



Vida Grupo Sin Dividendos

Condiciones generales

RECAS: CONDUSEF-000744-01

Contenido

1. Definiciones	1
2. Clausulado	2
2.1. Contrato	2
2.2. Modificaciones	2
2.3. Vigencia del contrato	2
2.4. Disputabilidad	2
2.5. Carencia de restricciones	2
2.6. Cambio de Contratante	2
2.7. Renovación	3
2.8. Requisitos de asegurabilidad	3
2.9. Ingreso de asegurados	3
2.10. Registro de asegurados	4
2.11. Certificados individuales	4
2.12. Baja de asegurados	5
2.13. Derechos al separarse del grupo	5
2.14. Comprobación de edad	5
2.15. Cálculo de la prima	6
2.16. Cambio de forma de pago de las primas	6
2.17. Pago de la prima	6
2.18. Rehabilitación	7
2.19. Suicidio	7
2.20. Beneficiarios	7
2.21. Pago de Suma Asegurada	8
2.22. Pago de siniestros	8
2.23. Documentación mínima requerida para tramitar el pago del seguro	8
2.24. Regla de Suma Asegurada	9
2.25. Comunicaciones	9
2.26. Moneda	9
2.27. Indemnización por mora	9
2.28. Prescripción	9

2.29. Competencia	9
2.30. Cláusula que establece el derecho del Contratante para conocer el monto de la contraprestación al intermediario en seguro	10
2.31. Aviso y remisión periódica de información	10
2.32. Esquema de administración	10
2.33. Planes contributivos	11
2.34. Prevención de actividades ilícitas	11
2.35. Dividendos	12
Cobertura básica	12
Coberturas adicionales	12

1. Definiciones

Accidente

Para efectos de esta póliza 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 de éste. No se considera accidente a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente o por culpa grave del propio Asegurado.

Asegurado

Para efectos de la presente póliza, el Asegurado es la persona física protegida a través del presente contrato de seguro y sea elegible de acuerdo con la regla de carácter general asignada por al grupo.

Aseguradora

MetLife México, S.A. en adelante MetLife, quien otorga las coberturas contratadas y será la responsable de los pagos de los beneficios estipulados en la póliza.

Beneficiario

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

Contratante

Persona física o moral que celebre el contrato de seguro de grupo con MetLife.

Culpa grave

Para efectos de esta póliza se entenderá que existe culpa grave del Asegurado en un acontecimiento, cuando éste es el resultado de la acción realizada por el Asegurado en forma atrevida o, en exceso de confianza o con la intención de lograr el resultado obtenido.

Grupo asegurable

Conjunto de personas que pertenezcan a una misma empresa o que mantengan un vínculo o interés común que sea lícito, previo e independiente a la celebración del contrato de seguro.

Grupo asegurado

Todas las personas elegibles que pertenezcan al grupo asegurable, que previamente a la celebración del contrato correspondiente, hayan manifestado su consentimiento por escrito, para ser asegurados, en términos de lo dispuesto por los artículos 167 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro y 11 del reglamento de seguro de grupo. En este caso, los miembros del grupo asegurado quedarán inscritos en el registro de asegurados correspondiente a esta póliza.

Reglamento

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

Salario base

Es la retribución que paga el patrón al trabajador por su trabajo sin estar integrado por gratificaciones, percepciones, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquier otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo (artículos 82 y 84 de la Ley Federal del Trabajo).

Seguro de grupo

Contrato de seguro cuyo objeto sea el de asegurar a un grupo asegurable contra riesgos propios de la operación de vida prevista en los artículos 25 fracción I y 27 fracción I de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.

Suma Asegurada Máxima Individual (SAMI)

Es la máxima Suma Asegurada que podrán contratar los asegurados sin presentar requisitos.

2. Clausulado

2.1. Contrato

Por el contrato de seguro, MetLife se obliga al pago de la Suma Asegurada contratada en favor de los beneficiarios designados, al recibir las pruebas requeridas de la ocurrencia del evento amparado, siempre y cuando se reúnan las condiciones que aquí se establecen.

La solicitud de seguro, el consentimiento para ser asegurado por escrito, esta póliza, los certificados individuales que se expidan, las cláusulas y endosos adicionales y en su caso, el registro de asegurados, constituyen prueba del contrato de seguro.

2.2. Modificaciones

Las condiciones generales de la póliza y sus endosos respectivos, sólo podrán modificarse previo acuerdo por escrito entre el Contratante y MetLife y se hará constar mediante endosos y cláusulas adicionales previamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia, los agentes o cualquiera otra persona no autorizada por MetLife, 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 naturales que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones”.

Este mismo derecho se hace extensivo para el Contratante.

2.3. Vigencia del contrato

El presente contrato estará en vigor conforme a lo indicado en la póliza. Los certificados individuales regirán para los miembros del grupo asegurado al entrar en vigor la póliza, desde la fecha de vigencia de ésta, y para los de ingreso posterior al grupo asegurado, como se estipula en la cláusula de ingreso de asegurados de estas condiciones generales.

2.4. Disputabilidad

El contrato de seguro, dentro de su primer año de vigencia siempre será disputable por omisión o inexacta declaración de los hechos necesarios que proporcionen el Contratante y/o los Asegurados para la apreciación del riesgo.

Tratándose de miembros de nuevo ingreso al grupo asegurado, el término para hacer uso del derecho a que se refiere el párrafo anterior, se contará a partir de la fecha en que quedó asegurado. En caso de rehabilitación de un certificado individual, el plazo de un año se contará a partir de la fecha en que ésta sea aceptada por MetLife.

Transcurrido el plazo señalado en los párrafos precedentes el contrato será indisputable.

2.5. Carencia de restricciones

Salvo estipulación en contrario, este contrato no impone restricción alguna respecto a la residencia, ocupación, viajes o género de vida de los asegurados.

2.6. Cambio de Contratante

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 del reglamento, para el caso de los seguros de grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante MetLife podrá:

“Artículo 20.- Para el caso de los seguros de grupo y de los seguros colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, cuando exista cambio de Contratante la aseguradora podrá:

- I. Tratándose de seguros de grupo, rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos integrantes al grupo, dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. Sus obligaciones terminarán treinta días naturales después de haber sido notificada la rescisión de manera fehaciente al nuevo Contratante.

En cualquier caso, la aseguradora reembolsará a quienes hayan aportado la prima, de manera proporcional, la prima neta no devengada y en su caso las coberturas derivadas de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 de este reglamento”.

2.7. Renovación

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 21 del reglamento, MetLife podrá renovar los contratos de seguros de grupo en los términos siguientes:

“Artículo 21.- La aseguradora podrá renovar los contratos de seguros de grupo y del seguro colectivo cuando la temporalidad sea de un año o de plazos menores, mediante endoso a la póliza en las mismas condiciones en que fueron contratadas, siempre que se reúnan los requisitos del presente reglamento en la fecha de vencimiento del contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la comisión en las notas técnicas respectivas.”

La renovación deberá ser solicitada por el Contratante previo a la terminación de su vigencia.

La renovación otorga al menos el derecho al Asegurado en renovar sin aplicar requisitos de asegurabilidad para sumas aseguradas hasta la SAMI y mantener la antigüedad para efecto que los periodos de espera y las edades límite.

2.8. Requisitos de asegurabilidad

Aquellos solicitantes cuya Suma Asegurada rebase la Suma Asegurada Máxima Individual (SAMI), deberán presentar los requisitos de asegurabilidad que MetLife establezca.

En tanto presenten las pruebas correspondientes y se establezca la aceptación por parte de MetLife, dichos proponentes estarán asegurados hasta la SAMI.

2.9. Ingreso de asegurados

Al celebrarse el presente contrato, pueden permanecer en él todos los miembros del grupo asegurable que no sean menores de 15 años. Con posterioridad a la celebración de este contrato, no podrán ingresar quienes sean menores de 15 años. Para ingresar al grupo asegurado, se deberá formar parte del grupo asegurable y entregar a MetLife, por conducto del Contratante, el consentimiento por escrito para ser asegurado en los términos que estipula el artículo 167 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Cuando la Suma Asegurada de algún solicitante sea superior a la máxima a conceder sin examen médico, MetLife podrá exigir como requisito para el ingreso al grupo asegurado, pruebas de que el solicitante reúne las condiciones de salud y de asegurabilidad que ella fije. En este caso, quedará asegurado a partir de la fecha de aceptación por parte de MetLife.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 17 del reglamento, el ingreso de asegurados con posterioridad a la celebración del contrato será en los términos siguientes:

“Artículo 17.- Las personas que ingresen al grupo o colectividad asegurada con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser asegurados dentro de los treinta días naturales siguientes a su ingreso, quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza, desde el momento en que adquirieron las características para formar parte del grupo o colectividad de que se trate.

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

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

El Contratante deberá notificar por escrito a MetLife los nuevos ingresos al grupo asegurado dentro de los treinta días naturales siguientes, remitiendo los consentimientos respectivos y pagará la prima que corresponda de acuerdo con lo estipulado en la cláusula de cálculo de la prima de estas condiciones generales. En el caso del esquema de autoadministración, el Contratante deberá comunicar por escrito a MetLife en un plazo de treinta días contados a partir del fin de la vigencia de la póliza, el listado de ingresos y bajas al grupo asegurado ocurridos dentro de dicha vigencia de la póliza, con objeto de realizar el cálculo del ajuste correspondiente a la prima del seguro.

2.10. Registro de asegurados

MetLife llevará por duplicado un registro de los miembros del grupo asegurado en los términos de esta póliza.

A solicitud del Contratante un ejemplar le será entregado y el otro quedará en poder de MetLife. El registro contendrá:

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

En el registro se anotarán las altas y bajas de asegurados, con las respectivas variaciones en las Sumas Aseguradas en su caso, que se harán a solicitud del Contratante y previa aceptación de MetLife.

2.11. Certificados individuales

MetLife expedirá y entregará un certificado para cada uno de los miembros del grupo asegurado. En cada certificado se deberán incluir, cuando menos, los siguientes datos:

- a) Nombre, teléfono y domicilio de MetLife;
- b) Firma del funcionario autorizado de MetLife;
- c) Operación de seguro, número de la póliza y del certificado;
- d) Nombre del Contratante;
- e) Nombre y fecha de nacimiento o edad alcanzada del Asegurado;
- f) Fecha de vigencia de la póliza y del certificado;
- g) Suma Asegurada o reglas para determinarla en cada cobertura;
- h) Nombre de los beneficiarios y, en su caso, el carácter de irrevocable de la designación;
- i) Transcripción que corresponda, según el tipo de seguro de que se trate, del texto de los artículos 17 y 18 del reglamento, y
- j) En el caso de los seguros de grupo que tengan por objeto el proporcionar una prestación laboral se deberá transcribir, según corresponda de acuerdo al seguro de que se trate, el artículo 19 del reglamento.

Por medio del esquema de autoadministración de la póliza, la entrega de los certificados será llevada a cabo mediante la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los asegurados la información referida anteriormente que debe ser incluida en los certificados, en caso de estipularse un esquema diferente al de autoadministración de la póliza, MetLife proporcionará al Contratante los certificados para su entrega a los asegurados.

En todos los casos, el Asegurado podrá solicitar a MetLife el certificado correspondiente.

2.12. Baja de asegurados

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 18 del reglamento de seguro de grupo para la operación de vida y del seguro colectivo para la operación de accidentes y enfermedades, la separación definitiva de integrantes del grupo asegurado será en los términos siguientes:

“Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del grupo o colectividad asegurada, dejarán de estar aseguradas desde el momento de su separación, quedando sin validez alguna el certificado individual expedido. En este caso, la aseguradora restituirá la parte de la prima neta no devengada de dichos integrantes calculada en días exactos, a quienes la hayan aportado, en la proporción correspondiente.”

No se considerarán separados inmediatamente los asegurados que sean jubilados o pensionados, continuando asegurados hasta la terminación del periodo del seguro en curso.

El Contratante deberá comunicar por escrito a MetLife, el nombre de las personas que hayan dejado de pertenecer al grupo asegurado, así como las fechas de sus respectivas separaciones, para que sean dadas de baja del grupo. Las bajas de los asegurados serán inscritas en el registro de asegurados anexo a la póliza.

Cuando un miembro del grupo asegurado no cubra al Contratante la parte de la prima a que se haya obligado, éste último podrá solicitar su baja a MetLife, cesando su cobertura al terminar el periodo de seguro pagado.

Cuando el Asegurado deje de prestar sus servicios por enfermedad o lesiones corporales, o por gozar de vacaciones, su seguro permanecerá en vigor por un plazo máximo de tres meses.

2.13. Derechos al separarse del grupo

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 19 del reglamento, en los seguros de grupo cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

“Artículo 19.- En los seguros de grupo y en los seguros colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, se deberá cumplir con lo siguiente:

- I. Para la operación de vida, la aseguradora tendrá la obligación de asegurar, por una sola vez y sin requisitos médicos, al integrante del grupo o colectividad que se separe definitivamente del mismo, en cualquiera de los planes individuales de la operación de vida que ésta comercialice, con excepción del seguro temporal y sin incluir cobertura adicional alguna, siempre que su edad esté comprendida dentro de los límites de admisión de la aseguradora. Para ejercer este derecho, la persona separada del grupo o colectividad deberá presentar su solicitud a la aseguradora, dentro del plazo de treinta días naturales a partir de su separación. La Suma Asegurada será la que resulte menor entre la que se encontraba en vigor al momento de la separación y la máxima Suma Asegurada sin pruebas médicas de la cartera individual de la aseguradora, considerando la edad alcanzada del Asegurado al momento de separarse. La prima será determinada de acuerdo a los procedimientos establecidos en las notas técnicas registradas ante la comisión. El solicitante deberá pagar a la aseguradora la prima que corresponda a la edad alcanzada y ocupación, en su caso, en la fecha de su solicitud, según la tarifa en vigor. Las aseguradoras que practiquen el seguro de grupo en la operación de vida deberán operar, cuando menos, un plan ordinario de vida.”

2.14. Comprobación de edad

La edad de los asegurados asentada en los certificados individuales de seguro deberá comprobarse presentando pruebas fehacientes a MetLife. Las edades declaradas por los miembros del grupo asegurado deberán comprobarse legalmente, por una sola vez, y MetLife, hará la anotación correspondiente y no podrá exigir nuevas pruebas.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, se procederá de la siguiente forma, de acuerdo a lo establecido por la Ley Sobre el Contrato de Seguro en sus artículos 171 y 172:

- a) MetLife no podrá rescindir el contrato, a no ser que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por MetLife; en este caso se devolverá al Asegurado la reserva matemática del contrato en la fecha de su rescisión.
- b) Si la edad del Asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por MetLife, se aplicarán las siguientes reglas:
 - I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pagara una prima menor de la que corresponde por la edad real, la obligación de MetLife se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;
 - II. Si MetLife hubiere liquidado ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a exigir 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, MetLife estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del Asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas posteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad;
 - IV. Si con posterioridad a un siniestro se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, MetLife estará obligada a pagar la cantidad que resulta de multiplicar la Suma Asegurada por el cociente obtenido de dividir las primas relativas a la edad inexacta y real del Asegurado, en el último aniversario de la póliza.

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

2.15. Cálculo de la prima

La prima total del seguro será la suma de las primas que correspondan a cada miembro del grupo asegurado de acuerdo con su edad, ocupación y Suma Asegurada.

En cada aniversario del contrato, podrá calcularse la cuota promedio por millar de Suma Asegurada que se aplicará en ese periodo.

La cuota promedio es la que resulte de dividir la prima total entre la Suma Asegurada total.

2.16. Cambio de forma de pago de las primas

Salvo convenio en contrario, la forma de pago de las primas es anual. A petición escrita del Contratante, presentada en el transcurso de los treinta días naturales anteriores al vencimiento de la siguiente prima, se puede modificar la forma de pago a: semestral, trimestral o mensual. Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado.

En estos casos, a la prima se le aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado, pactada entre MetLife y el Contratante al momento de celebrar el contrato.

2.17. Pago de la prima

Las primas convenidas en este contrato deberán ser pagadas de forma anticipada al inicio del periodo, en las oficinas de MetLife, contra entrega del recibo oficial que otorgue la misma.

El Contratante dispone de treinta días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento para liquidar el total de la prima o la fracción de ella pactada en el contrato. En caso contrario, cesarán los efectos del contrato a las doce horas del último día de este plazo. Si dentro de éste ocurre un siniestro MetLife podrá deducir del importe del seguro la prima total del grupo correspondiente a los treinta días naturales de espera.

2.18. Rehabilitación

Si este seguro hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de prima, de acuerdo a lo establecido en la cláusula de pago de la prima de estas condiciones generales, podrá ser rehabilitado mediante los siguientes requisitos:

- a) Que el Contratante lo pida por escrito a MetLife dentro de los tres meses siguientes a la fecha en que el contrato hubiere cesado en sus efectos por falta de pago de primas.
- b) Que se pague a MetLife la prima correspondiente al periodo de gracia.
- c) Que MetLife acepte otorgar la rehabilitación, lo cual hará constar por escrito, y en su caso, se reanudará desde tal fecha la vigencia de este seguro.

2.19. Suicidio

MetLife no estará obligada al pago de la Suma Asegurada en caso de suicidio del Asegurado, si éste ocurre dentro de los dos primeros años de vigencia continua del certificado individual respectivo. MetLife sólo estará obligada a devolver la reserva matemática constituida con la prima pagada correspondiente al miembro de que se trate.

2.20. Beneficiarios

Siempre que no exista restricción legal en contrario, cualquier miembro del grupo puede cambiar el beneficiario o los beneficiarios designados mediante notificación por escrito a MetLife. El cambio de beneficiario sólo surtirá efecto a partir de la fecha en que el escrito de notificación señalado anteriormente sea recibido en las oficinas de MetLife.

El Contratante no podrá intervenir en la designación de beneficiarios ni podrá, en ningún caso, figurar con este carácter, salvo que el objeto del seguro sea el de garantizar créditos concedidos por el Contratante o prestaciones legales, voluntarias o contractuales, a cargo del mismo, o salvo que el objeto del seguro sea garantizar el pago de la inscripción o colegiaturas, en el caso de seguros escolares o educacionales, o resarcir al Contratante de la disminución que en su productividad pudiera causar la muerte, accidente o enfermedad de técnicos o dirigentes.

Para el caso de que el seguro de grupo garantice créditos, el Contratante sólo podrá ser beneficiario hasta por el saldo insoluto correspondiente.

Si por falta de aviso oportuno del cambio de beneficiario, MetLife hubiera pagado la Suma Asegurada al último beneficiario designado de quien tuviera conocimiento quedará liberada de toda responsabilidad. Cuando no haya beneficiario designado la Suma Asegurada se pagará a la sucesión legal del Asegurado.

La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario o designación irrevocable del beneficiario, cuando el beneficiario muera antes que el Asegurado y éste no hubiera hecho nueva designación. Cuando haya varios beneficiarios, la parte del que muera antes que el Asegurado se distribuirá proporcionalmente entre los supervivientes, salvo estipulación en contrario o en caso de designación irrevocable del beneficiario.

Los asegurados pueden renunciar al derecho de revocar la designación de beneficiarios, haciendo constar esa renuncia por escrito y notificándola por conducto del Contratante a MetLife y al beneficiario irrevocable.

Advertencia:

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

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

2.21. Pago de Suma Asegurada

Los beneficiarios designados tendrán acción directa para cobrar a MetLife la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las reglas establecidas en el contrato.

Si con posterioridad a un siniestro se descubre que la Suma Asegurada que aparece en el certificado no concuerda con la regla para determinarla, MetLife pagará la Suma Asegurada que corresponda, aplicando la regla en vigor. Si la diferencia se descubre antes del siniestro, MetLife, por su propio derecho o a solicitud del Contratante, hará la modificación correspondiente, sustituyendo el certificado. En ambos casos deberá ajustarse la cuota a la nueva Suma Asegurada desde la fecha en que se operó el cambio.

2.22. Pago de siniestros

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

Artículo 69 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro

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

2.23. Documentación mínima requerida para tramitar el pago del seguro

Para la reclamación de pago por fallecimiento, se deberá presentar la siguiente documentación:

- a) Copia certificada por el registro civil del acta de defunción del Asegurado.
- b) Talón de pago a la fecha del fallecimiento (siempre que el cálculo de la Suma Asegurada sea por factor de meses).
- c) Constancia de servicios expedida por el Contratante (siempre que el cálculo de la Suma Asegurada sea regla fija).
- d) Original del consentimiento individual del seguro de vida con firma autógrafa del Asegurado (si la póliza es autoadministrable, el Contratante deberá presentar dicho consentimiento resaltando que es el último que firmó el Asegurado).

Para aplicar designaciones de beneficiarios elaboradas por los asegurados en formatos de otras aseguradoras, será indispensable que dicha situación se haga constar mediante endoso.

Si la póliza no es autoadministrable MetLife pagará con el último que obre en sus archivos.

- e) Solicitud de pago debidamente requisitada y firmada por el(los) beneficiarios.
- f) Identificación oficial con fotografía y firma del Asegurado.
- g) Identificación oficial con fotografía y firma autógrafa del o los beneficiarios, para tal efecto puede presentar cualquiera de las siguientes: credencial para votar, pasaporte vigente, cédula profesional, cartilla del Servicio Militar Nacional, matrícula consular.
- h) Copia certificada por el registro civil del acta de nacimiento del Asegurado.
- i) Si el(los) beneficiario(s) es(son) ascendiente(s) o descendiente(s) en línea directa del Asegurado, encontrándose en el supuesto de exención del impuesto sobre la renta mencionado en el artículo 93, fracción XXI de la Ley del Impuesto Sobre la Renta y desea ejercer tal derecho, se requiere presentar en original o copia certificada la documentación que permita acreditar dicho supuesto, como: actas de nacimiento, de matrimonio actualizada, de reconocimiento, adopción o jurisdicción voluntaria de acreditación de concubinato ante autoridad judicial.

Es de señalar que en caso que el Asegurado sea reportado con un salario menor al reflejado en talón de pago o constancia de servicios, será necesario contar con la copia del último aviso de modificación del salario reportado al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

En caso que el Asegurado no sea identificado en los listados de la póliza que se afecte, será necesario solicitar el aviso del alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

2.24. Regla de Suma Asegurada

Para efectos del cálculo de la prima, el Contratante definirá una regla para determinar la Suma Asegurada de cada uno de los integrantes del grupo asegurado. Esta regla será de carácter no discriminatorio. En aquellos casos en que dicha regla de Suma Asegurada se refiera al salario, se entenderá salvo especificación en contrario, como el salario base.

Si el Asegurado tuviera definido su salario base de manera diaria, se entenderá por salario base diario la retribución que paga el patrón al trabajador por su trabajo en forma diaria sin estar integrado por gratificaciones, percepciones, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquier otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por su trabajo. Para efectos del cálculo del salario base mensual se multiplicará el salario base diario por 30 (treinta) de acuerdo con lo establecido en la Ley Federal del Trabajo.

2.25. Comunicaciones

Todas las comunicaciones del Contratante o de los asegurados deberán dirigirse por escrito a MetLife a su domicilio social señalado en la carátula de esta póliza. Los agentes no tienen facultad para recibir comunicaciones a nombre de MetLife, por lo tanto cualquier notificación o comunicación hecha en contravención a lo establecido en esta cláusula carecerá de validez.

2.26. Moneda

Todos los pagos a que este contrato se refiere serán realizados en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la época del pago. Los pagos se efectuarán en las oficinas de MetLife.

2.27. Indemnización por mora

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

2.28. 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 MetLife haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes tienen el derecho constituido a su favor.

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

2.29. Competencia

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 5328-7000, lada sin costo 01800-00-METLIFE (638-5433) o en nuestro portal www.metlife.com.mx

En caso de inconformidad, podrás contactar a la Unidad Especializada de MetLife México, S.A. en los teléfonos 5328-9002 o lada sin costo en el 01800-907-1111, en el correo electrónico unidadespecializada@metlife.com.mx o en la dirección Boulevard Manuel Ávila Camacho, número 32, piso SKL, 14 al 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, Código postal 11000, Ciudad de México.

También puedes contactar a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en los teléfonos 5340-0999 o lada sin costo 01800-999-8080, en el correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código postal 03100, Ciudad de México o en su portal www.condusef.gob.mx

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

2.31. Aviso y remisión periódica de información

Corresponde al Contratante la obligación de dar aviso o remitir información periódica a MetLife, respecto de lo siguiente:

- I El ingreso al grupo de integrantes nuevos, incluyendo los consentimientos respectivos;
- II. La separación definitiva de integrantes del grupo asegurado;
- III. Cualquier cambio que se opere en la situación de los asegurados que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas, y
- IV. Los nuevos consentimientos de los asegurados cubiertos por el riesgo de fallecimiento, en caso de modificación de las reglas para la determinación de las sumas aseguradas, señalando la forma en que se administrarán.

El procedimiento mediante el cual el Contratante cumplirá con dicha obligación conforme al esquema de administración elegido estará contenido en un documento que se entregará a cada Contratante con los detalles de información requerida, medios disponibles y frecuencias de entrega de la información.

2.32. Esquema de administración

Salvo estipulación en contrario, la administración de la póliza será llevada a cabo por el Contratante, estableciendo que MetLife tendrá acceso a la información correspondiente, a efecto de cumplir en tiempo y forma con lo establecido en el reglamento, así como con los requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en materia de estos seguros, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y el reglamento.

Por lo anterior expresamente se hace constar que la administración de la póliza será llevada a cabo bajo el esquema de autoadministración, mediante el cual el Contratante, asume la responsabilidad de contar con el consentimiento para ser asegurado suscrito por cada uno de los integrantes, previo a su incorporación al grupo asegurado, documento con el que se deberá contar previo a la celebración del contrato de seguro; y en su caso con el correspondiente a las personas que soliciten su ingreso al grupo asegurado con posterioridad a la celebración del contrato de seguro o que hayan dado su consentimiento para ser asegurado después de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que hubieran adquirido el derecho de formar parte del mismo.

El consentimiento al que se ha hecho referencia en el párrafo que antecede, será elaborado en los formatos que al efecto proporcione MetLife al Contratante y deberá contener, por lo menos, la información siguiente:

- I.- Suma Asegurada o regla para determinarla, y
- II.- Designación de beneficiarios y si esta se realiza en forma irrevocable.

El Contratante archivará en el expediente personal del Asegurado, el original del consentimiento para ser asegurado firmado por el propio Asegurado y su designación de beneficiarios, obligándose a conservar y mantener en custodia el expediente de identificación del Asegurado, el consentimiento emitido por el Asegurado, así como la designación de beneficiarios que, en el supuesto de reclamación de Suma Asegurada al ocurrir el riesgo amparado, por su conducto será remitido a MetLife para el trámite de análisis de siniestro.

En caso de cambio de beneficiario, el Contratante seguirá el procedimiento indicado en los párrafos anteriores.

La entrega de los certificados será llevada a cabo mediante la obligación del Contratante de hacer del conocimiento de los asegurados la información referida en la cláusula de certificados individuales, de las presentes condiciones generales.

El Contratante se responsabilizará de la custodia y manejo de los documentos de consentimiento, designación de beneficiarios y certificado individual del Asegurado, obligándose a sacar en paz y a salvo a MetLife de cualquier eventual reclamación que se le presente por terceras personas, una vez efectuado el pago a los últimos beneficiarios que le hayan sido reportados a ésta.

MetLife tendrá acceso en todo tiempo y lugar a la información de los documentos de consentimiento, certificado individual del Asegurado y, última designación de beneficiarios emitida por cada Asegurado, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo dispuesto tanto por el reglamento, como por los requerimientos de información establecidos por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en concordancia con las disposiciones legales aplicables y dicho reglamento.

El sistema de autoadministración de consentimientos y designación de beneficiarios, podrá darse por terminado por cualquiera de las partes, mediante notificación escrita que una haga a la otra con 30 días naturales de anticipación, tiempo en el cual el Contratante hará entrega a MetLife de los documentos de consentimiento, certificado individual del Asegurado y, última designación de beneficiarios emitida por cada Asegurado, documentos e información inherente y necesarios para el cambio de esquema de administración.

2.33. Planes contributivos

Tratándose de los integrantes de un grupo, en su carácter de asegurados, podrán contribuir al pago de la prima bajo los siguientes términos:

- La porción de la prima que pagarán los asegurados como contribución se especificará en el registro de asegurados.
- Los derechos y obligaciones provenientes del pago de la prima se harán extensivos a los asegurados en la porción correspondiente de conformidad a la contribución establecida.

2.34. Prevención de actividades ilícitas

En relación a las disposiciones a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el Contratante reconoce que tiene y mantendrá vigentes y disponibles expedientes que contengan los siguientes datos de identificación de los asegurados en esta póliza:

Datos de identificación necesarios:

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

2.35. Dividendos

El presente producto no otorga dividendos.

Cobertura básica

Cobertura por Fallecimiento

MetLife pagará la Suma Asegurada contratada señalada en la carátula de la póliza al beneficiario designado en caso de fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de este seguro, siempre y cuando se reúnan las condiciones que se establecen en la documentación contractual.

Coberturas adicionales

A continuación se describen las coberturas adicionales, sin embargo sólo aplicarán aquellas coberturas de haber sido contratadas y se encuentren especificadas en la carátula de la póliza o certificado individual en vigor al momento del siniestro.

Cobertura adicional de Indemnización por Muerte Accidental

Durante la vigencia de la póliza, los miembros del grupo asegurado a quienes se les otorgue, gozarán de la cobertura de Indemnización por Muerte Accidental, de conformidad con las siguientes bases:

Accidente

Para efectos de esta póliza 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 de éste. No se considera accidente a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente o por culpa grave del propio Asegurado.

Cobertura

MetLife pagará al beneficiario(s) designados la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia de un accidente, siempre y cuando la muerte no forme parte de las exclusiones y ocurra dentro de los siguientes noventa días naturales a la fecha del accidente y la póliza se encuentre en vigor al momento de ocurrir el accidente.

Pruebas

La indemnización establecida en esta cobertura se concederá únicamente si se presentan a MetLife, pruebas de que el accidente que cause la muerte del Asegurado ha ocurrido durante la vigencia del certificado del seguro al que se adiciona esta cobertura.

Cancelación automática

La vigencia de esta cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de MetLife, en el aniversario de la póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea de 70 años.

Prima

MetLife, concede esta cobertura con una prima adicional, que en caso de contratarse la cobertura se especificará en la póliza.

Exclusiones

La indemnización correspondiente no se concederá cuando la muerte se deba a:

- a) Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.**
- b) Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.**

- c) **Lesiones sufridas en actividades militares de cualquier clase y en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.**
- d) **Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado como sujeto activo.**
- e) **Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- f) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajara como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular. Salvo convenio expreso está excluida la transportación en vehículos aéreos privados.**
- g) **Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- h) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- i) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.**
- j) **Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- k) **Abortos que no hayan ocurrido en forma accidental.**
- l) **Hernias o eventraciones que no hayan ocurrido en forma accidental.**
- m) **Radiaciones ionizantes.**
- n) **Envenenamiento que no haya ocurrido en forma accidental.**
- o) **Lesiones sufridas estando bajo los efectos de algún enervante, estimulante o similar, excepto si se demuestra que fueron prescritos por un médico.**
- p) **Drogadicción.**
- q) **Lesiones sufridas con motivo de encontrarse bajo el influjo de bebidas alcohólicas. Esta exclusión operará cuando las lesiones o accidentes que sufra el Asegurado sean ocasionados intencionalmente por culpa grave del mismo a consecuencia de la ingesta o bajo los influjos de bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización de la lesión o accidente.**
- r) **Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**

Documentación mínima requerida para tramitar el pago del seguro

Tratándose de muerte accidental, además de presentar la documentación señalada para la reclamación de pago por fallecimiento, deberá presentar:

- j) Copia certificada por el agente del Ministerio Público, cuando la misma sea procedente, que conoció del fallecimiento del Asegurado, documentación consistente en: fe de cadáver, identificación del mismo, relación de hechos, declaración de testigos, resultado de necropsia, resultado toxicológico (documentación que se indica de manera enunciativa más no limitativa).

Cobertura adicional de Indemnización por Muerte Accidental o Pérdida de Miembros

Durante la vigencia de la póliza, los miembros del grupo asegurado a quienes se les otorgue gozarán de la cobertura de indemnización por muerte accidental o pérdida de miembros, de conformidad con las siguientes bases:

Accidente

Para efectos de esta póliza 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 de éste. No se considera accidente a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente o por culpa grave del propio Asegurado.

a) Pérdida de miembros. Se entenderá por pérdida de cualquiera de las partes citadas a continuación:

b) Pérdida de una mano. Su amputación quirúrgica o traumática a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, o su anquilosamiento total.

c) Pérdida de un pie. Su amputación quirúrgica o traumática a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella, o su anquilosamiento total.

d) Pérdida de los dedos. Su amputación quirúrgica o traumática de dos falanges completas, cuando menos, o su anquilosamiento total. Tratándose del dedo pulgar, la pérdida aplicará desde una falange completa.

e) Pérdida de la vista. La pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Cobertura

Las indemnizaciones establecidas en esta cobertura serán pagadas si la muerte o la pérdida se deben exclusivamente a lesiones provocadas por medios externos, súbitos, fortuitos y violentos, y cuando la muerte o pérdida ocurran dentro de los noventa días naturales siguientes a la fecha del accidente.

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado a consecuencia del accidente dentro del periodo señalado, se descontará de la indemnización total de esta cobertura, la cantidad que se haya otorgado por pérdida de miembros dentro del mismo lapso. En caso de que el Asegurado sufriera uno o más eventos, las pérdidas o indemnizaciones acumuladas en ningún caso excederán de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

La indemnización básica por esta cobertura, será igual al importe del seguro que cubre el certificado.

Tabla de indemnizaciones

El monto de la indemnización que se otorgará por muerte o por la pérdida de miembros sufrida, estará dada por la siguiente tabla:

- a) Por muerte del Asegurado: una cantidad igual al 100% de la indemnización básica.
- b) Por la pérdida de ambas manos, o de ambos pies, o de la vista en los dos ojos: una cantidad igual al 100% de la indemnización básica.
- c) Por la pérdida de una mano y un pie: una cantidad igual al 100% de la indemnización básica.
- d) Por la pérdida de una mano o un pie, conjuntamente con la de la vista en un ojo: una cantidad igual al 100% de la indemnización básica.

- e) Por la pérdida de una mano o un pie: una cantidad igual al 50% de la indemnización básica.
- f) Por la pérdida de la vista en un ojo: una cantidad igual al 30% de la indemnización básica.
- g) Por la pérdida de un dedo pulgar: una cantidad igual al 15% de la indemnización básica.
- h) Por la pérdida de un dedo índice: una cantidad igual al 10% de la indemnización básica.

El pago relativo al inciso a) se hará a los beneficiarios nombrados en la póliza. El pago que corresponda a cualquiera de las otras indemnizaciones se hará al propio Asegurado.

Pruebas

Las indemnizaciones establecidas en esta cobertura se concederán únicamente si se presentan a MetLife, pruebas de que la lesión o lesiones que causen la muerte del Asegurado, o la pérdida que sufra, han ocurrido durante la vigencia del certificado del seguro al que se adiciona esta cobertura y fueron causadas efectivamente por un accidente.

MetLife se reserva el derecho de solicitar pruebas del hecho que genera la obligación.

Cancelación automática

La vigencia de esta cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de MetLife en los siguientes casos:

- a) En el aniversario de la póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea de 70 años.
- b) En el aniversario de la póliza posterior al pago de cualesquiera de las indemnizaciones por pérdidas de miembros.

Prima

MetLife concede esta cobertura con una prima adicional, que en caso de contratarse la cobertura se especificará en la póliza.

Exclusiones

La indemnización correspondiente no se concederá cuando la muerte o pérdida de miembros se deba a:

- a) Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.**
- b) Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.**
- c) Lesiones sufridas en actividades militares de cualquier clase y en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.**
- d) Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado como sujeto activo.**
- e) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- f) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajara como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular. Salvo convenio expreso está excluida la transportación en vehículos aéreos privados.**

- g) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- h) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- i) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.**
- j) Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- k) Abortos que no hayan ocurrido en forma accidental.**
- l) Hernias o eventraciones que no hayan ocurrido en forma accidental.**
- m) Radiaciones ionizantes.**
- n) Envenenamiento que no haya ocurrido en forma accidental.**
- o) Lesiones sufridas estando bajo los efectos de algún enervante, estimulante o similar, excepto si se demuestra que fueron prescritos por un médico.**
- p) Drogadicción.**
- q) Lesiones sufridas con motivo de encontrarse bajo el influjo de bebidas alcohólicas. Esta exclusión operará cuando las lesiones o accidentes que sufra el Asegurado sean ocasionados intencionalmente por culpa grave del mismo a consecuencia de la ingesta o bajo los influjos de bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización de la lesión o accidente.**
- r) Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**

Documentación mínima requerida para tramitar el pago del seguro

Tratándose de muerte accidental, además de presentar la documentación señalada para la reclamación de pago por fallecimiento, deberá presentar:

- j) Copia certificada por el agente del Ministerio Público, cuando la misma sea procedente, que conoció del fallecimiento del Asegurado, documentación consistente en: fe de cadáver, identificación del mismo, relación de hechos, declaración de testigos, resultado de necropsia, resultado toxicológico, (documentación que se indica de manera enunciativa más no limitativa).**

Para la reclamación de pago por pérdidas de miembros, se deberá presentar la siguiente documentación:

- a) Copia del formato (ST-3) emitido por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o por el Instituto de Seguridad Social al cual se encuentre inscrito el Asegurado o el resultado de estudios practicados por un médico legalmente autorizado.**
- b) Radiografías y/o examen médico que compruebe la pérdida que sufrió el Asegurado.**
- c) Talón o comprobante de pago de la póliza a la fecha de fallecimiento (recibo de nómina o carta de la empresa certificando que el pago de la póliza se realizó por parte del Asegurado titular).**

- d) Solicitud de pago debidamente requisitada y firmada por el Asegurado.
- e) Identificación oficial con fotografía y firma autógrafa, para tal efecto puede presentar cualquiera de las siguientes: credencial para votar, pasaporte vigente, cédula profesional, cartilla del Servicio Militar Nacional, matrícula consular.
- f) Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses, pueden presentar: comprobante de luz, agua, teléfono, predial, estado de cuenta bancario.
- g) Copia certificada por el agente del Ministerio Público que conoció del accidente que sufrió el Asegurado, cuando la misma sea procedente.

Cobertura adicional de Indemnización por Muerte Accidental o Pérdida de Miembros (Doble Indemnización por Accidente Colectivo)

Durante la vigencia de la póliza, los miembros del grupo asegurado a quienes se les otorgue gozarán de la cobertura de Indemnización por Muerte Accidental o Pérdida de Miembros (Doble Indemnización por Accidente Colectivo), de conformidad con las siguientes bases:

Accidente

Se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona del Asegurado.

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

Pérdida de miembros

Se entenderá por pérdida de cualquiera de las partes citadas a continuación:

- a) Pérdida de una mano.** Su amputación quirúrgica o traumática a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, o su anquilosamiento total.
- b) Pérdida de un pie.** Su amputación quirúrgica o traumática a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella, o su anquilosamiento total.
- c) Pérdida de los dedos.** Su amputación quirúrgica o traumática de dos falanges completas, cuando menos, o su anquilosamiento total. Tratándose del dedo pulgar, la pérdida aplicará desde una falange completa.
- d) Pérdida de la vista.** La pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

Cobertura

Las indemnizaciones establecidas en esta cobertura serán pagadas si la muerte o la pérdida se deben exclusivamente a lesiones provocadas por medios externos, súbitos, fortuitos y violentos, y cuando la muerte o pérdida ocurran dentro de los noventa días naturales siguientes a la fecha del accidente.

En caso de ocurrir el fallecimiento del Asegurado a consecuencia del accidente dentro del periodo señalado, se descontará de la indemnización total de esta cobertura, la cantidad que se haya otorgado por pérdida de miembros dentro del mismo lapso.

La indemnización básica por esta cobertura, será igual al importe del seguro que cubre el certificado.

Doble indemnización

La indemnización pagadera por las coberturas de Muerte Accidental o Pérdida de Miembros por accidente se duplicarán si las lesiones corporales del Asegurado fueran sufridas en un accidente:

- a) Que se tuviere en un vehículo público en el cual viajara el Asegurado como pasajero, con boleto pagado sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros, sujeta a itinerario regular, siempre que dicho vehículo sea impulsado mecánicamente y operado regularmente por una empresa autorizada de transportes públicos.

- b) Que se tuviere en un ascensor que opere para servicio público en el cual viajara el Asegurado como pasajero, con exclusión de los ascensores en las minas.
- c) A causa del incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio público, en el cual se encontrare el Asegurado al manifestarse el incendio.

Tabla de indemnizaciones

El monto de la indemnización que se otorgará por muerte o por la pérdida de miembros sufrida, estará dada por la siguiente tabla:

- a) **Por muerte del Asegurado:** una cantidad igual al 100% de la indemnización básica.
- b) **Por la pérdida de ambas manos, o de ambos pies, o de la vista en los dos ojos:** una cantidad igual al 100% de la indemnización básica.
- c) **Por la pérdida de una mano y un pie:** una cantidad igual al 100% de la indemnización básica.
- d) **Por la pérdida de una mano o un pie, conjuntamente con la de la vista en un ojo:** una cantidad igual al 100% de la indemnización básica.
- e) **Por la pérdida de una mano o un pie:** una cantidad igual al 50% de la indemnización básica.
- f) **Por la pérdida de la vista en un ojo:** una cantidad igual al 30% de la indemnización básica.
- g) **Por la pérdida de un dedo pulgar:** una cantidad igual al 15% de la indemnización básica.
- h) **Por la pérdida de un dedo índice:** una cantidad igual al 10% de la indemnización básica.

El pago relativo al inciso a) se hará a los beneficiarios nombrados en la póliza.

El pago que corresponda a cualquiera de las otras indemnizaciones se hará al propio Asegurado.

Pruebas

Las indemnizaciones establecidas en esta cobertura se concederán únicamente si se presentan a MetLife pruebas de que la lesión o lesiones que causen la muerte del Asegurado, o la pérdida que sufra, han ocurrido durante la vigencia del certificado del seguro al que se adiciona esta cobertura y fueron causadas efectivamente por un accidente.

MetLife se reserva el derecho de solicitar nuevas pruebas del hecho que genera la obligación.

Cancelación automática

La vigencia de esta cobertura terminará automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de MetLife en los siguientes casos:

- a) En el aniversario de la póliza en el que la edad cumplida del Asegurado sea de 70 años.
- b) En el aniversario de la póliza posterior al pago de cualesquiera de las indemnizaciones por pérdidas de miembros.

Prima

MetLife concede esta cobertura con una prima adicional, que en caso de contratarse la cobertura se especificará en la póliza.

Exclusiones

La indemnización correspondiente no se concederá cuando la muerte se deba a:

- a) Infecciones, con excepción de las causadas por lesiones accidentales.**

- b) Tratamiento médico o quirúrgico, salvo cuando sea motivado por las lesiones accidentales.**
- c) Lesiones sufridas en actividades militares de cualquier clase y en actos de guerra, insurrección, revolución o rebelión.**
- d) Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado como sujeto activo.**
- e) Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- f) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajara como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular. Salvo convenio expreso está excluida la transportación en vehículos aéreos privados.**
- g) Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- h) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- i) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.**
- j) Inhalación de gases o humo, excepto si se demuestra que fue accidental.**
- k) Abortos que no hayan ocurrido en forma accidental.**
- l) Hernias o eventraciones que no hayan ocurrido en forma accidental.**
- m) Radiaciones ionizantes.**
- n) Envenenamiento que no haya ocurrido en forma accidental.**
- o) Lesiones sufridas estando bajo los efectos de algún enervante, estimulante o similar, excepto si se demuestra que fueron prescritos por un médico.**
- p) Drogadicción.**
- q) Lesiones sufridas con motivo de encontrarse bajo el influjo de bebidas alcohólicas. Esta exclusión operará cuando las lesiones o accidentes que sufra el Asegurado sean ocasionados intencionalmente por culpa grave del mismo a consecuencia de la ingesta o bajo los influjos de bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización de la lesión o accidente.**

r) Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.

Documentación mínima requerida para tramitar el pago del seguro

Tratándose de muerte accidental, además de presentar la documentación señalada para la reclamación de pago por fallecimiento, deberá presentar:

- j) Copia certificada por el agente del Ministerio Público, cuando la misma sea procedente, que conoció del fallecimiento del Asegurado, documentación consistente en: fe de cadáver, identificación del mismo, relación de hechos, declaración de testigos, resultado de necropsia, resultado toxicológico, (documentación que se indica de manera enunciativa más no limitativa).

Para la reclamación de pago por pérdidas de miembros, se deberá presentar la siguiente documentación:

- a) Copia del formato (ST-3) emitido por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o por el Instituto de Seguridad Social al cual se encuentre inscrito el Asegurado o el resultado de estudios practicados por un médico legalmente autorizado.
- b) Radiografías y/o examen médico que compruebe la pérdida que sufrió el Asegurado.
- c) Talón o comprobante de pago de la póliza a la fecha de fallecimiento (recibo de nómina o carta de la empresa certificando que el pago de la póliza se realizó por parte del Asegurado titular).
- d) Solicitud de pago debidamente requisitada y firmada por el Asegurado.
- e) Identificación oficial con fotografía y firma autógrafa, para tal efecto puede presentar cualquiera de las siguientes: credencial para votar, pasaporte vigente, cédula profesional, cartilla del Servicio Militar Nacional, matrícula consular.
- f) Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses pueden presentar: comprobante de luz, agua, teléfono, predial, estado de cuenta bancario.
- g) Copia certificada por el agente del Ministerio Público que conoció del accidente que sufrió el Asegurado, cuando la misma sea procedente.

Cobertura adicional por Invalidez Total y Permanente con Pago Adicional de la Suma Asegurada

Durante la vigencia de la póliza, los miembros del grupo asegurado a quienes se les otorgue, gozarán la cobertura por Invalidez Total y Permanente con Pago Adicional de la Suma Asegurada, de conformidad con las siguientes bases:

Invalidez total y permanente

Es la pérdida de la capacidad que derivada de enfermedad o accidente, impide al Asegurado desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, y dicho estado le impida desarrollar tales actividades en forma total y permanentemente, siempre y cuando haya sido continua durante un periodo no menor a seis meses o tres meses o sin que aplique algún periodo de espera de acuerdo con la opción contratada y estipulada en la carátula de la póliza para el presente beneficio.

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

En aquellos casos en que el Asegurado se encuentre sujeto a la seguridad social el dictamen de invalidez que servirá de base para acreditar dicho estado será el emitido por el Instituto de Seguridad Social al cual se encuentra adscrito el Asegurado, en cuyo caso el dictamen emitido por el cual se determina la invalidez total y permanente hará prueba plena de tal estado, en cuyo caso no aplicará el periodo de espera y sus efectos serán a partir de la fecha de elaboración del dictamen emitido por el Instituto de Seguridad Social.

Cuando el Asegurado no se encuentre adscrito al sistema de seguridad social, deberá presentar dictamen de invalidez total y permanente emitido por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo, en cuyo caso MetLife se reserva el derecho de revisar dicho dictamen médico, así como la facultad de practicar, a su costa, los estudios y pruebas necesarias al Asegurado, que permitan determinar si la incapacidad le impide o no el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, a fin de resolver sobre la posible procedencia de solicitud de pago de la correspondiente Suma Asegurada, en este caso el pago de la Suma Asegurada procederá si el Asegurado después de 6 meses contados a partir de la fecha de emisión del dictamen emitido por el médico particular legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo, continua presentando dicho estado de invalidez total y permanente.

No se considera invalidez total y permanente la causada por lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Cobertura

MetLife conviene en pagar al Asegurado que quede invalidado total y permanentemente, en las condiciones señaladas en el punto anterior y a partir de la fecha en que sean presentadas las pruebas de la existencia de la invalidez total y permanente, la Suma Asegurada que corresponda al Asegurado invalidado.

En los casos donde el Asegurado llegue a fallecer antes de hacer efectivo el cobro del cheque emitido por MetLife por concepto de invalidez, el pago se efectuará al(los) beneficiario(s) designado(s) para el caso de la cobertura de Fallecimiento.

Pruebas

Las indemnizaciones establecidas en este cobertura se concederán únicamente si se presentan a MetLife pruebas de su invalidez, y de que ésta es total y permanente y de que ocurrió mientras la póliza se encontraba en vigor.

Para lo anterior, se deberá presentar el dictamen correspondiente, que deberá ser emitido por el Instituto de Seguridad Social al cual se encuentre inscrito el Asegurado, o por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo, haciéndose constar expresamente que, en este último caso, MetLife se reserva el derecho de revisar cualquier dictamen emitido, así como la facultad de practicar, a su costa, los estudios y pruebas necesarias al Asegurado, que permitan determinar si la incapacidad le impide o no el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, a fin de resolver sobre la posible procedencia de solicitud de pago de la correspondiente Suma Asegurada.

Así mismo, MetLife al solicitar al Asegurado la práctica de pruebas del hecho que genera la obligación, en caso de que éste se niegue a esta comprobación o se haga patente que ha desaparecido el estado de invalidez total y permanente, cesarán automáticamente las coberturas que concede esta cobertura por Invalidez.

Cancelación automática

Esta cobertura quedará cancelada automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de MetLife, en el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea de 70 años.

Primas

MetLife concede esta cobertura con una prima adicional, que en caso de contratarse la cobertura se especificará en la póliza.

Padecimiento preexistente

Para efectos de esta póliza, se entenderá como padecimiento 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.

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

Exclusiones

Esta cobertura no se concederá cuando la invalidez total y permanente se deba a:

- a) **Lesiones sufridas en actividades militares de cualquier clase y en actos de guerra insurrección, revolución o rebelión.**
- b) **Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado como sujeto activo.**
- c) **Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- d) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajara como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular. Salvo convenio expreso está excluida la transportación en vehículos aéreos privados.**
- e) **Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- f) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motoneta u otros vehículos similares de motor.**
- g) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.**
- h) **Padecimientos preexistentes.**
- i) **Radiaciones ionizantes.**
- j) **Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**
- k) **Enfermedades o accidentes que sufra el Asegurado ocasionados intencionalmente por culpa grave del mismo a consecuencia de la ingesta o bajo los influjos de drogas, narcóticos o alucinógenos y/o bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización de la enfermedad o accidente.**

Documentación mínima requerida para tramitar el pago del seguro

Para la reclamación de pago por invalidez total y permanente, se deberá presentar la siguiente documentación:

- a) Copia del formato de invalidez emitido por el Instituto Mexicano del Seguro Social formato (ST-4) y/o historia clínica completa y resultados de estudios practicados emitidos por el Instituto de Seguridad Social al cual se encuentre inscrito el Asegurado, o por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo.
- b) Talón de pago a la fecha del evento (recibo de nómina o carta de la empresa certificando que el pago de la póliza se realizó por parte del Asegurado titular).
- c) Solicitud de pago debidamente requisitada y firmada por el Asegurado.
- d) Identificación oficial con fotografía y firma autógrafa del o los beneficiarios, para tal efecto puede presentar cualquiera de las siguientes: credencial para votar, pasaporte vigente, cédula profesional, cartilla del Servicio Militar Nacional, matrícula consular.
- e) Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses pueden presentar: comprobante de luz, agua, teléfono, predial, estado de cuenta bancario.
- f) Original del consentimiento individual del seguro de vida si existiera o si se tuviera, con firma autógrafa del Asegurado, esto para casos de la cobertura adicional para Pago de Primas.

Es de señalar que en caso que el Asegurado sea reportado con un salario menor al reflejado en talón de pago o constancia de servicios, será necesario contar con la copia del último aviso de modificación del salario reportado al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

En caso que el Asegurado no sea identificado en los listados de la póliza que se afecte, será necesario solicitar el aviso del alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Cobertura adicional de Exención de Pago de Primas por Invalidez

Durante la vigencia de la póliza, los miembros del grupo asegurado a quienes se les otorgue, gozarán de la cobertura de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente, de conformidad con las siguientes bases:

Invalidez total y permanente

Es la pérdida de la capacidad que derivada de enfermedad o accidente, impide al Asegurado desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, y dicho estado le impida desarrollar tales actividades en forma total y permanentemente, siempre y cuando haya sido continua durante un periodo no menor a seis meses o tres meses o sin que aplique algún periodo de espera de acuerdo con la opción contratada y estipulada en la carátula de la póliza para el presente beneficio.

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

En aquellos casos en que el Asegurado se encuentre sujeto a la seguridad social el dictamen de invalidez que servirá de base para acreditar dicho estado será el emitido por el Instituto de Seguridad Social al cual se encuentra adscrito el Asegurado, en cuyo caso el dictamen emitido por el cual se determina la invalidez total y permanente hará prueba plena de tal estado, en cuyo caso no aplicará el periodo de espera y sus efectos serán a partir de la fecha de elaboración del dictamen emitido por el Instituto de Seguridad Social.

Cuando el Asegurado no se encuentre adscrito al sistema de seguridad social, deberá presentar dictamen de invalidez total y permanente emitido por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo, en cuyo caso MetLife se reserva el derecho de revisar dicho dictamen médico, así como la facultad de practicar, a su costa, los estudios y pruebas necesarias al Asegurado, que permitan determinar si la incapacidad le impide o no el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, a fin de resolver sobre la posible procedencia de solicitud de pago de la correspondiente Suma Asegurada, en este caso el pago de la Suma Asegurada procederá si el Asegurado después de 6 meses contados a partir de la fecha de emisión del dictamen emitido por el médico particular legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo, continua presentando dicho estado de invalidez total y permanente.

No se considera invalidez total y permanente la causada por lesiones corporales provocadas intencionalmente por el Asegurado.

Cobertura

MetLife conviene en eximir al Asegurado que quede invalidado total y permanentemente, en las condiciones señaladas en el párrafo anterior y a partir de la fecha en que sean presentadas las pruebas de la existencia de la invalidez total y permanente, del pago de las primas por la cobertura de Fallecimiento que correspondan al Asegurado incapacitado y que venzan después de que se declaró el estado de invalidez, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor al momento de iniciar dicho estado.

La exención de primas que otorga la cobertura continuará durante el periodo contratado a partir del aniversario de la póliza en que haya ocurrido la invalidez. Dicho pago no estará sujeto a la renovación de la póliza durante el periodo mencionado. El periodo de exención de pago de primas que se haya contratado se especificará en la carátula de la póliza.

En caso de que se tenga contratado además la cobertura de pago adicional de la Suma Asegurada por invalidez total y permanente, la cobertura de exención del pago de primas por la cobertura de vida se pagará a partir del momento en que se inicie la liquidación de la indemnización correspondiente al primero.

Pruebas

Las indemnizaciones establecidas en esta cobertura se concederán únicamente si se presentan a MetLife pruebas de su invalidez, y de que ésta es total y permanente y de que ocurrió mientras la póliza se encontraba en vigor.

Para lo anterior, se deberá presentar el dictamen correspondiente, que deberá ser emitido por el Instituto de Seguridad Social al cual se encuentre inscrito el Asegurado, o por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo, haciéndose constar expresamente que, en este último caso, MetLife se reserva el derecho de revisar cualquier dictamen emitido, así como la facultad de practicar, a su costa, los estudios y pruebas necesarias al Asegurado, que permitan determinar si la incapacidad le impide o no el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, a fin de resolver sobre la posible procedencia de solicitud de pago de la cobertura.

Así mismo, MetLife al solicitar al Asegurado la práctica de pruebas del hecho que genera la obligación, en caso de que éste se niegue a esta comprobación o se haga patente que ha desaparecido el estado de invalidez total y permanente, cesarán automáticamente las coberturas que concede esta cobertura por invalidez.

Para aprobar cualquier reclamación, MetLife podrá exigir al Asegurado la debida comprobación de su edad, si no se ha hecho la anotación respectiva en la póliza.

Cancelación automática

Esta cobertura quedará cancelada automáticamente para cada Asegurado, sin necesidad de declaración expresa de MetLife, en el aniversario de la póliza en que la edad cumplida del Asegurado sea de 70 años.

Primas

MetLife concede esa cobertura con una prima adicional, que en caso de contratarse la cobertura se especificará en la póliza.

Padecimiento preexistente

Para efectos de esta póliza, se entenderá como padecimiento 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.
- b) Cuando MetLife 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.
- c) Que previamente a la celebración del contrato, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Exclusiones

Esta cobertura no se concederá cuando la invalidez total y permanente se deba a:

- a) **Lesiones sufridas en actividades militares de cualquier clase y en actos de guerra insurrección, revolución o rebelión.**
- b) **Lesiones originadas por actos delictivos intencionales en los que participe directamente el Asegurado como sujeto activo.**
- c) **Lesiones recibidas al participar el Asegurado en una riña, siempre que él haya sido el provocador.**
- d) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajara como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular. Salvo convenio expreso está excluida la transportación en vehículos aéreos privados.**
- e) **Accidentes que ocurran durante la celebración de pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.**
- f) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.**
- g) **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo, alpinismo, charrería, esquí o tauromaquia.**
- h) **Padecimientos preexistentes.**
- i) **Radiaciones ionizantes.**
- j) **Suicidio o cualquier intento del mismo, o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.**

- k) Enfermedades o accidentes que sufra el Asegurado ocasionados intencionalmente por culpa grave del mismo a consecuencia de la ingesta o bajo los influjos de drogas, narcóticos o alucinógenos y/o bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización de la enfermedad o accidente.**

Documentación mínima requerida para tramitar el pago del seguro

Para la reclamación de pago por invalidez total y permanente, se deberá presentar la siguiente documentación:

- a) Copia del formato de invalidez emitido por el Instituto Mexicano del Seguro Social formato (ST-4) y/o historia clínica completa y resultados de estudios practicados emitidos por el Instituto de Seguridad Social al cual se encuentre inscrito el Asegurado, o por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo.
- b) Talón o comprobante de pago de la póliza a la fecha de fallecimiento (recibo de nómina o carta de la empresa certificando que el pago de la póliza se realizó por parte del Asegurado titular).
- c) Solicitud de pago debidamente requisitada y firmada por el Asegurado.
- d) Identificación oficial con fotografía y firma autógrafa del o los beneficiarios, para tal efecto puede presentar cualquiera de las siguientes: credencial para votar, pasaporte vigente, cédula profesional, cartilla del Servicio Militar Nacional, matrícula consular.
- e) Comprobante de domicilio con una antigüedad no mayor a tres meses pueden presentar: comprobante de luz, agua, teléfono, predial, estado de cuenta bancario.
- f) Original del consentimiento individual del seguro de vida si existiera o si se tuviera, con firma autógrafa del Asegurado, esto para casos de la cobertura adicional para Pago de Primas.

Es de señalar que en caso que el Asegurado sea reportado con un salario menor al reflejado en talón de pago o constancia de servicios, será necesario contar con la copia del último aviso de modificación del salario reportado al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

En caso que el Asegurado no sea identificado en los listados de la póliza que se afecte, será necesario solicitar el aviso del alta ante el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

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 07 de agosto de 2015 con el número CNSF-S0034-0321-2015 y sus coberturas adicionales con número BADI-S0034-0063-2015 a partir del día 13 de agosto de 2015 / CONDUSEF-000744-01.



MetLife México, S.A.

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 5328-7000, lada sin costo 01-800-00-METLIFE (638-5433) o en nuestro portal www.metlife.com.mx

En caso de incorformidad, podrás comunicarte con la Unidad Especializada de MetLife México, S.A. en los teléfonos 5528-9002 o lada sin costo en el 01 800-907-111, en el correo electrónico unidadespecializada@metlife.com.mx o en la dirección Boulevard Manuel Ávila Camacho número 32, piso SKL, 14 al 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, Código postal 11000, Ciudad de México.

También podrás comunicarte con la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) en los teléfonos 5340-0999 o lada sin costo 01-800-999-8080, en el correo electrónico asesoria@condusef.gob.mx y/o en la dirección Avenida Insurgentes Sur 762, Colonia del Valle, Delegación Benito Juárez, Código postal 03100, Ciudad de México, o en su portal www.condusef.gob.mx

Horarios de atención:

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

Viernes de 8:00 a 14:00 horas.

Centros de servicio

Reforma

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

Guadalajara

Pedro Moreno número 1677
PH1, Colonia Americana
Código postal 44100
Guadalajara, Jalisco
(atrás de Sanborns Vallarta)

Insurgentes

Avenida de los Insurgentes número 1738
planta baja, Colonia Florida
Código postal 01030, Delegación Álvaro Obregón
Ciudad de México
(estación del Metrobus Francia)

Monterrey

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

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

metlife.com.mx
01 800 00 METLIFE