

Certificado graves enfermedades y hospitalización / su salud

Para facilitar los trámites de este certificado, por favor llénalo con letra de molde y tinta negra. No será válido si presenta tachaduras o falta alguno de los datos solicitados.

Nombre del Contratante _____	Póliza número _____	Certificado número _____
Nombre del Asegurado titular _____	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Fecha de nacimiento _____	Puesto u ocupación _____	
Año Mes Día		
Coberturas	Suma Asegurada en pesos	
Indemnización por diagnóstico de neoplasia maligna (cáncer)	\$450,000.00	
Infarto al miocardio	\$450,000.00	
Invalidez total y permanente por accidente	\$450,000.00	
Cáncer de mama	Excluido	
Cáncer cérvico uterino	Excluido	
Cáncer de próstata	Excluido	
Indemnización diaria por hospitalización por cáncer	\$1,000.00	
Indemnización diaria por hospitalización por infarto	\$1,000.00	
Indemnización diaria por hospitalización por cáncer de mama	Excluido	
Indemnización diaria por hospitalización por cáncer cérvico uterino	Excluido	
Indemnización diaria por hospitalización por cáncer de próstata	Excluido	
Prima mensual con el Impuesto al valor agregado	\$173.00	
<p>Para las coberturas de cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, cáncer de próstata e indemnización por diagnóstico de neoplasia maligna (cáncer) ningún pago será procedente si el padecimiento objeto de la reclamación se presenta durante los primeros noventa (90) días a partir de la fecha de inicio de vigencia del certificado individual que corresponda.</p> <p>En caso de que no se exhiba dicho certificado en el momento de la reclamación de un siniestro, se tomará la Suma Asegurada vigente al momento del siniestro, previa verificación de que la persona aparece en el registro de asegurados.</p> <p>El Contratante y/o Asegurado ratifica que ha declarado todos los hechos importantes, para la correcta apreciación del riesgo tal y como los conoce al momento de la celebración del contrato, y que está consciente de que cualquier omisión de la información o inexacta declaración, al momento de realizar la contratación del mismo por cualquiera de los medios indicados en las condiciones generales, facultará a la compañía para rescindir de pleno derecho el presente contrato, aún cuando ello no haya influido en la realización del siniestro. Lo anterior con fundamento en lo dispuesto en los artículos 8, 9, 10 y 47 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.</p>		
Firmado en: _____	Firma del Asegurado _____	
Para efectos que pueda tener este certificado, hago constar que las declaraciones contenidas en él las he hecho personalmente y son del todo verídicas.		

MetLife Más, S.A. de C.V., Avenida Insurgentes Sur número 1457, piso 11, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, Código postal 03920, Teléfono: 5279 4542, Lada sin costo 01 800 640 2010, www.metlifemas.com.mx

Dando cumplimiento con lo dispuesto por el artículo 16 del reglamento del seguro de grupo para la operación de vida y del seguro colectivo para la operación de accidentes y enfermedades, se transcriben en su integridad los siguientes artículos, mismo que aplicarán según el seguro que le corresponda a las coberturas contratadas:

Artículo 17.- Las personas que ingresen al grupo o colectividad asegurado 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.

Artículo 18.- Las personas que se separen definitivamente del grupo o colectividad asegurado, 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.

UNE de MetLife Más, S.A. de C.V.

Para cualquier duda o aclaración, por favor contáctanos en el teléfono 5279 4542, lada sin costo 01 800 640 2010 o en nuestro portal www.metlifemas.com.mx

En caso de inconformidad, podrás contactar a la Unidad Especializada de MetLife Más, S.A. de C.V. en los teléfonos 5328-9002 o lada sin costo en el 01800-907-1111, en el correo electrónico unidadespecializada@metlife.com.mx o en la dirección Avenida Insurgentes Sur número 1457, piso 11, Colonia Insurgentes Mixcoac, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03920, 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, Alcaldía Benito Juárez, Código postal 03100, Ciudad de México o en su portal www.condusef.gob.mx

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número PPAQ-S0058-0017-2010 con fecha de 1 de junio de 2010.

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