento representa una agravación del riesgo, misma que no se considera en la determinación de la tarifa.
- e) Al concluir el vigésimo aniversario de la contratación de este beneficio, cuando la edad de contratación se haya realizado entre los 0 y 40 años de edad del Asegurado.

Si la contratación del beneficio se realizó cuando el Asegurado contaba con 41 o más años de edad, el beneficio terminará en el aniversario posterior de la cobertura en que el Asegurado cumpla 60 años de edad.

E) LÍMITES DE EDAD

Los límites de edad de aceptación establecidos para la admisión del Beneficio Adicional de Accidentes Personales (AP) son de 0 años como mínimo y de 55 años como máximo. La edad de cancelación es a los 60 años.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0034-0403-2012 de fecha 01 de febrero de 2013, BADI-S0034-0133-2013 de fecha 27 de marzo de 2014 y BADI-S0034-0032-2015 de fecha 01 de abril de 2015.

En cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a partir del día 9 de marzo de 2015 con el número RESP-S0034-0016-2015.

MetLife México, S.A
Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 32,
Pisos SKL, 14 a 20 y PH
Col. Lomas de Chapultepec,
C.P. 11000, Delegación Miguel Hidalgo,
México, D.F.

Tel. 5328 7000
01 800 00 METLIFE

metlife.com.mx

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

BV-1-003 VER. 4

CENTROS DE SERVICIO

REFORMA

Av. Paseo de la Reforma No. 265, P.B.
Col. Cuauhtémoc, C.P. 06500,
Del. Cuauhtémoc, México D.F.,
(frente a la Glorieta de la Palma).

INSURGENTES

Av. de los Insurgentes No. 1738,
Planta Baja, Col. Florida, C.P. 01030,
Del. Álvaro Obregón, México D.F.
(estación del Metrobús Francia).

TONALÁ

Tonalá No. 10. Planta Baja, Col. Roma,
C.P. 06700, Del. Cuauhtémoc, México, D.F.
(a dos cuadras del Metro Insurgentes).

GUADALAJARA

Pedro Moreno 1677, PH1, Col. Americana,
C.P. 44100 Guadalajara, Jal.
(atrás de Sanborns Vallarta).

MONTERREY

Calzada del Valle No. 120 Oriente,
Planta Baja, Col. Del Valle, C.P. 66220,
San Pedro Garza García, N.L.

MetLife
La vida que tú quieres.
Si tú quieres.