

Condiciones Generales



 Principales Condiciones
Generales del Seguro de Vida

PRINCIPALES CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE VIDA

1. CONTRATO COMPLETO.

El contenido de la póliza, el certificado consentimiento individual, las modificaciones posteriores vía endosos y la relación de asegurados constituyen prueba del contrato de seguro celebrado entre el contratante y la compañía.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaran con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro). Este derecho se hace extensivo tanto al contratante como a los asegurados.

2. SUICIDIO.

La compañía únicamente pagará el saldo deudor del tarjetahabiente en la Tarjeta de Crédito Departamental en caso de que la muerte del asegurado ocurra por suicidio durante el primer año de haber ingresado a la colectividad.

Al término del primer año, el suicidio se pagará como muerte natural. Si el medio de pago del programa es Liverpool Premium Card Visa, consulte las coberturas del seguro de esta Tarjeta.

3. OBJETO DEL SEGURO.

De conformidad con las condiciones de la póliza y de sus cláusulas adicionales, en su caso, la compañía garantiza al contratante el pago del saldo insoluto de la Tarjeta de Crédito Departamental que tenga el asegurado, en el momento de fallecimiento, sin exceder de la suma asegurada máxima para el Titular de la cuenta, fijada en la carátula de la póliza. Este pago se hará contra carta de reclamación del contratante, copia certificada del acta de defunción y estados de cuenta último y anterior a la fecha de fallecimiento. La compañía tramitará el pago del saldo al contratante, vía transferencia electrónica en un plazo de 3 días hábiles, a partir de la fecha de recepción de la orden de trabajo. Para estos pagos no se analizarán enfermedades preexistentes o exclusiones por lo que no habrá en ningún caso reembolso a la compañía por parte del contratante.

Asimismo, en caso de muerte natural, la compañía pagará a los beneficiarios previamente designados.

Este pago se realizará vía transferencia electrónica a nombre de los beneficiarios una vez que cuente con la documentación completa y se determine el siniestro procedente.

En caso de que el asegurado fallezca a causa de muerte accidental, bajo las condiciones y limitantes de la póliza, la compañía pagará adicionalmente a los beneficiarios previamente designados vía transferencia electrónica a nombre de los beneficiarios una vez que se cuente con la documentación completa y el siniestro procedente bajo esta cobertura. El homicidio se pagará como muerte accidental, excluyendo riña, cuando el asegurado fue el provocador o actos delictivos en los que participe directamente.

Si un asegurado tuviere en vigor por la póliza más de un crédito, la compañía sólo pagará la suma asegurada

máxima indicada en la póliza por un crédito en cada submarca (Liverpool y Fábricas de Francia).

4. CRÉDITOS QUE NO CUBRE LA PÓLIZA.

Se considerarán excluidos de la presente póliza: Los créditos a cargo de deudores que no sean personas físicas.

5. ASEGURADOS.

Previo consentimiento, cada deudor persona física del contratante que llene los requisitos de admisión establecidos en la póliza, quedará automáticamente asegurado desde el momento en que se efectúe la adquisición de la línea de crédito y hasta que solicite su baja de la colectividad. En caso de que un crédito se otorgue mancomunadamente o bajo deudor solidario a dos o más personas, únicamente quedará asegurada la persona Titular de la cuenta. La compañía concederá seguro sin cobro alguno a los nuevos usuarios de la línea de crédito, por un plazo de 1 mes. Transcurrido 1 mes, empezará el cobro de primas.

6. TERMINACIÓN DEL SEGURO.

La responsabilidad de la compañía por cada deudor asegurado, cesará automáticamente: Por solicitud de baja por parte del asegurado.

Por cancelación de línea de crédito.

Por pago del beneficio.

Por omitir pago de prima dentro del plazo estipulado.

7. BENEFICIARIO.

Para la cobertura básica, el contratante es el beneficiario irrevocable, en virtud de que el objeto del seguro es garantizarle el pago del saldo insoluto de sus deudores, al ocurrir el fallecimiento, hasta la suma asegurada fija.

Para las coberturas adicionales, así como para el remanente, si existiera, de la cobertura básica contra el saldo liquidado al contratante, el beneficiario será aquel que el asegurado haya designado previamente.

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

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

Si los beneficiarios no tienen interés asegurable, pero están nombrados en el certificado consentimiento, será a estos a los que se les entregue los beneficios del seguro. En el caso de que no estén enunciados dentro del certificado consentimiento, se irá a juicio sucesorio.

8. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO Y EL PAGO DEL MISMO.

El contratante hará saber a los deudores la existencia de la póliza y los beneficios que de la misma derivan.

9. MONEDA.

Todos los pagos relativos al Contrato, ya sea por parte del contratante o de la compañía, se verificarán en moneda nacional, conforme a la ley monetaria vigente en la época de los mismos.

10. 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, pisos SKL, 14 al 20 y PH, Colonia Lomas de Chapultepec, Delegación Miguel Hidalgo, Código Postal 11000 México, Distrito Federal.

11. MODIFICACIONES.

Toda modificación al Contrato deberá constar por escrito mediante cláusulas o endosos previamente registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, los cuales deben estar firmados por el funcionario autorizado de MetLife, por lo que los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la misma carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

12. COMUNICACIONES.

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

13. 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.

14. EXCLUSIONES

En la cobertura de fallecimiento, queda excluido el fallecimiento derivado de cualquiera de las enfermedades preexistentes a la contratación del Seguro siguientes: cáncer o, infarto al miocardio o, diabetes mellitus o, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o, insuficiencia renal o, hipertensión arterial o, neumonía o, cirrosis hepática.

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

a. Que previamente a la celebración del Contrato, se

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

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

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

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

El Asegurado podrá, en caso de conflicto en relación con padecimientos preexistentes, una vez notificada la improcedencia de su reclamación por parte de MetLife, acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

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

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

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

Para la Cobertura de Muerte Accidental.

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 viajare 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. 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).

Adicionalmente, el certificado del Seguro, queda sujeto a las condiciones generales que se entregan al contratante y que obran en poder de Distribuidora Liverpool.

El asegurado podrá consultar copia de las Condiciones Generales Completas y transcripción de los artículos del reglamento del seguro de Grupo en www.liverpool.com.mx/pif

Las Condiciones Generales y la Nota técnica del seguro, están registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.