AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

Seguro de Accidentes Personales Colectivo

ÍNDICE

DEFINICIONES GENERALES

CONDICIONES GENERALES

EXCLUSIONES GENERALES

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE

INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN

INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDADES GRAVES

INDEMNIZACIÓN POR GASTOS FUNERARIOS

INDEMNIZACIÓN A CAUSA DE INFLUENZA

INDEMNIZACIÓN POR FRACTURA DE HUESOS

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL

EXPERIENCIA GLOBAL SIN DIVIDENDOS

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

DEFINICIONES GENERALES

Para efectos del presente contrato, se convienen como definiciones las siguientes:

Concepto	Definición
Accidente Cubierto	Lesión o incapacidad que afecte la integridad personal, salud o vigor vital del **Asegurado**, como consecuencia de un evento externo, violento, súbito y fortuito. En virtud de lo anterior, no serán cubiertas por este contrato de seguro la muerte ni las lesiones corporales causadas intencionalmente por el **Asegurado**. Todas las lesiones corporales sufridas por el **Asegurado** en un accidente, se considerarán como un solo evento.
Aeronave	Avión operado por una línea comercial autorizada para el transporte regular de **Pasajeros** en **Viajes** de itinerario regular, **excluyéndose vuelos privados (conocidos como vuelos charter).**
Asegurado	Toda persona física que quede amparada bajo la cobertura del seguro. Las coberturas contratadas para cada **Asegurado** se especifican en la carátula de la póliza.
Asegurado Titular	Es el **Asegurado** que ha contratado el seguro y que representa a sus **Dependientes Económicos**.
Compañía o Aseguradora	AIG Seguros México S. A. de C. V.
Contratante	Es aquella persona física o moral que ha solicitado la celebración del contrato para terceras personas y el responsable directo de pagar la prima a la **Compañía**.
Dependientes Económicos	Serán considerados como **Dependientes Económicos** del **Asegurado Titular** exclusivamente las siguientes personas: cónyuge; los ascendientes del **Asegurado Titular** y sus hijos siempre y cuando sean solteros y mantengan la condición de dependencia económica. Para efectos de esta definición no se considerará dependencia económica cuando el pariente perciba cualquier tipo de ingreso. Por disposición legal, **los menores de 12 años no estarán amparados por ninguna de las coberturas de muerte.**
Deducible	Cantidad a cargo del **Asegurado** que se le descuenta de la indemnización por cada evento.
Día	Periodo de 24 horas consecutivas
Edad	La **Edad** cronológica que tiene un **Asegurado** en una fecha determinada.

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

Enfermedad	Condición física caracterizada por una desviación patológica del estado saludable normal. Alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo que amerite tratamiento médico o quirúrgico diagnosticado por un **Médico** legalmente autorizado. Se considerarán dentro de un mismo evento de cáncer cubierto todas aquellas alteraciones, recaídas o recurrencias, complicaciones y secuelas que se deriven del tratamiento médico o quirúrgico de dicho padecimiento.
Gasto Usual y Acostumbrado	Se entenderá como tal, aquellos montos o valores de los gastos que se realicen, los cuales han sido fijados en el mercado, entre los prestadores de Servicios Médicos, Hospitalarios y la **Compañía**, en consideración de la naturaleza y calidad técnica de los servicios, a las características de las instalaciones y equipos Hospitalarios respectivos y a las circunstancias del tiempo y costo de utilización.
Hospitalización por Accidente	Internamiento del **Asegurado** en un **Hospital**, derivado de un **Accidente Cubierto**, bajo el cuidado y atención de un **Médico**, por un periodo mínimo de 24 horas continuas.
Hospital o Sanatorio	Institución legalmente autorizada para prestar servicios Hospitalarios ya sean médicos o quirúrgicos y que opera bajo la supervisión constante de un **Médico** acreditado como tal.
Hospitalización	Internamiento del **Asegurado** en un **Hospital**, derivado únicamente de un accidente o **Enfermedad** cubierta por la póliza, bajo el cuidado y atención de un **Médico**, con un periodo mínimo de 24 horas continúas.
Indemnización Diaria	Monto pagadero al **Asegurado** por cada **Día** de **Hospitalización**
Lugar de residencia	Lugar donde el **Asegurado** radica permanentemente, domicilio habitual. Sólo estarán protegidas bajo este seguro las personas que radiquen permanentemente y que su domicilio habitual sea dentro de la República Mexicana.
Médico	Persona calificada que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la misma.
Ocupación	Actividad desempeñada por el **Asegurado** y de la cual percibe un salario de manera periódica.
Pasajero	Es la persona física que hace uso del **Transporte Público**, cuyo boleto o costo de pasaje haya sido pagado, sin incluir el personal que se encuentre de servicio en el mismo.

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

Periodo de Cobertura	Los beneficios que cubran muerte Accidental, **Pérdidas Orgánicas** y/o Invalidez Total y Permanente tendrán un **Periodo de Cobertura** (según la opción contratada) desde el **Día** que ocurra el evento y hasta 90 o 180 **Días** naturales después de la ocurrencia de éste, según se indique en la carátula de la póliza. Si el accidente ocurre fuera de estos plazos, aun cuando se derive de un **Accidente Cubierto**, no habrá cobertura y la **Compañía**, no será responsable de indemnización alguna.
Periodo de Espera	Es el periodo de tiempo durante el cual, si ocurre un siniestro, no estará cubierto. El **Periodo de Espera** inicia en la fecha de inicio de vigencia de este seguro señalada en la carátula de la póliza y termina una vez que hayan transcurrido el número de **Días** que señale la carátula como **Periodo de Espera**. Este periodo podrá ser de un mes y hasta seis meses, según sea contratado.
Preexistente	Es aquella afección o patología, que antes del inicio de la vigencia de la póliza: A) Fue diagnosticada por un **Médico**; o B) Provocó un gasto o C) Fue aparente a la vista; o, D) Fue de las que, por sus síntomas o signos, no pudieron pasar desapercibidas.
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	Tiene el significado que la Organización Mundial de la Salud le atribuye; el SIDA incluirá el HIV (Virus de Inmunodeficiencia Humana), Encefalopatía (Demencia), Síndrome de Debilitamiento del HIV y "ARC" (Asociación de Síntomas Relacionados con el SIDA).
Transporte Público	Vehículo marítimo, terrestre o avión autorizado para trasladar **Pasajeros**, con ruta establecida y sujeto a sujeto a itinerarios regulares, **excluyéndose vuelos charter.**
Unidad de Terapia Intensiva	Sala de un **Hospital** que funciona las 24 horas y que se destina a la atención de pacientes gravemente enfermos, mediante servicios médicos especiales y equipo no disponibles en una sala común de recuperación, post-operatoria u otras salas de cuidados no intensivos.
Viaje	Recorrido que realice el **Asegurado** (sin importar que se traslade por aeronave, medio acuático o terrestre) con dirección a un destino final que se localice a más de 50 kilómetros de distancia de su lugar habitual de residencia o de regreso.

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

CONDICIONES GENERALES

1. Contrato de Seguro
Este contrato de seguro ampara las coberturas que se señalen como expresamente contratadas o amparadas en la carátula de la póliza.
La solicitud, carátula de la póliza, las condiciones particulares o especificaciones, estas condiciones generales y, en su caso, los endosos constituyen el contrato de seguro celebrado con la **Aseguradora**. Los mencionados documentos aislados, no harán prueba del contrato de seguro.

2. Vigencia
La carátula de la póliza indicará la vigencia del seguro contratado.

3. Omisiones o Inexactas Declaraciones
El **Contratante** está obligado a declarar por escrito a la **Compañía** todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración de este contrato.
La omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refiere el párrafo anterior, facultará a la **Compañía** para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.
Esta cláusula solo es aplicable para aquellos supuestos en que los **Asegurado**s se den de alta después de los 30 **Días** naturales de haber adquirido el derecho a formar parte de la colectividad.

4. Edad
Se considera como **Edad** del **Asegurado** la que haya cumplido en su aniversario inmediato anterior a la fecha de inicio de vigencia de la póliza.
La **Edad** declarada por el **Asegurado** deberá comprobarse legalmente ante la **Compañía** por una sola vez, y se hará constar en la póliza o en cualquier otro comprobante, la fecha y forma en que se acreditó la **Edad** y ante quién se hizo.
En caso de falsa declaración de la **Edad**, la suma asegurada será incrementada o disminuida con base en la prima pagada.
Si por cualquier causa la póliza ha sido emitida a favor de una persona cuya **Edad** se encuentre fuera de los límites establecidos en el beneficio contratado, la obligación de la **Compañía** se limitará a devolver al **Asegurado** la reserva matemática del contrato a la fecha de rescisión.

5. Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro
En términos de lo dispuesto por el 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 30 **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.
Los agentes o cualquier otra persona no autorizada por la **Compañía**, carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones. Estas modificaciones o concesiones, en su caso, podrán ser tramitadas por medio de los agentes de seguros, pero sólo serán válidas cuando conste por escrito el consentimiento de la **Compañía**.

6. Prescripción
Todas las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en dos años, contados en los términos del artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo en los casos de excepción previstos en el artículo 82 de la misma ley.
La prescripción se interrumpirá, no solo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por las causas y en los términos a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

VÁLIDAS SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

7. Moneda

Todos los pagos que el **Asegurado** y la **Compañía** deban realizar conforme a este contrato, se harán en moneda nacional conforme a la Ley Monetaria vigente en los Estados Unidos Mexicanos, a la fecha de pago.

En el caso de que la póliza se contrate en dólares, se indemnizará conforme al tipo de cambio vigente publicado en el Diario Oficial de la Federación por el Banco de México en la fecha de pago.

8. Competencia

En caso de controversia, el **Asegurado** o sus beneficiarios podrán hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de consultas, reclamaciones o aclaraciones de la **Aseguradora** o en la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), dentro del término de dos años, contados a partir de que se presente el hecho que le dio origen, a partir de la negativa de la **Aseguradora** a satisfacer las pretensiones del **Asegurado** o las de su beneficiario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

Después de un procedimiento de conciliación ante la CONDUSEF, en caso de que las partes no se sometan al arbitraje de la misma, se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda y el reclamante puede solicitar a la CONDUSEF, la emisión de un dictamen técnico, siempre que del expediente se desprendan elementos que a juicio de la CONDUSEF permitan suponer la procedencia de lo reclamado y que se trate de asuntos de cuantías inferiores a seis millones de unidades de inversión (considerando suerte principal y sus accesorios).

En todo caso, queda a elección del reclamante, acudir ante la Unidad Especializada de Atención, Consultas y Reclamaciones de la **Aseguradora** y/o al procedimiento conciliatorio de CONDUSEF o directamente ante el un juez competente.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la CONDUSEF. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo, será nulo.

9. Nuevos Asegurados

En el caso en que se haya contratado un Plan Familiar y mediante el pago de una prima adicional, los hijos que nazcan durante la vigencia de la póliza, podrán ser incluidos en el seguro, a partir del sexto mes de su nacimiento. Lo anterior no será aplicable para el caso beneficios que cubran Accidentes.

10. Terminación Anticipada

No obstante el término de vigencia de este contrato, el **Asegurado** podrá darlo por terminado anticipadamente en cualquier tiempo, dando aviso por escrito a la **Compañía**. En este caso, la terminación anticipada surtirá efectos el **Día** y hora en que se presente el aviso a la **Compañía**. La **Compañía** tendrá derecho al gasto de administración así como a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual la póliza hubiere estado en vigor, de acuerdo con la siguiente tarifa para seguros a corto plazo:

Para contratos de seguro con vigencia anual:

- Hasta tres meses, corresponde a la **Compañía** el 40% del total de la prima.
- Hasta cuatro meses, el 50%
- Hasta cinco meses, el 60%
- Hasta seis meses, el 70%
- Hasta siete meses, el 75%
- Hasta ocho meses, el 80%
- Hasta nueve meses, el 85%
- Hasta diez meses, el 90%
- Hasta once meses, el 95%

Los costos de adquisición no son reembolsables.

VÁLIDO SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

11. Terminación Automática

Este contrato terminará automáticamente, sin necesidad de aviso alguno, en los supuestos siguientes:

- En la fecha de término de vigencia indicada en la carátula de la póliza y/o certificado.
- Al final de la vigencia en la que el **Asegurado** cumpla la **Edad** máxima de aceptación indicada en la carátula de la póliza o mediante endoso, sin que pueda renovarse.
- Al concluir el periodo de gracia indicado en el numeral 21 que aparece más adelante, sin haberse efectuado el pago de la prima.
- En los casos específicamente previstos en cada una de las coberturas contratadas.
- Para cada **Asegurado**, todas las coberturas contratadas terminarán automáticamente, cuando el Dependiente Económico deje de tener esta condición.
- Por fallecimiento del **Asegurado**.

12. Interés Moratorio

En caso de que la **Aseguradora**, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización correspondiente en los términos del artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, que se transcribe a continuación, se obliga a pagar al **Asegurado** una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el artículo 276 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, que también se transcribe a continuación. Dicho interés se computará a partir del **Día** siguiente a aquél en que se haga exigible la obligación.

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

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

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

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

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

*IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por **Día**, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el **Día** en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de **Días** correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;*

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición;

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

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

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

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

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

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

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

*IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 **Días** de Salario.*

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

13. Beneficiarios

Cada **Asegurado** mayor de **Edad**, tendrá derecho a designar a un tercero como Beneficiario, sin necesidad del consentimiento de la **Compañía**. El **Asegurado** deberá notificar el cambio por escrito a la **Compañía**, indicando el nombre del nuevo Beneficiario y remitiendo la póliza para su anotación.

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

Cada **Asegurado**, aún en el caso de que haya designado en la póliza a un tercero como Beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho derivado de éste, por acto entre vivos o por causa de muerte.
Si sólo se hubiere designado un Beneficiario y éste muriere antes o al mismo tiempo que el **Asegurado** y no existiere designación de nuevo Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del **Asegurado**, salvo pacto que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación.
El derecho de revocar la designación del Beneficiario cesará solamente cuando el **Asegurado** haga renuncia de él y, además, lo comunique al Beneficiario y a la **Compañía**. La renuncia se hará constar forzosamente en la póliza, y esta constancia será el único medio de prueba admisible.
Si el **Asegurado** omitiere expresar el grado de parentesco o designare como Beneficiarios de su póliza a personas que no deben suceder como herederos y faltare indicación precisa de la porción que corresponda a cada una, el seguro se distribuirá entre todas ellas por partes iguales.
La **Compañía** efectuará el pago de la indemnización correspondiente conforme a la última designación de Beneficiarios que tenga registrada, quedando liberada de las obligaciones contraídas por este contrato.
Al desaparecer alguno de los Beneficiarios, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás.
Cuando no haya Beneficiario designado, el importe del seguro se pagará a la sucesión legal del **Asegurado**. La misma regla se observará, salvo estipulación en contrario, en caso de que el Beneficiario y el **Asegurado** mueran simultáneamente, o cuando el Beneficiario o los Beneficiarios designados mueran antes que el **Asegurado**, sin que se hubiese designado algún Beneficiario substituto.

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.

14. Cesión del Contrato de Seguro
El **Asegurado** no puede ceder, transferir o asignar este contrato a cualquier otra persona(s), sin que exista previo acuerdo por escrito entre el **Asegurado** y la **Compañía**. En caso contrario este contrato quedará invalidado.

15. Modificaciones al Contrato
Este contrato puede ser modificado por acuerdo entre las partes, mismo que se hará constar por escrito.

16. Fraude, Dolo o Mala Fe
Las obligaciones de la **Compañía** quedarán extinguidas si:
- Si el **Asegurado**, el Beneficiario o sus representantes, con el fin de hacer incurrir en error a la **Compañía** disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones.
- Si, con igual propósito, no entregan a tiempo a la **Compañía**, la documentación solicitada.
- Si hubiere en el siniestro o en la reclamación, dolo o mala fe del **Asegurado**, del Beneficiario, del causahabiente o de los apoderados o representantes de cualquiera de ellos.
- Si el Siniestro ocurre por culpa grave del **Asegurado**.

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

17. Idioma
Cualquier traducción de este contrato es por cortesía, pero en todo caso, prevalecerá la versión en español.

18. Notificaciones
Todas las comunicaciones a la **Compañía** deberán hacerse por escrito directamente a las oficinas de está, en su domicilio. Las que se hagan al **Contratante** y/o **Asegurado** a sus causahabientes, se dirigirán al último domicilio que el **Asegurado** que haya comunicado al afecto por escrito a la **Compañía** o, en su defecto, en el que aparezca en la carátula de la póliza y/o certificado. Todas las notificaciones se tendrán como hechas el mismo **Día** y se entenderán con cualquier persona que reciba la misma en el domicilio correspondiente.

19. Títulos y Definiciones
Los títulos de las cláusulas contenidos en este contrato son para comodidad de referencia únicamente y no agregan significado alguno al presente contrato. En este documento, las palabras con mayúscula inicial tienen un significado especial y se encuentran definidas.

20. Comisiones a los Agentes de Seguro
Durante la vigencia de la póliza, el **Contratante** podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez **Días** hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

21. Prima
El **Asegurado** pagará a la **Aseguradora**, por concepto de prima, el monto señalado en la carátula de la póliza. La prima vencerá en el momento de la celebración del presente contrato.
Si el **Asegurado** opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración. En este caso, si aplica una tasa por financiamiento, se indicará en la carátula de la póliza.
En caso de siniestro, la **Aseguradora** deducirá de la indemnización debida el total de la prima pendiente o las fracciones de ésta no liquidadas del riesgo afectado, hasta completar la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.
Si no hubiese sido pagada la prima o la fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término de 30 **Días** naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato de seguro cesarán automáticamente a las doce horas del último **Día** de ese plazo. El depósito de la prima o fracción de ella fuera de los plazos estipulados anteriormente, no se considerará una aceptación incondicional de pago, por lo que, para que dicho depósito unilateral sea considerado como pago, estará sujeto a la condición de que el **Asegurado** declare por escrito a la **Aseguradora** que, durante el periodo que dejó de pagar en tiempo la prima, no ocurrió siniestro alguno y a que la **Aseguradora** acepte dicho pago en forma expresa.
Cualquier pago de prima a la **Aseguradora**, deberá ser hecho en el domicilio de ésta, contra entrega del recibo correspondiente. Esta disposición no se entenderá novada en ningún caso, salvo en el supuesto de que el pago se haga mediante cargo automático en cuenta bancaria o tarjeta de crédito. El estado de cuenta en donde aparezca dicho cargo hecho por la **Aseguradora**, hará prueba del pago. En caso de que dicho cargo no pueda realizarse por causas imputables al **Asegurado**, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia.
Por lo que se refiere a los pagos extemporáneos, entendidos como los pagos realizados fuera del periodo de gracia, éstos siempre deberán realizarse, sin excepción, en el domicilio de la **Aseguradora**.

22. Cláusula de Arbitraje Médico
Sólo en el caso de rechazo por condiciones médicas **Preexistentes**, el **Asegurado** podrá acudir a un procedimiento arbitral para resolver las controversias que se susciten por preexistencia.

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

El procedimiento arbitral se llevará a cabo conforme a lo siguiente:

22.1 Demanda

El actor tendrá treinta **Días** hábiles, contados a partir del **Día** siguiente al que conozca de la negativa de la indemnización, para presentar a la **Compañía** su demanda, la cual deberá de hacer mención de los hechos en los que se funda, los puntos controvertidos, las prestaciones que reclama.

La demanda deberá de firmarse por el reclamante o por su representante legal debidamente facultado y deberá acompañarse de las pruebas que ofrezca.

22.2 Contestación

El demandado deberá de contestar por escrito los puntos controvertidos dentro de los treinta **Días** hábiles siguientes a la notificación de la demanda.

22.3 Nombramiento de Árbitro

El árbitro nombrado deberá ser independiente y en el procedimiento intervendrá un solo árbitro, el cual será nombrado por acuerdo entre las partes.

El escrito de demanda deberá contener el nombre y domicilio del árbitro que el reclamante propone. El escrito de contestación deberá contener la aceptación o nueva propuesta de árbitro de la demandada.

La parte que propuso al árbitro deberá de notificar al árbitro designado para que acepte su cargo.

En caso de que las partes no se pongan de acuerdo en el nombramiento del árbitro en un plazo de cuarenta **Días** hábiles siguientes a la notificación de la demanda, el árbitro será fijado por un juez en términos de lo dispuesto en la fracción III del artículo 1427 del Código de Comercio.

22.4 Desahogo de pruebas

El árbitro desahogará las pruebas ofrecidas en la demanda y contestación y decidirá si es necesario celebrar alguna audiencia.

El periodo probatorio deberá concluirse en un plazo de tres meses contado a partir de la fecha de aceptación del cargo del árbitro.

22.5 Alegatos

Una vez concluido el periodo probatorio, el árbitro notificará a las partes el inicio de un periodo de quince **Días** hábiles para que las partes formulen alegatos por escrito.

22.6 Laudo

Concluido el periodo de alegatos, el árbitro tendrá tres meses para emitir y notificar a las partes su laudo el cual vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.

El árbitro decidirá con arreglo al texto del condicionado del contrato de seguro aplicable y deberá motivar su decisión. La Ley Sobre el Contrato de Seguro y la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, deben de regir el fondo del asunto.

22.7 Traslados

De todas las declaraciones, documentos probatorios, peritajes o demás información que una de las partes presente al árbitro, se dará traslado a la otra parte en la misma fecha.

22.8 Domicilios:

Las notificaciones del procedimiento arbitral se harán:

- Para la **Compañía**: en su domicilio ubicado en Insurgentes Sur 1136, Colonia del Valle, C.P. 03219, Delegación Benito Juárez, México, Distrito Federal.
- Para el **Asegurado**: en el domicilio que señala la carátula de la póliza.
- Para el Árbitro designado: en el domicilio que éste informe a las partes al aceptar su cargo.

Todas las notificaciones se harán mediante servicios privados de mensajería y se tendrán por hechas el **Día** que se reciban. La negativa de una de las partes a recibir el documento que se notifica no será causa para no tener por notificado el documento.

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

22.9 Costos del Arbitraje
En caso de haber arbitraje, este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y será liquidado por la **Compañía**, con excepción de los gastos de **Viaje** y costos de asesoría pericial del reclamante.

22.10 Lugar del Arbitraje
El lugar del arbitraje será el domicilio de la **Compañía**.

22.11 Supletoriedad
En todo lo no previsto en la presente cláusula aplicará lo dispuesto en el título cuarto del Código de Comercio.

23. Procedimiento de Indemnización
23.1 Aviso
Cualquier evento que pueda originar una indemnización, en los términos de este contrato, deberá ser notificado por escrito a la **Compañía** tan pronto como sea posible, pero en ningún caso con posterioridad a 5 **Días** naturales siguientes a que ocurra el siniestro, salvo en los casos fortuitos o de fuerza mayor, en donde el aviso deberá darse tan pronto como desaparezca el impedimento. La falta de aviso en el plazo mencionado anteriormente, facultará a la **Compañía** a reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

23.2 Pruebas
El reclamante deberá presentar a su costa, a la **Compañía**, además de las formas de declaración que ésta le proporcione, las pruebas de los hechos y documentos relativos que den origen a la reclamación.
Al tramitarse alguna reclamación relacionada con este contrato, la **Compañía** tendrá el derecho de practicar, a su costa, exámenes médicos al **Asegurado**, así como comprobar la veracidad de los hechos declarados por el **Asegurado**, Beneficiario o sus representantes.

23.3 Pago de Indemnizaciones
La **Compañía** pagará las indemnizaciones por fallecimiento a los Beneficiarios designados.
Las indemnizaciones que se originen por eventos diferentes de fallecimiento, serán pagadas al **Asegurado Titular**.
En las coberturas que proporcionen **Indemnización Diaria**, la **Compañía** y el **Asegurado Titular** podrán pactar que los pagos sean efectuados semanalmente o mensualmente.
La **Compañía** efectuará el pago de la indemnización en su domicilio, dentro de los 30 **Días** siguientes a la fecha en que reciba las pruebas que fundamenten la reclamación, de lo contrario aplicará lo dispuesto en la cláusula 13 anterior.

24. Límite de Suma Asegurada
Todas las coberturas tendrán como máxima indemnización la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza y/o en el certificado.
En el caso de contratar coberturas de reembolso de gastos, cada pago que haga la **Compañía** se descontará de la suma asegurada, hasta agotarse la misma o, en caso de reembolso de Gastos Médicos, hasta la recuperación del estado de salud o vigor vital respecto del evento cubierto que haya afectado al **Asegurado**, lo que suceda primero.

25. Renovación
Si dentro de los últimos veinte **Días** naturales de vigencia de cada periodo, el **Asegurado** o **Contratante** no da aviso por escrito de su voluntad de no renovar este seguro, la **Aseguradora** podrá renovar este seguro 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 previstos en el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y **Enfermedades** en la fecha de vencimiento del

VÁLIDO SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

contrato. En cada renovación se aplicarán las primas de tarifa obtenidas conforme a los procedimientos registrados ante la Comisión en las notas técnicas respectivas. **En este caso de incremento, la Compañía informará al Asegurado o Contratante, con al menos veinte Días hábiles de anticipación a la renovación de la póliza, los nuevos valores de la prima.**

Con excepción de las coberturas de Gastos Médicos, no se podrá condicionar la continuidad de la atención del siniestro a la renovación de este seguro.

26. Obligaciones del Contratante

Es obligación del **Contratante** de dar aviso o remitir información periódica a la **Aseguradora**, respecto de lo siguiente:

I. El ingreso a la colectividad de integrantes nuevos, así como informar cuando el objeto del contrato de Seguro Colectivo sea el de garantizar prestaciones u obligaciones a cargo del mismo **Contratante**; y

II. La separación definitiva de Integrantes de la colectividad asegurada;

III. Cualquier cambio que se opere en la situación de los **Asegurado**s que afecte las condiciones del riesgo o la aplicación de las reglas para determinar las sumas aseguradas, y

IV. En caso de modificación de las reglas para la determinación de las sumas aseguradas, señalando la forma en que se administrarán.

El **Contratante** cumplirá con la obligación a la que se refiere esta cláusula de la siguiente forma:

1. Si el **Contratante** lleva a cabo la administración de la póliza, éste llevará el control de las altas y bajas de la colectividad y al final de la vigencia, se notificarán las mismas a la **Compañía**, realizándose un endoso de ajuste. En caso de siniestro y en cualquier momento, la **Aseguradora** podrá requerir al **Contratante** de la confirmación de alta de los **Asegurado**s.
2. En cualquier otro caso distinto al anterior, el **Contratante** deberá notificar, mediante correo electrónico, a la dirección que le indique la **Aseguradora**, las altas y bajas, dentro de los primeros 10 **Días** naturales de cada mes.

Es también obligación del **Contratante**, hacer del conocimiento de los **Asegurado**s toda la información relativa al presente contrato de seguro incluyendo el nombre, teléfono y domicilio de la **Aseguradora**, la operación de seguro, el número de la póliza y del Certificado, la fecha de vigencia de la póliza y del Certificado, la suma asegurada o reglas para determinarla en cada beneficio.

No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, en todos los casos, el **Asegurado** podrá solicitar a la **Aseguradora** el Certificado correspondiente.

27. Administración de la Póliza

En caso de que la **Aseguradora** y el **Contratante** hayan convenido que la administración de la póliza será llevada a cabo por este último, la **Aseguradora** tendrá acceso a la información correspondiente, a efectos de cumplir en tiempo y forma con lo establecido previsto 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.

28. Ingresos y Bajas a la colectividad

Las personas que ingresen a la colectividad **Asegurado** con posterioridad a la celebración del contrato y que hayan dado su consentimiento para ser **Asegurado**s 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 de la colectividad de que se trate.

Con independencia de lo previsto en el párrafo anterior, tratándose de personas que soliciten su ingreso a la 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

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

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.
Las personas que se separen definitivamente de la 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.

29. Seguro como Prestación Laboral
En caso de que este seguro tenga por objeto otorgar una prestación laboral:
a) la **Aseguradora** podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes de la colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.
b) Cuando exista cambio de **Contratante**, la **Aseguradora** podrá rescindir el contrato o rechazar la inclusión de nuevos Integrantes a la Colectividad, dentro de los treinta **Días** naturales siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del cambio. En este caso, sus obligaciones terminarán a las doce horas del **Día** siguiente de haber sido notificada la rescisión del contrato 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 los beneficios derivados de ese contrato, apegándose a lo previsto en los artículos 7 y 8 del Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y **Enfermedades**.

30. Dividendos
La póliza NO contempla el otorgamiento de dividendos de acuerdo a la siniestralidad presentada, conforme a la definición técnica y legal de éstos y en los términos de la legislación correspondiente a tal efecto.

31. Condiciones Especiales, Particulares y Generales,
Al recibir esta carátula de póliza, se entregan también las condiciones especiales, particulares y generales que integran su contrato de seguro. Las condiciones generales pueden ser también consultadas en la página www.aig.com.mx.

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

EXCLUSIONES GENERALES

No obstante que cada beneficio contratado prevé sus propias exclusiones, a continuación se enlistan las exclusiones que aplican a todos los beneficios:

La Compañía no pagará la indemnización por un siniestro ocurrido durante la vigencia de este contrato de seguro, cuando éste tenga origen en cualquiera de los siguientes eventos o circunstancias, o cuando ocurra en las situaciones que se describen a continuación:

1. Condiciones Médicas Preexistentes

La Compañía podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o Enfermedad Preexistente cuando cuente con alguna de las pruebas que se señalan en los siguientes casos:

- **Declaración (previa a la celebración del contrato de seguro) de la existencia de dicho padecimiento y/o Enfermedad o,**
- **Expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado o,**
- **Pruebas de laboratorio o gabinete o, cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.**

La Compañía también podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o Enfermedad Preexistente cuando previamente a la celebración del contrato de seguro, el Asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

Independientemente de lo anterior, cuando la Compañía cuente con pruebas documentales de que el Asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico y/o tratamiento 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 sobre la procedencia de la reclamación.

Esta exclusión no será aplicable si el Asegurado se sometió al examen médico solicitado de manera específica por la Compañía, por lo que no podrá aplicársele la exclusión de preexistencia respecto de Enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

2. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto cuando se demuestre que fue un Accidente para el Asegurado.

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

3. **Lesión o muerte por radiaciones ionizantes, fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.**

4. **Lesiones o Accidentes derivados de la participación directa del Asegurado como sujeto activo del delito, en actos delictivos de carácter intencional.**

5. **La práctica profesional de cualquier deporte.**

6. **Cualquier accidente que ocurra cuando el Asegurado conduzca o aborde una motocicleta, motoneta, o vehículo de motor similar.**

7. **Eventos ocurridos por la práctica de paracaidismo, alpinismo, charrería, esquí, tauromaquia y cualquier tipo de deporte aéreo.**

8. **No se cubrirán los accidentes originados por la práctica del buceo cuando:**
   - **No se cuente con la licencia respectiva, y/o**
   - **No se esté bajo la supervisión de instructores capacitados, y/o**
   - **La inmersión sea superior a 40 metros**

9. **Eventos ocurridos en pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo, en las que participe el Asegurado.**

10. **Lesiones o muerte del Asegurado en riña, cuando éste la haya provocado.**

11. **Lesiones o muerte del Asegurado en servicio militar.**

12. **Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una Aeronave, a menos que viajare en ella como Pasajero.**

13. **Accidentes originados o causados por culpa grave del Asegurado. En todo caso, se entenderá por culpa grave del Asegurado el encontrarse en estado alcohólico o bajo influencia de drogas, enervantes o estimulantes no prescritos médicamente. Se entiende por estado alcohólico la presencia de un nivel mayor a 150 miligramos de alcohol, sobre 100 mililitros de sangre del Asegurado, al momento de ocurrir el Accidente.**

14. **Indemnizaciones por o resultantes de, que contribuyan a, o agravados como consecuencia directa, accidentales o intencionales, deliberados o no deliberados, directos o indirectos, próximos o remotos o en todo o en parte causados por cualquiera de los siguientes acontecimientos:**
    - **Guerra (declarada o no), invasión, acción bélica en tiempos de paz o de guerra, actos de enemigos extranjeros, hostilidades, guerra civil y/u operaciones similares, incluyendo acción encubierta, combate o defensa en contra del ataque real, impedimento de tal ataque o ataque esperado: por gobierno (de derecho o de hecho) o poder usurpado o por cualquier**

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

autoridad mantenida o usando el poder militar, naval, fuerza aérea o por un agente de cualquiera de dichos gobiernos, poder, autoridad o fuerza.

- **Motín, conmoción civil asumiendo la proporción de o amotinamiento popular, insurrección, rebelión, revolución, militar o por usurpación de poder, o acción tomada por la autoridad gubernamental en impedirlo, combatirlo o defenderse contra dicha ocurrencia, ataque o destrucción;**
- **Actos de terrorismo, cometidos por una o varias personas actuando a nombre de o en conexión con cualquier organización.**
- **Para el propósito de esta condición, terrorismo significa el tipo penal descrito en el artículo 139 del Código Penal Federal, es decir, el uso de explosivos, sustancias tóxicas, armas de fuego o por incendio, inundación, o por cualquier otro medio violento, por el que se realicen actos en contra de las personas, las cosas o servicios al público, que produzcan alarma, temor, terror en la población o en un grupo o sector de ella, para perturbar la paz pública o tratar de menoscabar la autoridad del estado o presionar a la autoridad para que tome una determinación.**
- **Secuestro, cualquier ataque ilegal, ilícito o ejercicio injusto del control de cualquier medio de transportación, incluyendo pero no limitado a aviones, vehículos acuáticos, camiones, trenes o automóviles, incluyendo cualquier intento de ataque o control, hecho por cualquier persona o personas**

15. **Infecciones, con excepción de las que resulten de lesiones derivadas de Accidentes.**

16. **Intervenciones quirúrgicas o tratamientos, de carácter preventivo.**

17. **Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, excepto las reconstructivas que resulten indispensables y que sean derivadas de un Accidente.**

18. **Tratamientos quiroprácticos, naturistas o de acupuntura.**

19. **Hernias o eventraciones.**

Falta de Cobertura

ESTE CONTRATO NO ES UN SEGURO DE VIDA, sino un contrato de seguro que cubre Accidentes ocurridos al Asegurado y, en caso de contratarlas y así constar expresamente en la carátula de la póliza, incluirán otras coberturas.

POR LO ANTERIOR, NO ESTARÁN CUBIERTOS NINGUNO DE LOS EVENTOS O SITUACIONES SIGUIENTES:

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

- **Con excepción de haber contratado la cobertura de reembolso de gastos funerarios o de Enfermedades graves, no está cubierta la muerte del Asegurado que no se derive de un Accidente.**
- **Suicidio del Asegurado y tentativa de éste.**
- **Lesiones auto infringidas, cometidas por el Asegurado, cualquiera que sea su estado mental.**

En los términos convenidos, este contrato de seguro cubre Accidentes, solo en caso de que cada cobertura contratada lo establezca expresamente, estarán cubiertas Enfermedades que no se encuentren enlistadas en las exclusiones, así como siniestros derivados de Robo o tentativa de éste.

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL BÁSICA

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA
La **Compañía** pagará la suma asegurada a los beneficiarios de esta cobertura, si el **Asegurado** fallece dentro del **Periodo de Cobertura** que señale la carátula de la póliza, a consecuencia de un **Accidente Cubierto**.

La Compañía no pagará la indemnización por un siniestro ocurrido durante la vigencia de este contrato de seguro, cuando éste tenga origen en cualquiera de los siguientes eventos o circunstancias, o cuando ocurra en las situaciones que se describen a continuación:

- **Que la muerte del Asegurado se produzca en ejecución de un robo o tentativa de este en agravio del Asegurado.**
- **Que la muerte del Asegurado se produzca por un ataque directo y premeditado en contra del Asegurado.**
- **La muerte derivada del secuestro del Asegurado.**

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA
La **Compañía** pagará la suma asegurada a los beneficiarios de esta cobertura, si el **Asegurado** fallece dentro del **Periodo de Cobertura** que señale la carátula de la póliza, a consecuencia de un **Accidente Cubierto** o por Homicidio.

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL COLECTIVA

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA
La **Compañía** pagará la suma asegurada a los beneficiarios de esta cobertura, si el **Asegurado** fallece dentro del **Periodo de Cobertura** que señale la carátula de la póliza, a consecuencia de un **Accidente Cubierto Colectivo**.

Para efectos de esta cobertura se conviene la definición siguiente:

VÁLIDAS SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

Concepto	Definición
Accidente Cubierto Colectivo	Es el **Accidente Cubierto** que ocurre: o Mientras el **Asegurado** viaja como **Pasajero**, en un **Transporte Público** o; o Mientras viaje como **Pasajero** en un ascensor que opere para servicio al público (con excepción de elevadores de mina) o; o A causa de un incendio en cualquier teatro, hotel u otro edificio abierto al público, en el cual se encuentre el **Asegurado** al iniciarse tal evento.

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL EN VIAJE

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA
La **Compañía** pagará la suma asegurada a los beneficiarios de esta cobertura, si el **Asegurado** fallece dentro del **Periodo de Cobertura** que señale la carátula de la póliza, a consecuencia de un **Accidente Cubierto** durante un **Viaje**.

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL DE TRÁNSITO

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA
La **Compañía** pagará la suma asegurada a los beneficiarios de esta cobertura, si el **Asegurado** fallece dentro del **Periodo de Cobertura** que señale la carátula de la póliza, al encontrarse el **Asegurado** como conductor u ocupante de un vehículo automotor privado o de alquiler; o si el **Asegurado** es atropellado por cualquier clase de vehículo automotor, al transitar como peatón en la vía pública.

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL EN VIAJE AÉREO

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA
La **Compañía** pagará la suma asegurada a los beneficiarios de esta cobertura, si el **Asegurado** fallece a bordo de una **Aeronave**, o al subir o descender de la misma en escalas normales u obligadas o durante su estancia en el lugar de la escala normal u obligada.

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

La **Compañía** pagará también la indemnización de esta cobertura, en caso de que el **Asegurado** desaparezca a consecuencia del accidente de la **Aeronave** en la que viajare como **Pasajero**, aun cuando su cuerpo no haya sido localizado, requiriéndose, en este caso, que hayan transcurrido seis meses a partir de la fecha en que haya ocurrido el accidente de la **Aeronave** para proceder al pago de la indemnización que corresponda.

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PRIVADO

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará la suma asegurada a los beneficiarios de esta cobertura, si el **Asegurado** fallece dentro del **Periodo de Cobertura** que señale la carátula de la póliza, a consecuencia de un **Accidente Cubierto** mientras el **Asegurado** se encuentre como conductor u ocupante de un vehículo automotor privado, que no esté destinado al servicio público de pasajeros.

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PÚBLICO

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará la suma asegurada a los beneficiarios de esta cobertura, si el **Asegurado** fallece dentro del **Periodo de Cobertura** que señale la carátula de la póliza, a consecuencia de un **Accidente Cubierto**, mientras el **Asegurado** se encuentre como **Pasajero** en un Transporte Público.

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL POR ROBO

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará la suma asegurada a los beneficiarios de esta cobertura, si el **Asegurado** fallece dentro del **Periodo de Cobertura** que señale la carátula de la póliza, a consecuencia de haber sido víctima de un robo o tentativa de éste.

Esta cobertura no será válida si el Asegurado es el sujeto activo del delito de robo.

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL POR ROBO EN CAJERO AUTOMÁTICO

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará la suma asegurada a los beneficiarios de esta cobertura, si el **Asegurado** fallece dentro del **Periodo de Cobertura** que señale la carátula de la póliza, a consecuencia de haber sido víctima de un robo o tentativa de éste, siempre que éste ocurra durante el uso de un cajero automático o electrónico o dentro de un área de 150 metros alrededor del cajero electrónico después de haber hecho uso del mismo.

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL ESCOLAR
(COBERTURA NACIONAL)

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará la suma asegurada a los beneficiarios de esta cobertura, si el **Asegurado** fallece dentro del **Periodo de Cobertura** que señale la carátula de la póliza, a consecuencia de un **Accidente Escolar Cubierto**.

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Accidente Escolar Cubierto	Es el **Accidente Cubierto** que ocurre durante: o La estancia del alumno **Asegurado** dentro de la institución educativa que se mencione en la carátula de la póliza, así como durante las actividades organizadas, autorizadas y supervisadas por las autoridades de la escuela, dentro del horario escolar o fuera de este horario, hasta un máximo de 72 horas continuas. o Los traslados directos e **Ininterrumpidos** de su hogar a la institución educativa y viceversa.
Ininterrumpido	Sin importar la ruta o el tiempo que tome el traslado, es el traslado del alumno **Asegurado** por cualquier medio de transporte terrestre o a pie, sin bajarse de ese medio de trasporte (o detenerse cuando lo hace a pie) en el trayecto, con destino final a su hogar o institución educativa.

Para menores de 12 años la cobertura de muerte accidental aplicará como indemnización de gastos funerarios por accidente y el monto máximo de indemnización será de 60 veces el salario mínimo mensual vigente en el Distrito Federal en la fecha del siniestro.

VÁLIDO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicará la siguiente:

La Compañía NO pagará la indemnización por un siniestro ocurrido por la participación de los Alumnos Asegurados en eventos o competencias deportivas fuera de las instalaciones de su institución educativa, salvo pacto que esté cubierto mediante endoso.

TERRITORIALIDAD

La Compañía cubrirá los siniestros que se originen dentro de la República Mexicana.

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE

TABLAS DE INDEMNIZACIÓN "A" Y "B"

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Si a consecuencia de cualquier **Accidente Cubierto** y dentro del **Periodo de Cobertura**, el **Asegurado** sufre cualquiera de las **Pérdidas Orgánicas** enunciadas en la tabla de indemnización a la que se hace referencia en la carátula de la póliza, la **Compañía** pagará el porcentaje de la Suma Asegurada de la cobertura que se indica en la correspondiente tabla.

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Anquilosamiento	Pérdida permanente de la movilidad en una articulación.
Pérdidas Orgánicas	La amputación quirúrgica o traumática de un pie, una mano o de los dedos pulgar o índice o su **Anquilosamiento** total. En caso de que la tabla así lo señale, también es la pérdida de un ojo (pérdida física del ojo o pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo) En caso de que la tabla así lo señale, también es la pérdida física del sistema auditivo, como la pérdida completa e irreparable de la función de la audición.

VÁLIDO SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

RESPONSABILIDAD MÁXIMA

La indemnización máxima que pagará la **Compañía** por la ocurrencia de uno o más **Accidentes Cubiertos** o de una o más **Pérdidas Orgánicas** mencionadas en la tabla, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

TABLA "A" DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS

CONCEPTO	PORCENTAJE
Pérdida de ambas manos	100%
Pérdida de ambos pies	100%
Pérdida de ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del dedo índice de cualquier mano	10%

TABLA "B" DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS

CONCEPTO	PORCENTAJE
Pérdida de ambas manos	100%
Pérdida de ambos pies	100%
Pérdida de ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, incluyendo el dedo pulgar o el índice	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar ni el índice	25%
Pérdida del pulgar de una mano y cualquier otro dedo que no sea el índice	25%
Pérdida de la audición total de los dos oídos	25%
Pérdida del índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
El acortamiento de por lo menos 5 cm. de un miembro inferior	15%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del índice de cualquier mano	10%
Pérdida del dedo medio, el anular o el meñique	5%

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicará la siguiente:

La Compañía NO pagará la indemnización por la Pérdida Orgánica de una parte del cuerpo del Asegurado que no esté exacta y expresamente descrita en la tabla que se hubiera contratado.

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE EN VIAJE

TABLAS DE INDEMNIZACIÓN "A" Y "B"

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Si a consecuencia de cualquier **Accidente Cubierto** durante un Viaje y dentro del **Periodo de Cobertura**, el **Asegurado**, sufre cualquiera de las **Pérdidas Orgánicas** enunciadas en la tabla de indemnización a la que se hace referencia en la carátula de la póliza, la **Compañía** pagará el porcentaje de la Suma Asegurada de la cobertura que se indica en la correspondiente tabla.

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Anquilosamiento	Pérdida permanente de la movilidad en una articulación.
Pérdidas Orgánicas	La amputación quirúrgica o traumática de un pie, una mano o de los dedos pulgar o índice o su **Anquilosamiento** total. En caso de que la tabla así lo señale, también es la pérdida de un ojo (pérdida física del ojo o pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo) En caso de que la tabla así lo señale, también es la pérdida física del sistema auditivo, como la pérdida completa e irreparable de la función de la audición.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA

La indemnización máxima que pagará la **Compañía** por la ocurrencia de uno o más **Accidentes Cubiertos** o de una o más **Pérdidas Orgánicas** mencionadas en la tabla, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

TABLA "A" DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS

CONCEPTO	PORCENTAJE
Pérdida de ambas manos	100%
Pérdida de ambos pies	100%
Pérdida de ambos ojos	100%

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

CONCEPTO	PORCENTAJE
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del dedo índice de cualquier mano	10%

TABLA "B" DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS

CONCEPTO	PORCENTAJE
Pérdida de ambas manos	100%
Pérdida de ambos pies	100%
Pérdida de ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, incluyendo el dedo pulgar o el índice	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar ni el índice	25%
Pérdida del pulgar de una mano y cualquier otro dedo que no sea el índice	25%
Pérdida de la audición total de los dos oídos	25%
Pérdida del índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
El acortamiento de por lo menos 5 cm. de un miembro inferior	15%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del índice de cualquier mano	10%
Pérdida del dedo medio, el anular o el meñique	5%

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicará la siguiente:

La Compañía NO pagará la indemnización por la Pérdida Orgánica de una parte del cuerpo del Asegurado que no esté exacta y expresamente descrita en la tabla que se hubiera contratado.

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE EN TRÁNSITO

TABLAS DE INDEMNIZACIÓN "A" Y "B"

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Si a consecuencia de cualquier **Accidente Cubierto ocurrido en Tránsito** y dentro del **Periodo de Cobertura**, el **Asegurado**, sufre cualquiera de las **Pérdidas Orgánicas** enunciadas en la tabla de indemnización a la que se hace referencia en la carátula de la póliza, la **Compañía** pagará el porcentaje de la suma asegurada de la cobertura que se indica en la correspondiente tabla.

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Anquilosamiento	Pérdida permanente de la movilidad en una articulación.
Accidente Cubierto ocurrido en Tránsito	Es el **Accidente Cubierto** que ocurre: • Al encontrarse el **Asegurado** como conductor u ocupante de un vehículo automotor privado o de alquiler; o • Al ser atropellado el **Asegurado** por cualquier clase de vehículo automotor, al transitar como peatón en la vía pública.
Pérdidas Orgánicas	La amputación quirúrgica o traumática de un pie, una mano o de los dedos pulgar o índice o su **Anquilosamiento** total. En caso de que la tabla así lo señale, también es la pérdida de un ojo (pérdida física del ojo o pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo) En caso de que la tabla así lo señale, también es la pérdida física del sistema auditivo, como la pérdida completa e irreparable de la función de la audición.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA

La indemnización máxima que pagará la **Compañía** por la ocurrencia de uno o más **Accidentes Cubiertos** o de una o más **Pérdidas Orgánicas** mencionadas en la tabla, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

TABLA "A" DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS

CONCEPTO	PORCENTAJE
Pérdida de ambas manos	100%
Pérdida de ambos pies	100%
Pérdida de ambos ojos	100%

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

CONCEPTO	PORCENTAJE
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del dedo índice de cualquier mano	10%

TABLA "B" DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS

CONCEPTO	PORCENTAJE
Pérdida de ambas manos	100%
Pérdida de ambos pies	100%
Pérdida de ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, incluyendo el dedo pulgar o el índice	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar ni el índice	25%
Pérdida del pulgar de una mano y cualquier otro dedo que no sea el índice	25%
Pérdida de la audición total de los dos oídos	25%
Pérdida del índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
El acortamiento de por lo menos 5 cm. de un miembro inferior	15%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del índice de cualquier mano	10%
Pérdida del dedo medio, el anular o el meñique	5%

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicará la siguiente:

La Compañía NO pagará la indemnización por la Pérdida Orgánica de una parte del cuerpo del Asegurado que no esté exacta y expresamente descrita en la tabla que se hubiera contratado.

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE EN VIAJE AÉREO

TABLAS DE INDEMNIZACIÓN "A" Y "B"

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Si a consecuencia de cualquier **Accidente Cubierto**, de **Viaje** en una **Aeronave** y dentro del **Periodo de Cobertura**, el **Asegurado** sufre cualquiera de las **Pérdidas Orgánicas** enunciadas en la tabla de indemnización a la que se hace referencia en la carátula de la póliza, la **Compañía** pagará el porcentaje de la suma asegurada de la cobertura que se indica en la correspondiente tabla.

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Anquilosamiento	Pérdida permanente de la movilidad en una articulación.
Pérdidas Orgánicas	La amputación quirúrgica o traumática de un pie, una mano o de los dedos pulgar o índice o su **Anquilosamiento** total. En caso de que la tabla así lo señale, también es la pérdida de un ojo (pérdida física del ojo o pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo) En caso de que la tabla así lo señale, también es la pérdida física del sistema auditivo, como la pérdida completa e irreparable de la función de la audición.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA

La indemnización máxima que pagará la **Compañía** por la ocurrencia de uno o más **Accidentes Cubiertos** o de una o más **Pérdidas Orgánicas** mencionadas en la tabla, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

TABLA "A" DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS

CONCEPTO	PORCENTAJE
Pérdida de ambas manos	100%
Pérdida de ambos pies	100%
Pérdida de ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del dedo índice de cualquier mano	10%

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

TABLA "B" DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS

CONCEPTO	PORCENTAJE
Pérdida de ambas manos	100%
Pérdida de ambos pies	100%
Pérdida de ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, incluyendo el dedo pulgar o el índice	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar ni el índice	25%
Pérdida del pulgar de una mano y cualquier otro dedo que no sea el índice	25%
Pérdida de la audición total de los dos oídos	25%
Pérdida del índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
El acortamiento de por lo menos 5 cm. de un miembro inferior	15%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del índice de cualquier mano	10%
Pérdida del dedo medio, el anular o el meñique	5%

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicará la siguiente:

La Compañía NO pagará la indemnización por la Pérdida Orgánica de una parte del cuerpo del Asegurado que no esté exacta y expresamente descrita en la tabla que se hubiera contratado.

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE EN TRANSPORTE PRIVADO

TABLAS DE INDEMNIZACIÓN "A" Y "B"

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Si a consecuencia de cualquier **Accidente Cubierto** mientras el **Asegurado** se encuentre como conductor u ocupante de un **Vehículo** automotor privado que no esté destinado al servicio público de pasajero y dentro del **Periodo de Cobertura**, el **Asegurado** sufre cualquiera de las **Pérdidas Orgánicas** enunciadas en la tabla de indemnización a la que se hace referencia en la carátula de la póliza, la **Compañía** pagará el porcentaje de la suma asegurada de la cobertura que se indica en la correspondiente tabla.

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Anquilosamiento	Pérdida permanente de la movilidad en una articulación.
Pérdidas Orgánicas	La amputación quirúrgica o traumática de un pie, una mano o de los dedos pulgar o índice o su **Anquilosamiento** total. En caso de que la tabla así lo señale, también es la pérdida de un ojo (pérdida física del ojo o pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo) En caso de que la tabla así lo señale, también es la pérdida física del sistema auditivo, como la pérdida completa e irreparable de la función de la audición.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA

La indemnización máxima que pagará la **Compañía** por la ocurrencia de uno o más **Accidentes Cubiertos** o de una o más **Pérdidas Orgánicas** mencionadas en la tabla, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

TABLA "A" DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS

CONCEPTO	PORCENTAJE
Pérdida de Ambas manos	100%
Pérdida de Ambos pies	100%
Pérdida de Ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del dedo índice de cualquier mano	10%

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

TABLA "B" DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS

CONCEPTO	PORCENTAJE
Pérdida de ambas manos	100%
Pérdida de ambos pies	100%
Pérdida de ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, incluyendo el dedo pulgar o el índice	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar ni el índice	25%
Pérdida del pulgar de una mano y cualquier otro dedo que no sea el índice	25%
Pérdida de la audición total de los dos oídos	25%
Pérdida del índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
El acortamiento de por lo menos 5 cm. de un miembro inferior	15%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del índice de cualquier mano	10%
Pérdida del dedo medio, el anular o el meñique	5%

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicará la siguiente:

La Compañía NO pagará la indemnización por la Pérdida Orgánica de una parte del cuerpo del Asegurado que no esté exacta y expresamente descrita en la tabla que se hubiera contratado.

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE EN TRANSPORTE PÚBLICO

TABLAS DE INDEMNIZACIÓN “A” Y “B”

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Si a consecuencia de cualquier **Accidente Cubierto** ocurrido en **Transporte Público** y dentro del **Periodo de Cobertura**, el **Asegurado** sufre cualquiera de las **Pérdidas Orgánicas** enunciadas en la tabla de indemnización a la que se hace referencia en la carátula de la póliza, la **Compañía** pagará el porcentaje de la suma asegurada de la cobertura que se indica en la correspondiente tabla.

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Anquilosamiento	Disminución o pérdida permanente de la movilidad en una articulación.
Pérdidas Orgánicas	La amputación quirúrgica o traumática de un pie, una mano o de los dedos pulgar o índice o su **Anquilosamiento** total. En caso de que la tabla así lo señale, también es la pérdida de un ojo (pérdida física del ojo o pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo) En caso de que la tabla así lo señale, también es la pérdida física del sistema auditivo, como la pérdida completa e irreparable de la función de la audición.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA

La indemnización máxima que pagará la **Compañía** por la ocurrencia de uno o más **Accidentes Cubiertos** o de una o más **Pérdidas Orgánicas** mencionadas en la tabla, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

TABLA "A" DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS

CONCEPTO	PORCENTAJE
Pérdida de Ambas manos	100%
Pérdida de Ambos pies	100%
Pérdida de Ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del dedo índice de cualquier mano	10%

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

TABLA "B" DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS

CONCEPTO	PORCENTAJE
Pérdida de ambas manos	100%
Pérdida de ambos pies	100%
Pérdida de ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, incluyendo el dedo pulgar o el índice	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar ni el índice	25%
Pérdida del pulgar de una mano y cualquier otro dedo que no sea el índice	25%
Pérdida de la audición total de los dos oídos	25%
Pérdida del índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
El acortamiento de por lo menos 5 cm. de un miembro inferior	15%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del índice de cualquier mano	10%
Pérdida del dedo medio, el anular o el meñique	5%

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicará la siguiente:

La Compañía NO pagará la indemnización por la Pérdida Orgánica de una parte del cuerpo del Asegurado que no esté exacta y expresamente descrita en la tabla que se hubiera contratado.

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ROBO

TABLAS DE INDEMNIZACIÓN "A" Y "B"

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Si a consecuencia de cualquier robo o tentativa de éste y dentro del **Periodo de Cobertura**, el **Asegurado** sufre cualquiera de las **Pérdidas Orgánicas** enunciadas en la tabla de indemnización a la que se hace referencia en la carátula de la póliza, la **Compañía** pagará el porcentaje de la suma asegurada de la cobertura que se indica en la correspondiente tabla.

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Anquilosamiento	Pérdida permanente de la movilidad en una articulación.
Pérdidas Orgánicas	La amputación quirúrgica o traumática de un pie, una mano o de los dedos pulgar o índice o su **Anquilosamiento** total. En caso de que la tabla así lo señale, también es la pérdida de un ojo (pérdida física del ojo o pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo) En caso de que la tabla así lo señale, también es la pérdida física del sistema auditivo, como la pérdida completa e irreparable de la función de la audición.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA

La indemnización máxima que pagará la **Compañía** por la ocurrencia de uno o más **Accidentes Cubiertos** o de una o más **Pérdidas Orgánicas** mencionadas en la tabla, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

TABLA "A" DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS

CONCEPTO	PORCENTAJE
Pérdida de Ambas manos	100%
Pérdida de Ambos pies	100%
Pérdida de Ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del dedo índice de cualquier mano	10%

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

TABLA "B" DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS

CONCEPTO	PORCENTAJE
Pérdida de ambas manos	100%
Pérdida de ambos pies	100%
Pérdida de ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, incluyendo el dedo pulgar o el índice	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar ni el índice	25%
Pérdida del pulgar de una mano y cualquier otro dedo que no sea el índice	25%
Pérdida de la audición total de los dos oídos	25%
Pérdida del índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
El acortamiento de por lo menos 5 cm. de un miembro inferior	15%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del índice de cualquier mano	10%
Pérdida del dedo medio, el anular o el meñique	5%

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicará la siguiente:

La Compañía NO pagará la indemnización por la Pérdida Orgánica de una parte del cuerpo del Asegurado que no esté exacta y expresamente descrita en la tabla que se hubiera contratado.

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ROBO EN CAJERO AUTOMÁTICO

TABLAS DE INDEMNIZACIÓN "A" Y "B"

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Si a consecuencia de robo o tentativa en un cajero automático o dentro del área de 150 metros alrededor del cajero automático al haber hecho uso del mismo y dentro del **Periodo de Cobertura**, el **Asegurado** sufre cualquiera de las **Pérdidas Orgánicas** enunciadas en la tabla de indemnización a la que se hace referencia en la carátula de la póliza, la **Compañía** pagará el porcentaje de la suma asegurada de la cobertura que se indica en la correspondiente tabla.

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Anquilosamiento	Pérdida permanente de la movilidad en una articulación.
Pérdidas Orgánicas	La amputación quirúrgica o traumática de un pie, una mano o de los dedos pulgar o índice o su **Anquilosamiento** total. En caso de que la tabla así lo señale, también es la pérdida de un ojo (pérdida física del ojo o pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo) En caso de que la tabla así lo señale, también es la pérdida física del sistema auditivo, como la pérdida completa e irreparable de la función de la audición.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA

La indemnización máxima que pagará la **Compañía** por la ocurrencia de uno o más **Accidentes Cubiertos** o de una o más **Pérdidas Orgánicas** mencionadas en la tabla, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

TABLA "A" DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS

CONCEPTO	PORCENTAJE
Pérdida de Ambas manos	100%
Pérdida de Ambos pies	100%
Pérdida de Ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del dedo índice de cualquier mano	10%

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

TABLA "B" DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS

CONCEPTO	PORCENTAJE
Pérdida de ambas manos	100%
Pérdida de ambos pies	100%
Pérdida de ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, incluyendo el dedo pulgar o el índice	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar ni el índice	25%
Pérdida del pulgar de una mano y cualquier otro dedo que no sea el índice	25%
Pérdida de la audición total de los dos oídos	25%
Pérdida del índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
El acortamiento de por lo menos 5 cm. de un miembro inferior	15%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del índice de cualquier mano	10%
Pérdida del dedo medio, el anular o el meñique	5%

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicará la siguiente:

La Compañía NO pagará la indemnización por la Pérdida Orgánica de una parte del cuerpo del Asegurado que no esté exacta y expresamente descrita en la tabla que se hubiera contratado.

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS POR ACCIDENTE ESCOLAR

TABLAS DE INDEMNIZACIÓN "A" Y "B" (COBERTURA NACIONAL)

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Si a consecuencia de cualquier **Accidente Escolar Cubierto** y dentro del **Periodo de Cobertura**, el **Asegurado** sufre cualquiera de las **Pérdidas Orgánicas** enunciadas en la tabla de indemnización a la que se hace referencia en la carátula de la póliza, la **Compañía** pagará el porcentaje de la suma asegurada de la cobertura que se indica en la correspondiente tabla.

Para efectos de la presente cobertura, se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Accidente Escolar Cubierto	Es el **Accidente Cubierto** que ocurre durante: o La estancia del alumno **Asegurado** dentro de la institución educativa que se mencione en la carátula de la póliza, así como durante las actividades organizadas, autorizadas y supervisadas por las autoridades de la escuela, dentro del horario escolar o fuera de este horario, hasta un máximo de 72 horas continuas. o Los traslados directos e **Ininterrumpidos** de su hogar a la institución educativa y viceversa.
Anquilosamiento	Pérdida permanente de la movilidad en una articulación.
Ininterrumpido	Sin importar la ruta o el tiempo que tome el traslado, es el traslado del alumno **Asegurado** por cualquier medio de transporte terrestre o a pie, sin bajarse de ese medio de trasporte (o detenerse cuando lo hace a pie) en el trayecto, con destino final a su hogar o institución educativa.
Pérdidas Orgánicas	La amputación quirúrgica o traumática de un pie, una mano o de los dedos pulgar o índice o su **Anquilosamiento** total. En caso de que la tabla así lo señale, también es la pérdida de un ojo (pérdida física del ojo o pérdida completa e irreparable de la función de la vista de ese ojo) En caso de que la tabla así lo señale, también es la pérdida física del sistema auditivo, como la pérdida completa e irreparable de la función de la audición.

VÁLIDO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

TABLA "A" DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS

CONCEPTO	PORCENTAJE
Pérdida de ambas manos	100%
Pérdida de ambos pies	100%
Pérdida de ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del dedo índice de cualquier mano	10%

TABLA "B" DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDAS ORGÁNICAS

CONCEPTO	PORCENTAJE
Pérdida de ambas manos	100%
Pérdida de ambos pies	100%
Pérdida de ambos ojos	100%
Pérdida de una mano y un pie	100%
Pérdida de una mano y un ojo	100%
Pérdida de un pie y un ojo	100%
Pérdida de una mano o un pie	50%
Pérdida de un ojo	30%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, incluyendo el dedo pulgar o el índice	30%
Pérdida de tres dedos de una mano, que no sean ni el dedo pulgar ni el índice	25%
Pérdida del pulgar de una mano y cualquier otro dedo que no sea el índice	25%
Pérdida de la audición total de los dos oídos	25%
Pérdida del índice de una mano y cualquier otro dedo que no sea el pulgar	20%
El acortamiento de por lo menos 5 cm. de un miembro inferior	15%
Pérdida del dedo pulgar de cualquier mano	15%
Pérdida del índice de cualquier mano	10%
Pérdida del dedo medio, el anular o el meñique	5%

RESPONSABILIDAD MÁXIMA

La indemnización máxima que pagará la **Compañía** por la ocurrencia de uno o más **Accidentes Escolares Cubiertos** o de una o más **Pérdidas Orgánicas** mencionadas en la tabla, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

VÁLIDAS SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicará la siguiente:

La Compañía NO pagará la indemnización por la Pérdida Orgánica de una parte del cuerpo del Asegurado que no esté exacta y expresamente descrita en la tabla que se hubiera contratado.

TERRITORIALIDAD

La Compañía cubrirá los siniestros que se originen solamente dentro de la República Mexicana.

INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Si a consecuencia de cualquier **Accidente Cubierto** y dentro del **Periodo de Cobertura**, el **Asegurado** sufre de **Invalidez Total y Permanente**, la **Compañía** pagará la Suma Asegurada de esta cobertura.

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Anquilosamiento	Pérdida permanente de la movilidad en una articulación.
Invalidez Total y Permanente	Es la incapacidad que sufre el **Asegurado** a consecuencia de un **Accidente Cubierto**, para el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, en forma total y por el resto de su vida. También se considerarán estados de **Invalidez Total y Permanente**, la Pérdida de los siguientes miembros del **Asegurado** a causa de un **Accidente Cubierto**: • La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, • La pérdida de ambas manos o de ambos pies, • La pérdida de una mano y un pie, • La pérdida de una mano y la vista de un ojo,

VÁLIDO SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

	• La pérdida de un pie y la vista de un ojo. Para efectos de esta definición, se entiende por Pérdida la separación o **Anquilosamiento** de la articulación carpometacarpiana o hacia al hombro o de la articulación tibocarciana o hacia la rodilla. Para considerarse Invalidez Total y Permanente, se requerirá: 1. Que el estado de invalidez no sea susceptible de corregirse con un tratamiento médico existente al momento en que ocurrió el mismo, que esté acorde con la capacidad económica del **Asegurado** y; 2. De un dictamen emitido por cualquier institución pública de salud y/o la confirmación del dictamen de un **Médico** especialista en estos eventos y de que transcurran seis meses a partir de que haya ocurrido el siniestro, para verificar que se trata efectivamente de una Invalidez Total y Permanente y se proceda a iniciar el trámite de la indemnización. Lo anterior no aplicará en caso de pérdidas evidentes de mano o pie, las cuales hayan acontecido de forma inmediata al **Asegurado** en un evento cubierto por este seguro.

Improcedencia de Dictamen
En caso de no concordar los dictámenes presentados por el **Asegurado** con los realizados por la **Compañía**, el **Asegurado** podrá iniciar un procedimiento de improcedencia de dictamen.

El procedimiento versará en obtener un tercer dictamen que será elaborado por un **Médico** especialista, imparcial e independiente, nombrado de común acuerdo entre las partes, cuyos honorarios serán cubiertos por el **Asegurado** y la **Aseguradora** por partes iguales.

El dictamen así emitido, será valorado por la **Compañía** en su conjunto, con los demás documentos que consten en el expediente del siniestro correspondiente para determinar la procedencia o no del mismo.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA
La indemnización máxima que pagará la **Compañía** por la ocurrencia de uno o más **Accidentes Cubiertos** o de una o más incapacidades o pérdidas, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

EXCLUSIONES
Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicará la siguiente:
La Compañía NO pagará la indemnización por de esta cobertura, en caso de pérdida de una parte del cuerpo del Asegurado que no esté exacta y expresamente descrita en la definición de Invalidez Total y Permanente.

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE EN VIAJE

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA
Si a consecuencia de cualquier **Accidente Cubierto** en Viaje y dentro del **Periodo de Cobertura**, el **Asegurado** sufre de **Invalidez Total y Permanente**, la **Compañía** pagará la suma asegurada de esta cobertura.

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Anquilosamiento	Pérdida permanente de la movilidad en una articulación.
Invalidez Total y Permanente	Es la incapacidad que sufre el **Asegurado** a consecuencia de un **Accidente Cubierto**, para el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, en forma total y por el resto de su vida. También se considerarán estados de **Invalidez Total y Permanente**, la Pérdida de los siguientes miembros del **Asegurado** a causa de un **Accidente Cubierto**: • La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, • La pérdida de ambas manos o de ambos pies, • La pérdida de una mano y un pie, • La pérdida de una mano y la vista de un ojo, • La pérdida de un pie y la vista de un ojo. Para efectos de esta definición, se entiende por Pérdida la separación o **Anquilosamiento** de la articulación carpometacarpiana o hacia al hombro o de la articulación tibocarciana o hacia la rodilla. Para considerarse Invalidez Total y Permanente, se requerirá: 1. Que el estado de invalidez no sea susceptible de corregirse con un tratamiento médico existente al momento en que ocurrió el mismo, que esté acorde con la capacidad económica del **Asegurado** y; 2. De un dictamen emitido por cualquier institución pública de salud y/o la confirmación del dictamen de un **Médico** especialista en estos eventos y de que transcurran seis meses a partir de que haya ocurrido el siniestro, para verificar que se trata efectivamente de una Invalidez Total y Permanente y se proceda a iniciar el trámite de la indemnización. Lo anterior no aplicará en caso de pérdidas evidentes de mano o pie, las cuales hayan acontecido de forma inmediata al **Asegurado** en un evento cubierto por este seguro.

VÁLIDO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

Improcedencia de Dictamen
En caso de no concordar los dictámenes presentados por el **Asegurado** con los realizados por la **Compañía**, el **Asegurado** podrá iniciar un procedimiento de improcedencia de dictamen.

El procedimiento versará en obtener un tercer dictamen que será elaborado por un **Médico** especialista, imparcial e independiente, nombrado de común acuerdo entre las partes, cuyos honorarios serán cubiertos por el **Asegurado** y la **Aseguradora** por partes iguales.

El dictamen así emitido, será valorado por la **Compañía** en su conjunto, con los demás documentos que consten en el expediente del siniestro correspondiente para determinar la procedencia o no del mismo.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA
La indemnización máxima que pagará la **Compañía** por la ocurrencia de uno o más **Accidentes Cubiertos** o de una o más incapacidades o pérdidas, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

EXCLUSIONES
Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicará la siguiente:
La Compañía NO pagará la indemnización por de esta cobertura, en caso de pérdida de una parte del cuerpo del Asegurado que no esté exacta y expresamente descrita en la definición de Invalidez Total y Permanente.

INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE EN TRÁNSITO

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA
Si a consecuencia de cualquier **Accidente Cubierto ocurrido en Tránsito** y dentro del **Periodo de Cobertura**, el **Asegurado** sufre de **Invalidez Total y Permanente**, la **Compañía** pagará la suma asegurada de esta cobertura.

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Accidente Cubierto ocurrido en Tránsito	Es el **Accidente Cubierto** que ocurre: • Al encontrarse el **Asegurado** como conductor u ocupante de un vehículo automotor privado o de alquiler; o • Al ser atropellado el **Asegurado** por cualquier clase de vehículo automotor, al transitar como peatón en la vía pública.
Anquilosamiento	Pérdida permanente de la movilidad en una articulación.

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

Invalidez Total y Permanente	Es la incapacidad que sufre el **Asegurado** a consecuencia de un **Accidente Cubierto**, para el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, en forma total y por el resto de su vida. También se considerarán estados de **Invalidez Total y Permanente**, la Pérdida de los siguientes miembros del **Asegurado** a causa de un **Accidente Cubierto**: • La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, • La pérdida de ambas manos o de ambos pies, • La pérdida de una mano y un pie, • La pérdida de una mano y la vista de un ojo, • La pérdida de un pie y la vista de un ojo. Para efectos de esta definición, se entiende por Pérdida la separación o **Anquilosamiento** de la articulación carpometacarpiana o hacia al hombro o de la articulación tibocarciana o hacia la rodilla. Para considerarse Invalidez Total y Permanente, se requerirá: 1. Que el estado de invalidez no sea susceptible de corregirse con un tratamiento médico existente al momento en que ocurrió el mismo, que esté acorde con la capacidad económica del **Asegurado** y; 2. De un dictamen emitido por cualquier institución pública de salud y/o la confirmación del dictamen de un **Médico** especialista en estos eventos y de que transcurran seis meses a partir de que haya ocurrido el siniestro, para verificar que se trata efectivamente de una Invalidez Total y Permanente y se proceda a iniciar el trámite de la indemnización. Lo anterior no aplicará en caso de pérdidas evidentes de mano o pie, las cuales hayan acontecido de forma inmediata al **Asegurado** en un evento cubierto por este seguro.

Improcedencia de Dictamen

En caso de no concordar los dictámenes presentados por el **Asegurado** con los realizados por la **Compañía**, el **Asegurado** podrá iniciar un procedimiento de improcedencia de dictamen.

El procedimiento versará en obtener un tercer dictamen que será elaborado por un **Médico** especialista, imparcial e independiente, nombrado de común acuerdo entre las partes, cuyos honorarios serán cubiertos por el **Asegurado** y la **Aseguradora** por partes iguales.

El dictamen así emitido, será valorado por la **Compañía** en su conjunto, con los demás documentos que consten en el expediente del siniestro correspondiente para determinar la procedencia o no del mismo.

VÁLIDAS SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

RESPONSABILIDAD MÁXIMA
La indemnización máxima que pagará la **Compañía** por la ocurrencia de uno o más **Accidentes Cubiertos** o de una o más incapacidades o pérdidas, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

EXCLUSIONES
Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicará la siguiente:
La Compañía NO pagará la indemnización por de esta cobertura, en caso de pérdida de una parte del cuerpo del Asegurado que no esté exacta y expresamente descrita en la definición de Invalidez Total y Permanente.

INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE EN VIAJE AÉREO

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA
Si a consecuencia de cualquier **Accidente Cubierto** y dentro del **Periodo de Cobertura**, el **Asegurado** sufre de **Invalidez Total y Permanente** a bordo de una **Aeronave**, o al subir o descender de la misma en escalas normales u obligadas o durante su estancia en el lugar de la escala normal u obligada, la **Compañía** pagará la suma asegurada de esta cobertura.

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Anquilosamiento	Pérdida permanente de la movilidad en una articulación.
Invalidez Total y Permanente	Es la incapacidad que sufre el **Asegurado** a consecuencia de un **Accidente Cubierto**, para el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, en forma total y por el resto de su vida. También se considerarán estados de **Invalidez Total y Permanente**, la Pérdida de los siguientes miembros del **Asegurado** a causa de un **Accidente Cubierto**: • La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, • La pérdida de ambas manos o de ambos pies, • La pérdida de una mano y un pie, • La pérdida de una mano y la vista de un ojo, • La pérdida de un pie y la vista de un ojo. Para efectos de esta definición, se entiende por Pérdida la separación o **Anquilosamiento** de la articulación carpometacarpiana o hacia al hombro o de la articulación

VÁLIDO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

	tibocarciana o hacia la rodilla. Para considerarse Invalidez Total y Permanente, se requerirá: 1. Que el estado de invalidez no sea susceptible de corregirse con un tratamiento médico existente al momento en que ocurrió el mismo, que esté acorde con la capacidad económica del **Asegurado** y; 2. De un dictamen emitido por cualquier institución pública de salud y/o la confirmación del dictamen de un **Médico** especialista en estos eventos y de que transcurran seis meses a partir de que haya ocurrido el siniestro, para verificar que se trata efectivamente de una Invalidez Total y Permanente y se proceda a iniciar el trámite de la indemnización. Lo anterior no aplicará en caso de pérdidas evidentes de mano o pie, las cuales hayan acontecido de forma inmediata al **Asegurado** en un evento cubierto por este seguro.

Improcedencia de Dictamen
En caso de no concordar los dictámenes presentados por el **Asegurado** con los realizados por la **Compañía**, el **Asegurado** podrá iniciar un procedimiento de improcedencia de dictamen.

El procedimiento versará en obtener un tercer dictamen que será elaborado por un **Médico** especialista, imparcial e independiente, nombrado de común acuerdo entre las partes, cuyos honorarios serán cubiertos por el **Asegurado** y la **Aseguradora** por partes iguales.
El dictamen así emitido, será valorado por la **Compañía** en su conjunto, con los demás documentos que consten en el expediente del siniestro correspondiente para determinar la procedencia o no del mismo.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA
La indemnización máxima que pagará la **Compañía** por la ocurrencia de uno o más **Accidentes Cubiertos** o de una o más incapacidades o pérdidas, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

EXCLUSIONES
Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicará la siguiente:
La Compañía NO pagará la indemnización por de esta cobertura, en caso de pérdida de una parte del cuerpo del Asegurado que no esté exacta y expresamente descrita en la definición de Invalidez Total y Permanente.

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE EN TRANSPORTE PRIVADO

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Si a consecuencia de cualquier **Accidente Cubierto**, mientras el **Asegurado** se encuentre como conductor u ocupante de un vehículo automotor privado que no esté destinado al servicio público de pasajero y dentro del **Periodo de Cobertura**, el **Asegurado** sufre de **Invalidez Total y Permanente**, la **Compañía** pagará la suma asegurada de esta cobertura.

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Anquilosamiento	Pérdida permanente de la movilidad en una articulación.
Invalidez Total y Permanente	Es la incapacidad que sufre el **Asegurado** a consecuencia de un **Accidente Cubierto**, para el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, en forma total y por el resto de su vida. También se considerarán estados de **Invalidez Total y Permanente**, la Pérdida de los siguientes miembros del **Asegurado** a causa de un **Accidente Cubierto**: • La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, • La pérdida de ambas manos o de ambos pies, • La pérdida de una mano y un pie, • La pérdida de una mano y la vista de un ojo, • La pérdida de un pie y la vista de un ojo. Para efectos de esta definición, se entiende por Pérdida la separación o **Anquilosamiento** de la articulación carpometacarpiana o hacia al hombro o de la articulación tibiocarciana o hacia la rodilla. Para considerarse Invalidez Total y Permanente, se requerirá: 1. Que el estado de invalidez no sea susceptible de corregirse con un tratamiento médico existente al momento en que ocurrió el mismo, que esté acorde con la capacidad económica del **Asegurado** y; 2. De un dictamen emitido por cualquier institución pública de salud y/o la confirmación del dictamen de un **Médico** especialista en estos eventos y de que transcurran seis meses a partir de que haya ocurrido el siniestro, para verificar que se trata efectivamente de una Invalidez Total y Permanente y se proceda a iniciar el trámite de la indemnización. Lo anterior no aplicará en caso de pérdidas evidentes de mano o pie, las cuales hayan acontecido de forma inmediata al **Asegurado** en un evento cubierto por este seguro.

VÁLIDO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

Improcedencia de Dictamen
En caso de no concordar los dictámenes presentados por el **Asegurado** con los realizados por la **Compañía**, el **Asegurado** podrá iniciar un procedimiento de improcedencia de dictamen.

El procedimiento versará en obtener un tercer dictamen que será elaborado por un **Médico** especialista, imparcial e independiente, nombrado de común acuerdo entre las partes, cuyos honorarios serán cubiertos por el **Asegurado** y la **Aseguradora** por partes iguales.

El dictamen así emitido, será valorado por la **Compañía** en su conjunto, con los demás documentos que consten en el expediente del siniestro correspondiente para determinar la procedencia o no del mismo.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA
La indemnización máxima que pagará la **Compañía** por la ocurrencia de uno o más **Accidentes Cubiertos** o de una o más incapacidades o pérdidas, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

EXCLUSIONES
Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicará la siguiente:
La Compañía NO pagará la indemnización por de esta cobertura, en caso de pérdida de una parte del cuerpo del Asegurado que no esté exacta y expresamente descrita en la definición de Invalidez Total y Permanente.

INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE EN TRANSPORTE PÚBLICO

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA
Si a consecuencia de cualquier **Accidente Cubierto en Transporte Público** y dentro del **Periodo de Cobertura**, el **Asegurado** sufre de **Invalidez Total y Permanente**, la **Compañía** pagará la suma asegurada de esta cobertura.

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Anquilosamiento	Pérdida permanente de la movilidad en una articulación.
Invalidez Total y Permanente	Es la incapacidad que sufre el **Asegurado** a consecuencia de un **Accidente Cubierto**, para el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, en forma total y por el resto de su vida. También se considerarán estados de **Invalidez Total y Permanente**,

VÁLIDO SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

	la Pérdida de los siguientes miembros del **Asegurado** a causa de un **Accidente Cubierto**: • La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, • La pérdida de ambas manos o de ambos pies, • La pérdida de una mano y un pie, • La pérdida de una mano y la vista de un ojo, • La pérdida de un pie y la vista de un ojo. Para efectos de esta definición, se entiende por Pérdida la separación o **Anquilosamiento** de la articulación carpometacarpiana o hacia al hombro o de la articulación tibocarciana o hacia la rodilla. Para considerarse Invalidez Total y Permanente, se requerirá: 1. Que el estado de invalidez no sea susceptible de corregirse con un tratamiento médico existente al momento en que ocurrió el mismo, que esté acorde con la capacidad económica del **Asegurado** y; 2. De un dictamen emitido por cualquier institución pública de salud y/o la confirmación del dictamen de un **Médico** especialista en estos eventos y de que transcurran seis meses a partir de que haya ocurrido el siniestro, para verificar que se trata efectivamente de una Invalidez Total y Permanente y se proceda a iniciar el trámite de la indemnización. Lo anterior no aplicará en caso de pérdidas evidentes de mano o pie, las cuales hayan acontecido de forma inmediata al **Asegurado** en un evento cubierto por este seguro.

Improcedencia de Dictamen
En caso de no concordar los dictámenes presentados por el **Asegurado** con los realizados por la **Compañía**, el **Asegurado** podrá iniciar un procedimiento de improcedencia de dictamen.

El procedimiento versará en obtener un tercer dictamen que será elaborado por un **Médico** especialista, imparcial e independiente, nombrado de común acuerdo entre las partes, cuyos honorarios serán cubiertos por el **Asegurado** y la **Aseguradora** por partes iguales.

El dictamen así emitido, será valorado por la **Compañía** en su conjunto, con los demás documentos que consten en el expediente del siniestro correspondiente para determinar la procedencia o no del mismo.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA
La indemnización máxima que pagará la **Compañía** por la ocurrencia de uno o más **Accidentes Cubiertos** o de una o más incapacidades o pérdidas, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicará la siguiente:

La Compañía NO pagará la indemnización por de esta cobertura, en caso de pérdida de una parte del cuerpo del Asegurado que no esté exacta y expresamente descrita en la definición de Invalidez Total y Permanente.

INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ROBO

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Si a consecuencia de robo o tentativa de éste y dentro del **Periodo de Cobertura**, el **Asegurado** sufre de **Invalidez Total y Permanente**, la **Compañía** pagará la suma asegurada de esta cobertura.

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Anquilosamiento	Pérdida permanente de la movilidad en una articulación.
Invalidez Total y Permanente	Es la incapacidad que sufre el **Asegurado** a consecuencia de un **Accidente Cubierto**, para el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, en forma total y por el resto de su vida. También se considerarán estados de **Invalidez Total y Permanente**, la Pérdida de los siguientes miembros del **Asegurado** a causa de un **Accidente Cubierto**: • La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, • La pérdida de ambas manos o de ambos pies, • La pérdida de una mano y un pie, • La pérdida de una mano y la vista de un ojo, • La pérdida de un pie y la vista de un ojo. Para efectos de esta definición, se entiende por Pérdida la separación o **Anquilosamiento** de la articulación carpometacarpiana o hacia al hombro o de la articulación tibocarciana o hacia la rodilla. Para considerarse Invalidez Total y Permanente, se requerirá: 1. Que el estado de invalidez no sea susceptible de corregirse con un tratamiento médico existente al momento en que ocurrió el mismo, que esté acorde con la capacidad económica del

VÁLIDO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

	Asegurado y; 2. De un dictamen emitido por cualquier institución pública de salud y/o la confirmación del dictamen de un **Médico** especialista en estos eventos y de que transcurran seis meses a partir de que haya ocurrido el siniestro, para verificar que se trata efectivamente de una Invalidez Total y Permanente y se proceda a iniciar el trámite de la indemnización. Lo anterior no aplicará en caso de pérdidas evidentes de mano o pie, las cuales hayan acontecido de forma inmediata al **Asegurado** en un evento cubierto por este seguro.

Improcedencia de Dictamen
En caso de no concordar los dictámenes presentados por el **Asegurado** con los realizados por la **Compañía**, el **Asegurado** podrá iniciar un procedimiento de improcedencia de dictamen.

El procedimiento versará en obtener un tercer dictamen que será elaborado por un **Médico** especialista, imparcial e independiente, nombrado de común acuerdo entre las partes, cuyos honorarios serán cubiertos por el **Asegurado** y la **Aseguradora** por partes iguales.

El dictamen así emitido, será valorado por la **Compañía** en su conjunto, con los demás documentos que consten en el expediente del siniestro correspondiente para determinar la procedencia o no del mismo.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA
La indemnización máxima que pagará la **Compañía** por la ocurrencia de uno o más **Accidentes Cubiertos** o de una o más incapacidades o pérdidas, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

EXCLUSIONES
Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicará la siguiente:
La Compañía NO pagará la indemnización por de esta cobertura, en caso de pérdida de una parte del cuerpo del Asegurado que no esté exacta y expresamente descrita en la definición de Invalidez Total y Permanente.

INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ROBO EN CAJERO AUTOMÁTICO

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA
Si a consecuencia de robo o tentativa en un cajero automático o dentro del área de 150 metros alrededor del cajero automático al haber hecho uso del mismo y dentro del **Periodo de Cobertura**, el **Asegurado** sufre de Invalidez Total y Permanente, la **Compañía** pagará la Suma Asegurada de esta cobertura.

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Anquilosamiento	Pérdida permanente de la movilidad en una articulación.
Invalidez Total y Permanente	Es la incapacidad que sufre el **Asegurado** a consecuencia de un **Accidente Cubierto**, para el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, en forma total y por el resto de su vida. También se considerarán estados de **Invalidez Total y Permanente**, la Pérdida de los siguientes miembros del **Asegurado** a causa de un **Accidente Cubierto**: • La pérdida absoluta e irreparable de la vista en ambos ojos, • La pérdida de ambas manos o de ambos pies, • La pérdida de una mano y un pie, • La pérdida de una mano y la vista de un ojo, • La pérdida de un pie y la vista de un ojo. Para efectos de esta definición, se entiende por Pérdida la separación o **Anquilosamiento** de la articulación carpometacarpiana o hacia al hombro o de la articulación tibocarciana o hacia la rodilla. Para considerarse Invalidez Total y Permanente, se requerirá: 1. Que el estado de invalidez no sea susceptible de corregirse con un tratamiento médico existente al momento en que ocurrió el mismo, que esté acorde con la capacidad económica del **Asegurado** y; 2. De un dictamen emitido por cualquier institución pública de salud y/o la confirmación del dictamen de un **Médico** especialista en estos eventos y de que transcurran seis meses a partir de que haya ocurrido el siniestro, para verificar que se trata efectivamente de una Invalidez Total y Permanente y se proceda a iniciar el trámite de la indemnización. Lo anterior no aplicará en caso de pérdidas evidentes de mano o pie, las cuales hayan acontecido de forma inmediata al **Asegurado** en un evento cubierto por este seguro.

Improcedencia de Dictamen
En caso de no concordar los dictámenes presentados por el **Asegurado** con los realizados por la **Compañía**, el **Asegurado** podrá iniciar un procedimiento de improcedencia de dictamen.

El procedimiento versará en obtener un tercer dictamen que será elaborado por un **Médico** especialista, imparcial e independiente, nombrado de común acuerdo entre las partes, cuyos honorarios serán cubiertos por el **Asegurado** y la **Aseguradora** por partes iguales.

VÁLIDA SOLO CON GRAPA DE PÓLIZA

El dictamen así emitido, será valorado por la **Compañía** en su conjunto, con los demás documentos que consten en el expediente del siniestro correspondiente para determinar la procedencia o no del mismo.

RESPONSABILIDAD MÁXIMA
La indemnización máxima que pagará la **Compañía** por la ocurrencia de uno o más **Accidentes Cubiertos** o de una o más incapacidades o pérdidas, será la suma asegurada contratada para la presente cobertura.

EXCLUSIONES
Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicará la siguiente:
La Compañía NO pagará la indemnización por de esta cobertura, en caso de pérdida de una parte del cuerpo del Asegurado que no esté exacta y expresamente descrita en la definición de Invalidez Total y Permanente.

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA
La **Compañía** reembolsará al **Asegurado** los Gastos Médicos cubiertos en que éste incurra, a causa de cada **Accidente Cubierto** que ocurra durante la vigencia de esta cobertura.
El primer gasto debe de haber sido efectuado a partir del siniestro y dentro de los diez **Días** naturales siguientes a la fecha en que haya ocurrido el **Accidente Cubierto**.

CUANTÍA DE REEMBOLSO
La cuantía de reembolso se determinará de la siguiente forma:
a) Se sumarán todos los Gastos Médicos cubiertos.
b) En caso de que la Suma Asegurada sea menor a la suma de los Gastos Médicos cubiertos se tomará ésta como el total de Gastos Médicos Cubiertos.
c) Del total de Gastos Médicos cubiertos, se descontarán las cantidades a cargo del **Asegurado** por concepto de **Deducible**.

El **Deducible** se aplicará una sola vez por cada Accidente.

PERIODO DE COBERTURA
En caso de que la póliza no sea renovada, el Reembolso de Gastos Médicos cubiertos por cada evento ocurrido con anterioridad a la fecha de terminación de la póliza, se efectuará por un periodo máximo de 365 **Días**, contados a partir de la fecha de la primera erogación o hasta que se haya alcanzado el límite de suma asegurada para esta cobertura, lo que ocurra primero.

VÁLIDAS SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

DISMINUCIÓN Y REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA

Toda indemnización que la **Compañía** pague, reducirá en igual cantidad a la Suma Asegurada, reinstalándose ésta a su agotamiento total, a solicitud del **Asegurado** y comprometiéndose a pagar a la **Compañía** la prima correspondiente a la suma reinstalada calculada a prorrata de la cuota anual, desde la fecha de tal reinstalación hasta el vencimiento de la póliza.

Cabe mencionar que dicha reinstalación será efectiva única y exclusivamente para otros Accidentes que ocurran durante la vigencia de la Póliza.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Serán considerados Gastos Médicos cubiertos, aquellos en que incurra el **Asegurado** para tratamiento médico o quirúrgico, por los siguientes conceptos:

a) El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas y el de honorarios de ayudantes del **Médico** cirujano.
b) El costo por medicamentos, aplicación de substancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del **Asegurado**, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen las recetas correspondientes.
c) El costo por el uso de sala de operaciones, sala de recuperación y **Unidad de Terapia Intensiva.**
d) El costo por tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia, suministrados al **Asegurado** durante su **Hospitalización** y que sean prescritos por el **Médico** tratante.
e) El costo de aparatos ortopédicos y prótesis, cuando no sean reposiciones.
f) El costo por **Hospitalización**, entendiéndose como este, por el uso de habitación estándar, así como de los alimentos consumidos por el **Asegurado**.
g) El costo por utilización de ambulancia terrestre.
h) El costo por una enfermera con un límite máximo de tres turnos por **Día**, durante el periodo de **Hospitalización**. Fuera del **Hospital** se limitará al costo de una enfermera hasta por tres turnos por **Día** con un máximo de 30 **Días** naturales por cada evento.
i) El costo por consultas médicas con un máximo de una por **Día**, exceptuando las consultas postoperatorias.
j) El costo por cama extra para un acompañante del **Asegurado** durante su **Hospitalización**.

En todo caso, el cargo por servicios médicos deberá corresponder al **Gasto Usual y Acostumbrado** en el lugar en donde se proporcionen dichos servicios.

Cuando así se indique en la carátula de la póliza, aplicará el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos con el que se rige la póliza.

TERRITORIALIDAD

Según se estipule en la carátula de la póliza, La Compañía cubrirá los siniestros que se originen dentro de la República Mexicana, en el extranjero o en la República Mexicana y el extranjero.

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicarán las siguientes:

VÁLIDAS SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

La Compañía no pagará la indemnización por un siniestro ocurrido durante la vigencia de este contrato de seguro, cuando éste tenga origen en cualquiera de los siguientes eventos o circunstancias, o cuando ocurra en las situaciones que se describen a continuación:

1. **Los medicamentos especiales, aplicación de sustancias especiales, estudios para diagnóstico especiales, procedimientos especiales, intervenciones y consultas médicas especiales requeridas por que el Asegurado padeciere infección oportunista y neoplasma maligno o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS) y todas las Enfermedades causadas y/o relacionadas con el virus VIH Positivo o fuere cero-positivo al virus de Inmunodeficiencia humana (VIH). Para efectos de esta exclusión, las infecciones oportunistas incluirán la neumonía pneumocystis carinii, sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central.**
2. **Afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un Accidente.**
3. **Complicaciones del embarazo (incluyendo enunciativamente intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos, estados de fiebre puerperal, estados de eclampsia y toxicosis gravídica, Mola Hidatiforme (Embarazo Molar)), operación cesárea y Aborto, salvo que cualquiera de los casos anteriores resulten necesarios a consecuencia de un Accidente.**
4. **Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente.**
5. **Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.**
6. **Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
7. **Costo de reposición de aparatos ortopédicos y de prótesis.**
8. **Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su Hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.**
9. **Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.**
10. **Gastos Médicos por lesiones del Asegurado producidas en ejecución de un robo o tentativa de este en agravio del Asegurado.**
11. **Gastos Médicos por lesiones del Asegurado producidas por un ataque directo y premeditado en contra del Asegurado.**
12. **Gastos Médicos por lesiones derivadas del secuestro del Asegurado, a menos que se haya presentado la denuncia por secuestro al ministerio público correspondiente.**

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE EN TRÁNSITO

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** reembolsará al **Asegurado** los Gastos Médicos cubiertos en que incurra, a causa de cada **Accidente Cubierto** que ocurra durante la vigencia de esta cobertura.
El primer gasto debe de haber sido efectuado a partir del siniestro y dentro de los diez **Días** naturales siguientes a la fecha en que haya ocurrido el **Accidente Cubierto**, siempre y cuando dicho Accidente ocurra:

a) Al encontrarse como conductor u ocupante de un vehículo automotor privado o de un automóvil de alquiler; o
b) Al ser atropellado por cualquier clase de vehículo automotor, al transitar como peatón en la vía pública.

CUANTÍA DE REEMBOLSO

La cuantía de reembolso se determinará de la siguiente forma:

a) Se sumarán todos los Gastos Médicos cubiertos.
b) En caso de que la Suma Asegurada sea menor a la suma de los Gastos Médicos cubiertos se tomará ésta como el total de Gastos Médicos Cubiertos.
c) Del total de Gastos Médicos cubiertos, se descontarán las cantidades a cargo del **Asegurado** por concepto de **Deducible**.

El **Deducible** se aplicará una sola vez por cada Accidente.

DISMINUCIÓN Y REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA

Toda indemnización que la **Compañía** pague, reducirá en igual cantidad a la Suma Asegurada, reinstalándose ésta a su agotamiento total, a solicitud del **Asegurado** y comprometiéndose a pagar a la **Compañía** la prima correspondiente a la suma reinstalada calculada a prorrata de la cuota anual, desde la fecha de tal reinstalación hasta el vencimiento de la póliza.
Cabe mencionar que dicha reinstalación será efectiva única y exclusivamente para otros Accidentes que ocurran durante la vigencia de la Póliza.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Serán considerados Gastos Médicos cubiertos, aquellos en que incurra el **Asegurado** para tratamiento médico o quirúrgico, por los siguientes conceptos:

a) El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas y el de honorarios de ayudantes del **Médico** cirujano.
b) El costo por medicamentos, aplicación de substancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del **Asegurado**, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen las recetas correspondientes.
c) El costo por el uso de sala de operaciones, sala de recuperación y Unidad de **Terapia Intensiva**.
d) El costo por tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia, suministrados al **Asegurado** durante su **Hospitalización** y que sean prescritos por el **Médico** tratante.
e) El costo de aparatos ortopédicos y prótesis, cuando no sean reposiciones.
f) El costo por **Hospitalización**, entendiéndose como este, por el uso de habitación estándar, así como de los alimentos consumidos por el **Asegurado**.

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

g) El costo por utilización de ambulancia terrestre.
h) El costo por una enfermera con un límite máximo de tres turnos por **Día**, durante el periodo de **Hospitalización**. Fuera del Hospital se limitará al costo de una enfermera hasta por tres turnos por **Día** con un máximo de 30 **Días** naturales por cada evento.
i) El costo por consultas médicas con un máximo de una por **Día**, exceptuando las consultas postoperatorias.
j) El costo por cama extra para un acompañante del **Asegurado** durante su **Hospitalización**.

En todo caso, el cargo por servicios médicos deberá corresponder al Gasto Usual y Acostumbrado en el lugar en donde se proporcionen dichos servicios.

Cuando así se indique en la carátula de la póliza, aplicará el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos con el que se rige la póliza.

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicarán las siguientes:

La Compañía no pagará la indemnización por un siniestro ocurrido durante la vigencia de este contrato de seguro, cuando éste tenga origen en cualquiera de los siguientes eventos o circunstancias, o cuando ocurra en las situaciones que se describen a continuación:

1. **Los medicamentos especiales, aplicación de sustancias especiales, estudios para diagnóstico especiales, procedimientos especiales, intervenciones y consultas médicas especiales requeridas por que el Asegurado padeciere infección oportunista y neoplasma maligno o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS) y todas las Enfermedades causadas y/o relacionadas con el virus VIH Positivo o fuere cero-positivo al virus de Inmunodeficiencia humana (VIH). Para efectos de esta exclusión, las infecciones oportunistas incluirán la neumonía pneumocystis carinii, sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central.**
2. **Afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un Accidente.**
3. **Complicaciones del embarazo (incluyendo enunciativamente intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos, estados de fiebre puerperal, estados de eclampsia y toxicosis gravídica, Mola Hidatiforme (Embarazo Molar)), operación cesárea y Aborto, salvo que cualquiera de los casos anteriores resulten necesarios a consecuencia de un Accidente.**
4. **Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente.**
5. **Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.**
6. **Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
7. **Costo de reposición de aparatos ortopédicos y de prótesis.**

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

8. **Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su Hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.**
9. **Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.**
10. **Gastos Médicos por lesiones del Asegurado producidas en ejecución de un robo o tentativa de este en agravio solo del Asegurado.**
11. **Gastos Médicos por lesiones del Asegurado producidas por un ataque directo y premeditado en contra del Asegurado.**
12. **Gastos Médicos por lesiones derivadas del secuestro del Asegurado, a menos que se haya presentado la denuncia por secuestro al ministerio público correspondiente.**

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE EN TRANSPORTE PÚBLICO

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** reembolsará al **Asegurado** los Gastos Médicos cubiertos en que incurra a causa de cada **Accidente Cubierto** que ocurra durante la vigencia de esta cobertura.

El primer gasto debe de haber sido efectuado a partir del siniestro y dentro de los diez **Días** naturales siguientes a la fecha en que haya ocurrido el **Accidente Cubierto**, siempre y cuando el evento ocurra mientras el **Asegurado** se encuentre como Pasajero en un Transporte Público.

CUANTÍA DE REEMBOLSO

La cuantía de reembolso se determinará de la siguiente forma:

a) Se sumarán todos los Gastos Médicos cubiertos.
b) En caso de que la Suma Asegurada sea menor a la suma de los Gastos Médicos cubiertos se tomará ésta como el total de Gastos Médicos Cubiertos
c) Del total de Gastos Médicos cubiertos, se descontarán las cantidades a cargo del **Asegurado** por concepto de **Deducible**.

El **Deducible** se aplicará una sola vez por cada Accidente.

DISMINUCIÓN Y REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA

Toda indemnización que la **Compañía** pague, reducirá en igual cantidad a la Suma Asegurada, reinstalándose ésta a su agotamiento total, a solicitud del **Asegurado** y comprometiéndose a pagar a la **Compañía** la prima correspondiente a la suma reinstalada calculada a prorrata de la cuota anual, desde la fecha de tal reinstalación hasta el vencimiento de la póliza.

Cabe mencionar que dicha reinstalación será efectiva única y exclusivamente para otros Accidentes que ocurran durante la vigencia de la Póliza.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Serán considerados Gastos Médicos cubiertos, aquellos en que incurra el **Asegurado** para tratamiento médico o quirúrgico, por los siguientes conceptos:

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

a) El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas y el de honorarios de ayudantes del **Médico** cirujano.
b) El costo por medicamentos, aplicación de substancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del **Asegurado**, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen las recetas correspondientes.
c) El costo por el uso de sala de operaciones, sala de recuperación y Unidad de **Terapia Intensiva**.
d) El costo por tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia, suministrados al **Asegurado** durante su **Hospitalización** y que sean prescritos por el **Médico** tratante.
e) El costo de aparatos ortopédicos y prótesis, cuando no sean reposiciones.
f) El costo por **Hospitalización**, entendiéndose como este, por el uso de habitación estándar, así como de los alimentos consumidos por el **Asegurado**.
g) El costo por utilización de ambulancia terrestre.
h) El costo por una enfermera con un límite máximo de tres turnos por **Día**, durante el periodo de **Hospitalización**. Fuera del Hospital se limitará al costo de una enfermera hasta por tres turnos por **Día** con un máximo de 30 **Días** naturales por cada evento.
i) El costo por consultas médicas con un máximo de una por **Día**, exceptuando las consultas postoperatorias.
j) El costo por cama extra para un acompañante del **Asegurado** durante su **Hospitalización**.

En todo caso, el cargo por servicios médicos deberá corresponder al Gasto Usual y Acostumbrado en el lugar en donde se proporcionen dichos servicios.

Cuando así se indique en la carátula de la póliza, aplicará el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos con el que se rige la póliza.

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicarán las siguientes:

La Compañía no pagará la indemnización por un siniestro ocurrido durante la vigencia de este contrato de seguro, cuando éste tenga origen en cualquiera de los siguientes eventos o circunstancias, o cuando ocurra en las situaciones que se describen a continuación:

1. **Los medicamentos especiales, aplicación de sustancias especiales, estudios para diagnóstico especiales, procedimientos especiales, intervenciones y consultas médicas especiales requeridas por que el Asegurado padeciere infección oportunista y neoplasma maligno o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS) y todas las Enfermedades causadas y/o relacionadas con el virus VIH Positivo o fuere cero-positivo al virus de Inmunodeficiencia humana (VIH). Para efectos de esta exclusión, las infecciones oportunistas incluirán la neumonía pneumocystis carinii, sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central.**

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

2. **Afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un Accidente.**
3. **Complicaciones del embarazo (incluyendo enunciativamente intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos, estados de fiebre puerperal, estados de eclampsia y toxicosis gravídica, Mola Hidatiforme (Embarazo Molar)), operación cesárea y Aborto, salvo que cualquiera de los casos anteriores resulten necesarios a consecuencia de un Accidente.**
4. **Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente.**
5. **Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.**
6. **Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
7. **Costo de reposición de aparatos ortopédicos y de prótesis.**
8. **Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su Hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.**
9. **Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.**
10. **Gastos Médicos por lesiones del Asegurado producidas en ejecución de un robo o tentativa de este en agravio solo del Asegurado.**
11. **Gastos Médicos por lesiones del Asegurado producidas por un ataque directo y premeditado en contra del Asegurado.**
12. **Gastos Médicos por lesiones derivadas del secuestro del Asegurado, a menos que se haya presentado la denuncia por secuestro al ministerio público correspondiente.**

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE EN VIAJE AÉREO

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** reembolsará al **Asegurado** los Gastos Médicos cubiertos en que incurra a causa de cada **Accidente Cubierto** que ocurra durante la vigencia de esta cobertura.

El primer gasto debe de haber sido efectuado a partir del siniestro y dentro de los diez **Días** naturales siguientes a la fecha en que haya ocurrido el **Accidente Cubierto**, siempre y cuando el evento ocurra mientras el **Asegurado** se encuentre viajando a bordo de una Aeronave, o al subir o descender de la misma en escalas normales u obligadas o durante su estancia en el lugar de la escala normal u obligada.

La indemnización se pagará siempre y cuando el Accidente ocurra durante la vigencia de la cobertura.

EXPOSICIÓN A LOS ELEMENTOS DE LA NATURALEZA

Serán objeto de indemnización, en los términos de esta cobertura, los Gastos Médicos del **Asegurado** por estar expuesto inevitablemente a elementos adversos a la naturaleza a consecuencia de un Accidente.

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

CUANTÍA DE REEMBOLSO

La cuantía de reembolso se determinará de la siguiente forma:

a) Se sumarán todos los Gastos Médicos cubiertos.
b) En caso de que la Suma Asegurada sea menor a la suma de los Gastos Médicos cubiertos se tomará ésta como el total de Gastos Médicos Cubiertos
c) Del total de Gastos Médicos cubiertos, se descontarán las cantidades a cargo del **Asegurado** por concepto de **Deducible**.

El **Deducible** se aplicará una sola vez por cada Accidente.

DISMINUCIÓN Y REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA

Toda indemnización que la **Compañía** pague, reducirá en igual cantidad a la Suma Asegurada, reinstalándose ésta a su agotamiento total, a solicitud del **Asegurado** y comprometiéndose a pagar a la **Compañía** la prima correspondiente a la suma reinstalada calculada a prorrata de la cuota anual, desde la fecha de tal reinstalación hasta el vencimiento de la póliza.

Cabe mencionar que dicha reinstalación será efectiva única y exclusivamente para otros Accidentes que ocurran durante la vigencia de la Póliza.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Serán considerados Gastos Médicos cubiertos, aquellos en que incurra el **Asegurado** para tratamiento médico o quirúrgico, por los siguientes conceptos:

a) El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas y el de honorarios de ayudantes del **Médico** cirujano.
b) El costo por medicamentos, aplicación de substancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del **Asegurado**, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen las recetas correspondientes.
c) El costo por el uso de sala de operaciones, sala de recuperación y Unidad de **Terapia Intensiva**.
d) El costo por tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia, suministrados al **Asegurado** durante su **Hospitalización** y que sean prescritos por el **Médico** tratante.
e) El costo de aparatos ortopédicos y prótesis, cuando no sean reposiciones.
f) El costo por **Hospitalización**, entendiéndose como este, por el uso de habitación estándar, así como de los alimentos consumidos por el **Asegurado**.
g) El costo por utilización de ambulancia terrestre.
h) El costo por una enfermera con un límite máximo de tres turnos por **Día**, durante el periodo de **Hospitalización**. Fuera del Hospital se limitará al costo de una enfermera hasta por tres turnos por **Día** con un máximo de 30 **Días** naturales por cada evento.
i) El costo por consultas médicas con un máximo de una por **Día**, exceptuando las consultas postoperatorias.
j) El costo por cama extra para un acompañante del **Asegurado** durante su **Hospitalización**.

En todo caso, el cargo por servicios médicos deberá corresponder al Gasto Usual y Acostumbrado en el lugar en donde se proporcionen dichos servicios.

Cuando así se indique en la carátula de la póliza, aplicará el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos con el que se rige la póliza.

VÁLIDAS SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicarán las siguientes:

La Compañía no pagará la indemnización por un siniestro ocurrido durante la vigencia de este contrato de seguro, cuando éste tenga origen en cualquiera de los siguientes eventos o circunstancias, o cuando ocurra en las situaciones que se describen a continuación:

1. **Los medicamentos especiales, aplicación de sustancias especiales, estudios para diagnóstico especiales, procedimientos especiales, intervenciones y consultas médicas especiales requeridas por que el Asegurado padeciere infección oportunista y neoplasma maligno o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS) y todas las Enfermedades causadas y/o relacionadas con el virus VIH Positivo o fuere cero-positivo al virus de Inmunodeficiencia humana (VIH). Para efectos de esta exclusión, las infecciones oportunistas incluirán la neumonía pneumocystis carinii, sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central.**
2. **Afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un Accidente.**
3. **Complicaciones del embarazo (incluyendo enunciativamente intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos, estados de fiebre puerperal, estados de eclampsia y toxicosis gravídica, Mola Hidatiforme (Embarazo Molar)), operación cesárea y Aborto, salvo que cualquiera de los casos anteriores resulten necesarios a consecuencia de un Accidente.**
4. **Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente.**
5. **Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.**
6. **Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
7. **Costo de reposición de aparatos ortopédicos y de prótesis.**
8. **Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su Hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.**
9. **Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.**
10. **Gastos Médicos por lesiones del Asegurado producidas en ejecución de un robo o tentativa de este en agravio solo del Asegurado.**
11. **Gastos Médicos por lesiones del Asegurado producidas por un ataque directo y premeditado en contra del Asegurado.**
12. **Gastos Médicos por lesiones derivadas del secuestro del Asegurado, a menos que se haya presentado la denuncia por secuestro al ministerio público correspondiente.**

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ROBO

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** reembolsará al **Asegurado** los Gastos Médicos cubiertos en que a causa de haber sido víctima de un robo o tentativa de éste que ocurra durante la vigencia de esta cobertura.

El primer gasto debe de haber sido efectuado a partir del siniestro y dentro de los diez **Días** naturales siguientes a la fecha en que haya ocurrido el robo o tentativa de éste.

CUANTÍA DE REEMBOLSO

La cuantía de reembolso se determinará de la siguiente forma:

a) Se sumarán todos los Gastos Médicos cubiertos.
b) En caso de que la Suma Asegurada sea menor a la suma de los Gastos Médicos cubiertos se tomará ésta como el total de Gastos Médicos Cubiertos
c) Del total de Gastos Médicos cubiertos, se descontarán las cantidades a cargo del **Asegurado** por concepto de **Deducible**.

El **Deducible** se aplicará una sola vez por cada Accidente.

DISMINUCIÓN Y REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA

Toda indemnización que la **Compañía** pague, reducirá en igual cantidad a la Suma Asegurada, reinstalándose ésta a su agotamiento total, a solicitud del **Asegurado** y comprometiéndose a pagar a la **Compañía** la prima correspondiente a la suma reinstalada calculada a prorrata de la cuota anual, desde la fecha de tal reinstalación hasta el vencimiento de la póliza.

Cabe mencionar que dicha reinstalación será efectiva única y exclusivamente para otros Accidentes que ocurran durante la vigencia de la Póliza.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Serán considerados Gastos Médicos cubiertos, aquellos en que incurra el **Asegurado** para tratamiento médico o quirúrgico, por los siguientes conceptos:

a) El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas y el de honorarios de ayudantes del **Médico** cirujano.
b) El costo por medicamentos, aplicación de substancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del **Asegurado**, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen las recetas correspondientes.
c) El costo por el uso de sala de operaciones, sala de recuperación y Unidad de **Terapia Intensiva**.
d) El costo por tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia, suministrados al **Asegurado** durante su **Hospitalización** y que sean prescritos por el **Médico** tratante.
e) El costo de aparatos ortopédicos y prótesis, cuando no sean reposiciones.
f) El costo por **Hospitalización**, entendiéndose como este, por el uso de habitación estándar, así como de los alimentos consumidos por el **Asegurado**.
g) El costo por utilización de ambulancia terrestre.
h) El costo por una enfermera con un límite máximo de tres turnos por **Día**, durante el periodo de **Hospitalización**. Fuera del Hospital se limitará al costo de una enfermera hasta por tres turnos por **Día** con un máximo de 30 **Días** naturales por cada evento.

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

i) El costo por consultas médicas con un máximo de una por **Día**, exceptuando las consultas postoperatorias.
j) El costo por cama extra para un acompañante del **Asegurado** durante su **Hospitalización**.

En todo caso, el cargo por servicios médicos deberá corresponder al Gasto Usual y Acostumbrado en el lugar en donde se proporcionen dichos servicios.

Cuando así se indique en la carátula de la póliza, aplicará el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos con el que se rige la póliza.

EXCLUSIONES
Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicarán las siguientes:

La Compañía no pagará la indemnización por un siniestro ocurrido durante la vigencia de este contrato de seguro, cuando éste tenga origen en cualquiera de los siguientes eventos o circunstancias, o cuando ocurra en las situaciones que se describen a continuación:

1. **Los medicamentos especiales, aplicación de sustancias especiales, estudios para diagnóstico especiales, procedimientos especiales, intervenciones y consultas médicas especiales requeridas por que el Asegurado padeciere infección oportunista y neoplasma maligno o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS) y todas las Enfermedades causadas y/o relacionadas con el virus VIH Positivo o fuere cero-positivo al virus de Inmunodeficiencia humana (VIH). Para efectos de esta exclusión, las infecciones oportunistas incluirán la neumonía pneumocystis carinii, sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central.**
2. **Afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un Accidente.**
3. **Complicaciones del embarazo (incluyendo enunciativamente intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos, estados de fiebre puerperal, estados de eclampsia y toxicosis gravídica, Mola Hidatiforme (Embarazo Molar)), operación cesárea y Aborto, salvo que cualquiera de los casos anteriores resulten necesarios a consecuencia de un Accidente.**
4. **Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente.**
5. **Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.**
6. **Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
7. **Costo de reposición de aparatos ortopédicos y de prótesis.**
8. **Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su Hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.**
9. **Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.**

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ROBO EN CAJERO AUTOMÁTICO

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** reembolsará al **Asegurado** los Gastos Médicos cubiertos en que incurra a causa de haber sido víctima de un robo o tentativa de éste que ocurra durante la vigencia de esta cobertura, siempre y cuando que éste ocurra:

a) Durante el uso de un cajero automático o electrónico
b) Dentro de un área de 150 metros alrededor del cajero electrónico después de haber hecho uso del mismo

El primer gasto debe de haber sido efectuado a partir del siniestro y dentro de los diez **Días** naturales siguientes a la fecha en que haya ocurrido el robo o tentativa de éste.

CUANTÍA DE REEMBOLSO

La cuantía de reembolso se determinará de la siguiente forma:

a) Se sumarán todos los Gastos Médicos cubiertos.
b) En caso de que la Suma Asegurada sea menor a la suma de los Gastos Médicos cubiertos se tomará ésta como el total de Gastos Médicos Cubiertos
c) Del total de Gastos Médicos cubiertos, se descontarán las cantidades a cargo del **Asegurado** por concepto de **Deducible**.

El **Deducible** se aplicará una sola vez por cada Accidente.

DISMINUCIÓN Y REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA

Toda indemnización que la **Compañía** pague, reducirá en igual cantidad a la Suma Asegurada, reinstalándose ésta a su agotamiento total, a solicitud del **Asegurado** y comprometiéndose a pagar a la **Compañía** la prima correspondiente a la suma reinstalada calculada a prorrata de la cuota anual, desde la fecha de tal reinstalación hasta el vencimiento de la póliza.
Cabe mencionar que dicha reinstalación será efectiva única y exclusivamente para otros Accidentes que ocurran durante la vigencia de la Póliza.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Serán considerados Gastos Médicos cubiertos, aquellos en que incurra el **Asegurado** para tratamiento médico o quirúrgico, por los siguientes conceptos:

a) El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas y el de honorarios de ayudantes del **Médico** cirujano.
b) El costo por medicamentos, aplicación de substancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del **Asegurado**, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen las recetas correspondientes.
c) El costo por el uso de sala de operaciones, sala de recuperación y Unidad de **Terapia Intensiva**.
d) El costo por tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia, suministrados al **Asegurado** durante su **Hospitalización** y que sean prescritos por el **Médico** tratante.
e) El costo de aparatos ortopédicos y prótesis, cuando no sean reposiciones.

VÁLIDO SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

f) El costo por **Hospitalización**, entendiéndose como este, por el uso de habitación estándar, así como de los alimentos consumidos por el **Asegurado**.
g) El costo por utilización de ambulancia terrestre.
h) El costo por una enfermera con un límite máximo de tres turnos por **Día**, durante el periodo de **Hospitalización**. Fuera del Hospital se limitará al costo de una enfermera hasta por tres turnos por **Día** con un máximo de 30 **Días** naturales por cada evento.
i) El costo por consultas médicas con un máximo de una por **Día**, exceptuando las consultas postoperatorias.
j) El costo por cama extra para un acompañante del **Asegurado** durante su **Hospitalización**.

En todo caso, el cargo por servicios médicos deberá corresponder al Gasto Usual y Acostumbrado en el lugar en donde se proporcionen dichos servicios.
Cuando así se indique en la carátula de la póliza, aplicará el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos con el que se rige la póliza.

EXCLUSIONES
Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicarán las siguientes:

La Compañía no pagará la indemnización por un siniestro ocurrido durante la vigencia de este contrato de seguro, cuando éste tenga origen en cualquiera de los siguientes eventos o circunstancias, o cuando ocurra en las situaciones que se describen a continuación:

1. **Los medicamentos especiales, aplicación de sustancias especiales, estudios para diagnóstico especiales, procedimientos especiales, intervenciones y consultas médicas especiales requeridas por que el Asegurado padeciere infección oportunista y neoplasma maligno o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS) y todas las Enfermedades causadas y/o relacionadas con el virus VIH Positivo o fuere cero-positivo al virus de Inmunodeficiencia humana (VIH). Para efectos de esta exclusión, las infecciones oportunistas incluirán la neumonía pneumocystis carinii, sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central.**
2. **Afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un Accidente.**
3. **Complicaciones del embarazo (incluyendo enunciativamente intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos, estados de fiebre puerperal, estados de eclampsia y toxicosis gravídica, Mola Hidatiforme (Embarazo Molar)), operación cesárea y Aborto, salvo que cualquiera de los casos anteriores resulten necesarios a consecuencia de un Accidente.**
4. **Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente.**
5. **Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.**

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

6. **Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
7. **Costo de reposición de aparatos ortopédicos y de prótesis.**
8. **Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su Hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.**
9. **Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.**

REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE ESCOLAR

(COBERTURA NACIONAL)

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** reembolsará al **Asegurado** los Gastos Médicos cubiertos en que éste incurra, a causa de cada **Accidente Escolar Cubierto** que ocurra durante la vigencia de esta cobertura.

El primer gasto debe de haber sido efectuado a partir del siniestro y dentro de los diez **Días** naturales siguientes a la fecha en que haya ocurrido el **Accidente Cubierto**.

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Accidente Escolar Cubierto	Es el **Accidente Cubierto** que ocurre durante: o La estancia del alumno **Asegurado** dentro de la institución educativa que se mencione en la carátula de la póliza, así como durante las actividades organizadas, autorizadas y supervisadas por las autoridades de la escuela, dentro del horario escolar o fuera de este horario, hasta un máximo de 72 horas continuas. o Los traslados directos e Ininterrumpidos de su hogar a la institución educativa y viceversa.
Ininterrumpido	Sin importar la ruta o el tiempo que tome el traslado, es el traslado del alumno **Asegurado** por cualquier medio de transporte terrestre o a pie, sin bajarse de ese medio de trasporte (o detenerse cuando lo hace a pie) en el trayecto, con destino final a su hogar o institución educativa.

CUANTÍA DE REEMBOLSO

La cuantía de reembolso se determinará de la siguiente forma:

a) Se sumarán todos los Gastos Médicos cubiertos.
b) En caso de que la Suma Asegurada sea menor a la suma de los Gastos Médicos cubiertos se tomará ésta como el total de Gastos Médicos Cubiertos.

VÁLIDO CONFORME A CARÁTULA DE PÓLIZA

c) Del total de Gastos Médicos cubiertos, se descontarán las cantidades a cargo del **Asegurado** por concepto de **Deducible**.

El **Deducible** se aplicará una sola vez por cada Accidente.

PERIODO DE COBERTURA

En caso de que la póliza no sea renovada, el Reembolso de Gastos Médicos cubiertos por cada evento ocurrido con anterioridad a la fecha de terminación de la póliza, se efectuará por un periodo máximo de 365 **Días**, contados a partir de la fecha de la primera erogación o hasta que se haya alcanzado el límite de suma asegurada para esta cobertura, lo que ocurra primero.

DISMINUCIÓN Y REINSTALACIÓN DE SUMA ASEGURADA

Toda indemnización que la **Compañía** pague, reducirá en igual cantidad a la Suma Asegurada, reinstalándose ésta a su agotamiento total, a solicitud del **Asegurado** y comprometiéndose a pagar a la **Compañía** la prima correspondiente a la suma reinstalada calculada a prorrata de la cuota anual, desde la fecha de tal reinstalación hasta el vencimiento de la póliza.

Cabe mencionar que dicha reinstalación será efectiva única y exclusivamente para otros Accidentes que ocurran durante la vigencia de la Póliza.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Serán considerados Gastos Médicos cubiertos, aquellos en que incurra el **Asegurado** para tratamiento médico o quirúrgico, por los siguientes conceptos:

a) El costo de honorarios médicos por intervenciones quirúrgicas y el de honorarios de ayudantes del **Médico** cirujano.
b) El costo por medicamentos, aplicación de substancias y estudios para diagnósticos que sean indispensables para el tratamiento del **Asegurado**, siempre y cuando exista una prescripción médica y se acompañen las recetas correspondientes.
c) El costo por el uso de sala de operaciones, sala de recuperación y Unidad de **Terapia Intensiva**.
d) El costo por tratamiento de terapia física, radioactiva y fisioterapia, suministrados al **Asegurado** durante su **Hospitalización** y que sean prescritos por el **Médico** tratante.
e) El costo de aparatos ortopédicos y prótesis, cuando no sean reposiciones.
f) El costo por **Hospitalización**, entendiéndose como este, por el uso de habitación estándar, así como de los alimentos consumidos por el **Asegurado**.
g) El costo por utilización de ambulancia terrestre.
h) El costo por una enfermera con un límite máximo de tres turnos por **Día**, durante el periodo de **Hospitalización**. Fuera del Hospital se limitará al costo de una enfermera hasta por tres turnos por **Día** con un máximo de 30 **Días** naturales por cada evento.
i) El costo por consultas médicas con un máximo de una por **Día**, exceptuando las consultas postoperatorias.
j) El costo por cama extra para un acompañante del **Asegurado** durante su **Hospitalización**.

En todo caso, el cargo por servicios médicos deberá corresponder al Gasto Usual y Acostumbrado en el lugar en donde se proporcionen dichos servicios.

Cuando así se indique en la carátula de la póliza, aplicará el Catálogo de Honorarios Médicos y Quirúrgicos con el que se rige la póliza.

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

EXCLUSIONES

Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicarán las siguientes:

La Compañía no pagará la indemnización por un siniestro ocurrido durante la vigencia de este contrato de seguro, cuando éste tenga origen en cualquiera de los siguientes eventos o circunstancias, o cuando ocurra en las situaciones que se describen a continuación:

1. **Los medicamentos especiales, aplicación de sustancias especiales, estudios para diagnóstico especiales, procedimientos especiales, intervenciones y consultas médicas especiales requeridas por que el Asegurado padeciere infección oportunista y neoplasma maligno o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS) y todas las Enfermedades causadas y/o relacionadas con el virus VIH Positivo o fuere cero-positivo al virus de Inmunodeficiencia humana (VIH). Para efectos de esta exclusión, las infecciones oportunistas incluirán la neumonía pneumocystis carinii, sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central.**
2. **Afecciones de la columna vertebral, salvo que resulten a consecuencia de un Accidente.**
3. **Complicaciones del embarazo (incluyendo enunciativamente intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos, estados de fiebre puerperal, estados de eclampsia y toxicosis gravídica, Mola Hidatiforme (Embarazo Molar)), operación cesárea y Aborto, salvo que cualquiera de los casos anteriores resulten necesarios a consecuencia de un Accidente.**
4. **Tratamientos dentales, alveolares o gingivales, excepto los que resulten a consecuencia de un Accidente.**
5. **Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.**
6. **Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
7. **Costo de reposición de aparatos ortopédicos y de prótesis.**
8. **Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su Hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.**
9. **Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.**
10. **Gastos Médicos por lesiones del Asegurado producidas en ejecución de un robo o tentativa de este en agravio del Asegurado.**
11. **Gastos Médicos por lesiones del Asegurado producidas por un ataque directo y premeditado en contra del Asegurado.**
12. **Gastos Médicos por lesiones derivadas del secuestro del Asegurado, a menos que se haya presentado la denuncia por secuestro al ministerio público correspondiente.**

TERRITORIALIDAD

La Compañía reembolsará los Gastos Médicos que se efectúen dentro de la República Mexicana.

VÁLIDAS SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN

INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE, ENFERMEDAD O AMBAS CAUSAS

(COBERTURA NACIONAL Y/O EN EL EXTRANJERO)

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará al **Asegurado** la cantidad que corresponde a la Indemnización por **Hospitalización** estipulada en la carátula de la póliza, cada vez que el **Asegurado** sea internado en un **Hospital** por un periodo mínimo de 24 horas continuas, por alguna de las causas especificadas en la carátula de la póliza que ocurran durante la vigencia de esta cobertura.

La indemnización, puede realizarse de tres maneras diferentes a elección del **Asegurado** al momento de la contratación del seguro, lo cual quedará especificado en la carátula de la póliza:

- Indemnización en una sola exhibición por el monto contratado.
- Indemnización en forma de renta mensual por la el monto y la duración contratada.
- Indemnización en forma de renta diaria por el monto y la duración contratada.

El **Asegurado** puede seleccionar al momento de la contratación del seguro, el tipo de evento que traiga como consecuencia la **Hospitalización** que se desea cubrir, lo cual quedará especificado en la carátula de la póliza:

- Accidente.
- **Enfermedad**.
- Por Accidente y/o **Enfermedad**.

La indemnización se pagará siempre y cuando:

a) La **Hospitalización** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** estipulado en la carátula de la póliza, contado a partir del inicio de vigencia de la póliza, con excepción de que la **Hospitalización** ocurra por una emergencia médica consistente en un infarto al miocardio, infarto cerebral o accidente vascular.
b) El diagnóstico lo efectúe y certifique por escrito un **Médico** especialista y se fundamente con los resultados de los estudios histopatológicos y de laboratorio y gabinete.

Si la **Hospitalización** ocurre durante el **Periodo de Espera** estipulado en la póliza, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza cancelada.

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

PERIODO DE BENEFICIO

La **Compañía** pagará la indemnización por **Hospitalización** que corresponda durante el tiempo que el **Asegurado** permanezca Hospitalizado, hasta por el máximo de **Días** por evento estipulado en la carátula de la póliza y hasta un máximo de 120 **Días** por año.

HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS

En el caso de incurrir en **Hospitalizaciones** sucesivas, a causa de un mismo accidente o **Enfermedad**, separadas por intervalos no mayores de 12 meses, cada periodo de **Hospitalización** será considerado como continuación del anterior, a efecto de aplicar el periodo máximo de **Días** por evento especificado en la carátula de la póliza**.**

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando el padecimiento que dio origen a la Hospitalización sea consecuencia de cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Enfermedad Preexistente.**
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Enfermedad y éstos resulten positivos y/o sospechosos de una Enfermedad, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Enfermedad, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando el diagnóstico sea realizado por un miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa del Asegurado, sin importar si la persona es un Médico.**
7. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado de cualquier forma en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
8. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la Ocupación del Asegurado.**

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN EN TERAPIA INTENSIVA POR ACCIDENTE, ENFERMEDAD O AMBAS CAUSAS

(COBERTURA NACIONAL Y/O EN EL EXTRANJERO)

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará al **Asegurado** la Indemnización por **Hospitalización en Terapia Intensiva** estipulada en la carátula de la póliza, cada vez que el **Asegurado** es internado en el área de **Terapia Intensiva** de un hospital por un periodo mínimo de 24 horas continuas, por alguna de las causas especificadas en la carátula de la póliza que ocurran durante la vigencia de esta cobertura

La indemnización, puede realizarse de tres maneras diferentes a elección del **Asegurado** al momento de la contratación del seguro, lo cual quedará especificado en la carátula de la póliza

- Indemnización en una sola exhibición por el monto contratado.
- Indemnización en forma de Renta mensual por el monto y la duración contratada.
- Indemnización en forma de Renta Diaria por la el monto y la duración contratada.

El **Asegurado** puede seleccionar al momento de la contratación del seguro, el tipo de evento que traiga como consecuencia la **Hospitalización en Terapia Intensiva** que desea cubrir, lo cual quedará especificado en la carátula de la póliza:

- Accidente
- **Enfermedad**
- Por Accidente y/o **Enfermedad**

La indemnización se pagará siempre y cuando:

a) La **Hospitalización en Terapia Intensiva** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** estipulado en la carátula de la póliza, contado a partir del inicio de vigencia de la póliza, con excepción de que la **Hospitalización** ocurra por una emergencia médica consistente en un infarto al miocardio, infarto cerebral o accidente vascular.

b) El diagnóstico lo efectúe y certifique por escrito un **Médico** especialista y se fundamente con los resultados de los estudios histopatológicos y de laboratorio y gabinete.

Si la **Hospitalización en Terapia Intensiva** ocurre durante el **Periodo de Espera** estipulado en la póliza, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza cancelada.

PERIODO DE BENEFICIO

La **Compañía** pagará la indemnización por **Hospitalización en Terapia Intensiva** que corresponda durante el tiempo que el **Asegurado** permanezca Hospitalizado **en Terapia Intensiva**, hasta por el máximo de **Días** por evento estipulado en la carátula de la póliza y hasta un máximo de 120 **Días** por año.

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS

En el caso de incurrir en **Hospitalizaciones** sucesivas, a causa de un mismo accidente o **Enfermedad**, separadas por intervalos no mayores de 12 meses, cada periodo de **Hospitalización en Terapia Intensiva** será considerado como continuación del anterior, a efecto de aplicar el periodo máximo de **Días** por evento especificado en la carátula de la póliza**.**

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando el padecimiento que dio origen a la Hospitalización en el área de Terapia Intensiva, sea consecuencia de cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Enfermedad Preexistente.**
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Enfermedad y estos resulten positivos y/o sospechosos de una Enfermedad, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Enfermedad, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando el diagnóstico sea realizado por un miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa del Asegurado, sin importar si la persona es un Médico.**
7. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
8. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN Y/O TERAPIA INTENSIVA POR ACCIDENTE, ENFERMEDAD O AMBAS CAUSAS

(COBERTURA NACIONAL Y/O EN EL EXTRANJERO)

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará al **Asegurado** la Indemnización por **Hospitalización y/o Terapia Intensiva** estipulada en la carátula de la póliza, cada vez que el **Asegurado** sea internado en un hospital por un periodo mínimo de 24 horas continuas, por alguna de las causas especificadas en la carátula de la póliza ocurran durante la vigencia de esta cobertura

La indemnización, puede realizarse de tres maneras diferentes a elección del **Asegurado** al momento de la contratación del seguro, lo cual quedará especificado en la carátula de la póliza

- Indemnización en una sola exhibición por el monto contratado.
- Indemnización en forma de Renta mensual por la el monto y la duración contratada.
- Indemnización en forma de Renta Diaria por la el monto y la duración contratada.

El **Asegurado** puede seleccionar al momento de la contratación del seguro, el tipo de evento que traiga como consecuencia la **Hospitalización** que se desea cubrir, lo cual quedará especificado en la carátula de la póliza:

- Accidente
- **Enfermedad**
- Por Accidente y/o **Enfermedad**

La indemnización se pagará siempre y cuando:

a) La **Hospitalización** y/o la **Hospitalización en Terapia Intensiva** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** estipulado en la carátula de la póliza, contado a partir del inicio de vigencia de la póliza, con excepción de que la **Hospitalización** ocurra por una emergencia médica consistente en un infarto al miocardio, infarto cerebral o accidente vascular.
b) El diagnóstico lo efectúe y certifique por escrito un **Médico** especialista y se fundamente con los resultados de los estudios histopatológicos y de laboratorio y gabinete.

Si la **Hospitalización** y/o la **Hospitalización en Terapia Intensiva** ocurre durante el **Periodo de Espera** estipulado en la póliza, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza cancelada.

PERIODO DE BENEFICIO

La **Compañía** pagará la indemnización por **Hospitalización** que corresponda durante el tiempo que el **Asegurado** permanezca Hospitalizado, hasta por el máximo de **Días** por evento estipulado en la carátula de la póliza y hasta un máximo de 120 **Días** por año.

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS

En el caso de incurrir en **Hospitalizaciones** sucesivas, a causa de un mismo accidente o **Enfermedad**, separadas por intervalos no mayores de 12 meses, cada periodo de **Hospitalización** será considerado como continuación del anterior, a efecto de aplicar el periodo máximo de **Días** por evento especificado en la carátula de la póliza**.**

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando el padecimiento que dio origen a la Hospitalización o a la Hospitalización en el área de Terapia Intensiva, sea consecuencia de cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Enfermedad Preexistente.**
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Enfermedad y estos resulten positivos y/o sospechosos de una Enfermedad, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Enfermedad, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando el diagnóstico sea realizado por un miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa del Asegurado, sin importar si la persona es un Médico.**
7. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
8. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDADES GRAVES

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE A CAUSA DE APOPLEJÍA

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Apoplejía	Cualquier evento cerebrovascular incluyendo infarto del tejido cerebral, hemorragia subaracnoidea y cerebral, embolia y/o trombosis cerebral.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará a los beneficiarios designados por el **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, si el **Asegurado** fallece a causa de **Apoplejía**, que sea por primera vez diagnosticada al **Asegurado** durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Apoplejía** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si la **Apoplejía** se diagnostica durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando la muerte del Asegurado tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Apoplejía Preexistente, diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Apoplejía y estos resulten positivos y/o sospechosos de una Apoplejía previo al inicio de vigencia de la póliza.**

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Apoplejía, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la Ocupación del Asegurado.**
8. **Enfermedades Preexistentes, según se define en la Póliza.**
9. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
10. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
11. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
12. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
13. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Apoplejía o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
14. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Apoplejía antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
15. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

VÁLIDAS SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE A CAUSA DE CÁNCER FEMENINO

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Cáncer	La presencia de células malignas con multiplicación y crecimiento desmedido que puedan agruparse en un tumor y posteriormente invadir por contigüidad o por metástasis (dispersión) a otros tejidos u órganos. Esto incluye entre otras, leucemia, linfomas, melanomas y **Enfermedad** de Hodgking. El diagnóstico debe ser respaldado por evidencia histopatológica de malignidad y confirmado por un oncólogo o patólogo. El sitio primario se refiere al lugar donde el primer cambio maligno tuvo lugar relacionado con ese cáncer en particular. Cáncer in situ: Es la fase pre-invasiva que caracteriza la evolución de los tumores malignos; considerándose que no atraviesan la membrana basal o cuando el tumor no invade los tejidos vecinos.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará a los beneficiarios designados por la **Asegurada**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, si la **Asegurada** fallece a causa de **Cáncer** en cualquiera de las partes del cuerpo humano que se mencionan a continuación, que sea por primera vez diagnosticado a la **Asegurada** durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura, en:

- Uno o ambos senos.
- Uno o ambos ovarios.
- Cuello del útero.
- Útero.
- Vagina.
- Vulva.
- Una o ambas trompas de Falopio.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Cáncer** en cualquiera de las partes del cuerpo humano mencionadas se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si el **Cáncer** se diagnostica en cualquiera de las partes del cuerpo humano mencionadas durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al

VÁLIDAS SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

Asegurado la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando la muerte del Asegurado tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Cáncer Preexistente, diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Cáncer y estos resulten positivos y/o sospechosos de Cáncer previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Cáncer, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la Ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con la Cobertura.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **En caso de habérsele diagnosticado al Asegurado la presencia de células anormales en el órgano por el cual reclama, antes del inicio de la vigencia de la póliza o durante el Periodo de Espera.**
13. **Tumores descritos histológicamente como pre-malignos, no-invasivos o como cáncer in-situ, incluyendo pero no limitándose a: Carcinoma – in – situ de**

VÁLIDA SÓLO CON LA CARÁTULA DE PÓLIZA

senos, displasia cervical, lesiones de bajo o de alto grado como NIC I, NIC II y NIC III (Neoplasia Intracervical) y Lesiones por VPH (Virus Papiloma Humano).

14. **Hiperqueratosis, cáncer de piel de células basales o de piel escamosa, y melanomas de menos de 1.5 mm de grosor en la escala de Breslow o menos de Nivel 3 en la escala de Clark, a menos que haya evidencia de metástasis.**
15. **Cáncer en órganos afectados por metástasis, es decir no originados en el sitio primario.**
16. **Cualquier tipo de cáncer diferente a los mencionados en el apartado de Cobertura.**
17. **En reclamaciones derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
18. **Enfermedades Preexistentes, entendiéndose por éstas aquellas por las que se haya declarado su existencia en 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; o aquellas por las que el Asegurado haya hecho gastos, previamente a la celebración del contrato, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate.**
19. **Se excluye cualquier Enfermedad que se encuentre en periodo de diagnóstico previo a la contratación de esta póliza y que termine con un diagnóstico definitivo de cáncer dentro del Periodo de Cobertura.**
20. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Cáncer o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
21. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Cáncer antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
22. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

VÁLIDAS SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE A CAUSA DE CÁNCER GENERAL

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Cáncer	La presencia de células malignas con multiplicación y crecimiento desmedido que puedan agruparse en un tumor y posteriormente invadir por contigüidad o por metástasis (dispersión) a otros tejidos u órganos. Esto incluye entre otras, leucemia, linfomas, melanomas y **Enfermedad** de Hodgking. El diagnóstico debe ser respaldado por evidencia histopatológica de malignidad y confirmado por un oncólogo o patólogo. El sitio primario se refiere al lugar donde el primer cambio maligno tuvo lugar relacionado con ese cáncer en particular. Cáncer in situ: Es la fase pre-invasiva que caracteriza la evolución de los tumores malignos; considerándose que no atraviesan la membrana basal o cuando el tumor no invade los tejidos vecinos.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará a los beneficiarios designados por el **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, si el **Asegurado** fallece a causa de **Cáncer**, que sea por primera vez diagnosticado al **Asegurado** durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Cáncer** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si el **Cáncer** se diagnostica durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando la muerte del Asegurado tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Cáncer Preexistente, diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.

2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Cáncer y estos resulten positivos y/o sospechosos de Cáncer previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Cáncer, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la Ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **En caso de habérsele diagnosticado al Asegurado la presencia de células anormales en el órgano por el cual reclama, antes del inicio de la vigencia de la póliza o durante el Periodo de Espera.**
13. **Tumores descritos histológicamente como pre-malignos, no-invasivos o como cáncer in-situ, incluyendo pero no limitándose a: Carcinoma – in – situ de senos, displasia cervical, lesiones de bajo o de alto grado como NIC I, NIC II y NIC III (Neoplasia Intracervical) y Lesiones por VPH (Virus Papiloma Humano).**
14. **Hiperqueratosis, cáncer de piel de células basales o de piel escamosa, y melanomas de menos de 1.5 mm de grosor en la escala de Breslow o menos de Nivel 3 en la escala de Clark, a menos que haya evidencia de metástasis.**
15. **Cáncer en órganos afectados por metástasis, es decir no originados en el sitio primario.**
16. **Cáncer prostático descrito histológicamente según la clasificación TNM de T1a o T1b, cáncer prostático según otra clasificación equivalente o menor, T1N0M0 micro carcinoma papilar de tiroides de menos de 1 cm de diámetro, micro carcinoma papilar de la vejiga, y leucemia linfática crónica menor a etapa 3 de RAI.**

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

17. **Cualquier tipo de cáncer diferente a los mencionados en el apartado de Cobertura.**
18. **En reclamaciones derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
19. **Enfermedades Preexistentes, entendiéndose por éstas aquellas por las que se haya declarado su existencia en 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; o aquellas por las que el Asegurado haya hecho gastos, previamente a la celebración del contrato, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate.**
20. **Se excluye cualquier Enfermedad que se encuentre en periodo de diagnóstico previo a la contratación de esta póliza y que termine con un diagnóstico definitivo de cáncer dentro del Periodo de Cobertura.**
21. **Cualquier tipo de cáncer desarrollado en las siguientes partes del cuerpo humano:**
    - **Para la mujer:** **en uno o ambos senos, uno o ambos ovarios, cuello del útero, útero, vagina, vulva, en una o ambas trompas de falopio.**
    - **Para el hombre:** **uno o ambos testículos, próstata, escroto o pene.**
22. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Cáncer o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
23. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Cáncer antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
24. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

VÁLIDAS SOLO CON GARATUA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE A CAUSA DE CÁNCER MASCULINO

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Cáncer	La presencia de células malignas con multiplicación y crecimiento desmedido que puedan agruparse en un tumor y posteriormente invadir por contigüidad o por metástasis (dispersión) a otros tejidos u órganos. Esto incluye entre otras, leucemia, linfomas, melanomas y **Enfermedad** de Hodgking. El diagnóstico debe ser respaldado por evidencia histopatológica de malignidad y confirmado por un oncólogo o patólogo. El sitio primario se refiere al lugar donde el primer cambio maligno tuvo lugar relacionado con ese cáncer en particular. Cáncer in situ: Es la fase pre-invasiva que caracteriza la evolución de los tumores malignos; considerándose que no atraviesan la membrana basal o cuando el tumor no invade los tejidos vecinos.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará a los beneficiarios designados por el **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, si el **Asegurado** fallece a causa del **Cáncer** en cualquiera de las partes del cuerpo humano que se mencionan a continuación, que sea por primera vez diagnosticado al **Asegurado** durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura, en:

- Uno o ambos Testículos.
- Próstata.
- Escroto.
- Pene.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Cáncer** en cualquiera de las partes del cuerpo humano mencionadas se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si el **Cáncer** se diagnostica en cualquiera de las partes del cuerpo humano mencionadas, durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando la muerte del Asegurado tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Cáncer Preexistente, diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Cáncer y estos resulten positivos y/o sospechosos de Cáncer previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Cáncer, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la Ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con la Cobertura.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **En caso de habérsele diagnosticado al Asegurado la presencia de células anormales en el órgano por el cual reclama, antes del inicio de la vigencia de la póliza o durante el Periodo de Espera.**
13. **Tumores descritos histológicamente como pre-malignos, no-invasivos o como cáncer in-situ, incluyendo pero no limitándose a: Carcinoma – in – situ de senos, displasia cervical, lesiones de bajo o de alto grado como NIC I, NIC II y NIC III (Neoplasia Intracervical) y Lesiones por VPH (Virus Papiloma Humano).**

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

14. **Hiperqueratosis, cáncer de piel de células basales o de piel escamosa, y melanomas de menos de 1.5 mm de grosor en la escala de Breslow o menos de Nivel 3 en la escala de Clark, a menos que haya evidencia de metástasis.**
15. **Cáncer en órganos afectados por metástasis, es decir no originados en el sitio primario.**
16. **Cáncer prostático descrito histológicamente según la clasificación TNM de T1a o T1b, cáncer prostático según otra clasificación equivalente o menor, T1N0M0 micro carcinoma papilar de tiroides de menos de 1 cm de diámetro, micro carcinoma papilar de la vejiga, y leucemia linfática crónica menor a etapa 3 de RAI.**
17. **Cualquier tipo de cáncer diferente a los mencionados en el apartado de Cobertura.**
18. **En reclamaciones derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
19. **Enfermedades Preexistentes, entendiéndose por éstas aquellas por las que se haya declarado su existencia en 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; o aquellas por las que el Asegurado haya hecho gastos, previamente a la celebración del contrato, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate.**
20. **Se excluye cualquier Enfermedad que se encuentre en periodo de diagnóstico previo a la contratación de esta póliza y que termine con un diagnóstico definitivo de cáncer dentro del Periodo de Cobertura.**
21. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Cáncer o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
22. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Cáncer antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
23. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE A CAUSA DE CIRUGÍA ARTERO CORONARIA

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Cirugía Artero Coronaria	Proceso de cirugía a corazón abierto, para corregir la obstrucción o estrechamiento de una o más arterias coronarias con injertos de derivación. Este procedimiento quirúrgico debe ser respaldado por evidencia angiográfica de obstrucción coronaria que comprometa el miocardio. El procedimiento debe ser considerado médicamente necesario por un cardiólogo.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará a los beneficiarios designados por el **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, si el **Asegurado** fallece a causa de **Cirugía Artero Coronaria**, que sea por primera vez practicada al **Asegurado** durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

La indemnización se pagará siempre y cuando la **Cirugía Artero Coronaria** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si la **Cirugía Artero Coronaria** se lleve a cabo durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando la muerte del Asegurado tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Cirugía Artero Coronaria Preexistente, diagnosticada o practicada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Cirugía Artero Coronaria y estos resulten positivos y/o sospechosos de una Cirugía Artero Coronaria previo al inicio de vigencia de la póliza.**

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Cirugía Artero Coronaria, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la Ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Cirugía Artero Coronaria o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
13. **El Asegurado ha sido diagnosticado con la necesidad de realizarse una cirugía Artero Coronaria antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
14. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

VÁLIDAS SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE A CAUSA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Esclerosis Múltiple	Diagnóstico realizado por un especialista en neurología confirmando anormalidades neurológicas persistentes con daños funcionales, sin que el **Asegurado** deba necesariamente hallarse confinado a una silla de ruedas, existiendo degeneración de tejido neuronal endurecido en el cerebro o en la médula espinal manifestado por la parálisis parcial o total, parentesias y/o neuritis óptica, con episodios de exacerbación y remisión.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará a los beneficiarios designados por el **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, si el **Asegurado** fallece a causa de **Esclerosis Múltiple**, que sea por primera vez diagnosticada al **Asegurado** durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Esclerosis Múltiple** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si la **Esclerosis Múltiple** se diagnostica durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando la muerte del Asegurado tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Esclerosis Múltiple Preexistente, diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Esclerosis Múltiple y estos resulten positivos y/o sospechosos de Esclerosis Múltiple previo al inicio de vigencia de la póliza.**

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Esclerosis Múltiple, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la Ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Esclerosis Múltiple o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
13. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Esclerosis Múltiple antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
14. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

VÁLIDAS SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE A CAUSA DE INFARTO AL MIOCARDIO

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Infarto al Miocardio	La muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de una irrigación sanguínea deficiente a la zona respectiva; no incluyendo NSTEMI (non-ST segment elevation myocardial infarction, por sus siglas en inglés).

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará a los beneficiarios designados por el **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, si el **Asegurado** fallece a causa de **Infarto al Miocardio**, que sea por primera vez diagnosticado al **Asegurado** durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Infarto al Miocardio** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si el **Infarto al Miocardio** se diagnostica durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando la muerte del Asegurado tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Infarto al Miocardio Preexistente, diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Infarto al Miocardio y estos resulten positivos y/o sospechosos de Infarto al Miocardio previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Infarto al Miocardio, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la Ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Infarto al Miocardio o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
13. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Infarto al Miocardio antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
14. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE A CAUSA DE INFARTO CEREBRAL O ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC)	Cualquier evento cerebrovascular, incluyendo infarto del tejido cerebral, hemorragia subaracnoidea y cerebral, embolia y/o trombosis cerebral.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará a los beneficiarios designados por el **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, si el **Asegurado** fallece a causa de **Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC)**, que sea por primera vez diagnosticado al **Asegurado** durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC)** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si el **Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC)** se diagnostica durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando la muerte del Asegurado tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC) Preexistente, diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC) y estos resulten positivos y/o sospechosos de Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC) previo al inicio de vigencia de la póliza.**

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC), aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la Ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC) o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
13. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC) antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
14. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE A CAUSA DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Insuficiencia Renal Crónica	Fallo total e irreversible de los riñones, que trae como consecuencia la necesidad de efectuar diálisis o hemodiálisis renal o un trasplante de riñón.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará a los beneficiarios designados por el **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, si el **Asegurado** fallece a causa de **Insuficiencia Renal Crónica**, que sea por primera vez diagnosticada al **Asegurado** durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Insuficiencia Renal Crónica** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si la **Insuficiencia Renal Crónica** se diagnostica durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando la muerte del Asegurado tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Insuficiencia Renal Crónica Preexistente, diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Insuficiencia Renal Crónica y estos resulten positivos y/o sospechosos de Insuficiencia Renal Crónica previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Insuficiencia Renal Crónica, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la Ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Insuficiencia Renal Crónica o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
13. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Insuficiencia Renal Crónica antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
14. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN, RENTA MENSUAL O RENTA DIARIA POR CIRUGÍA ARTERO CORONARIA

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Cirugía Artero Coronaria	Proceso de cirugía a corazón abierto, para corregir la obstrucción o estrechamiento de una o más arterias coronarias con injertos de derivación. Este procedimiento quirúrgico debe ser respaldado por evidencia angiográfica de obstrucción coronaria que comprometa el miocardio. El procedimiento debe ser considerado médicamente necesario por un cardiólogo.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará al **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, cuando le sea practicada una **Cirugía Artero Coronaria**, que sea por primera vez, durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

La indemnización por la **Cirugía Artero Coronaria** puede realizarse de tres maneras diferentes a elección del **Asegurado** al momento de la contratación del seguro, lo cual quedará especificado en la carátula de la póliza:

- Indemnización en una sola exhibición por el monto contratado.
- Indemnización en forma de renta mensual, por la el monto y la duración contratada.
- Indemnización en forma de Renta Diaria, por la el monto y la duración contratada.

La indemnización se pagará siempre y cuando la **Cirugía Artero Coronaria** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si la **Cirugía Artero Coronaria** se efectúa durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando la Cirugía Artero Coronaria tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Cirugía Artero Coronaria Preexistente, diagnosticada o practicada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Cirugía Artero Coronaria y estos resulten positivos y/o sospechosos de una Cirugía Artero Coronaria previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Cirugía Artero Coronaria, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la Ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Cirugía Artero Coronaria o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
13. **El Asegurado ha sido diagnosticado con la necesidad de realizarse una Cirugía Artero Coronaria antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
14. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN, RENTA MENSUAL O RENTA DIARIA POR CIRUGÍA DE ALTA ESPECIALIDAD

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Cirugía de Alta Especialidad	Cualquiera de las intervenciones quirúrgicas listadas a continuación: 1. Cirugías del Cráneo. 2. Cardiopatías Congénitas. 3. Reemplazo Valvular Cardiaco. 4. Tratamiento Quirúrgico de aneurismas del cayado aórtico o de la aorta. 5. Derivación (by-pass) aorto coronario o mamario coronario. 6. Angioplastías. 7. Reemplazo de Cadera. 8. Cirugía de comando de útero y anexos. 9. Trasplantes de órganos.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará al **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, cuando le sea practicada una **Cirugía de Alta Especialidad**, que sea por primera vez, que ocurra después de haber transcurrido 90 **Días** naturales a partir del inicio de esta cobertura y dentro del plazo de vigencia de esta póliza.

La indemnización por la **Cirugía de Alta Especialidad** puede realizarse de tres maneras diferentes a elección del **Asegurado** al momento de la contratación del seguro, lo cual quedará especificado en la carátula de la póliza:

- Indemnización en una sola exhibición por el monto contratado.
- Indemnización en forma de renta mensual, por la el monto y la duración contratada.
- Indemnización en forma de Renta Diaria, por la el monto y la duración contratada.

La indemnización se pagará siempre y cuando la **Cirugía de Alta Especialidad** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si la **Cirugía de Alta Especialidad** se efectúa durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando la Cirugía de Alta Especialidad tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

VÁLIDAS CON CARÁTULA DE PÓLIZA

1. **Cirugía de Alta Especialidad Preexistente, diagnosticada o practicada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Cirugía de Alta Especialidad y estos resulten positivos y/o sospechosos de una Cirugía de Alta Especialidad previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Cirugía de Alta Especialidad, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la Ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Cirugía Artero Coronaria o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
13. **El Asegurado ha sido diagnosticado con la necesidad de realizarse una Cirugía Artero Coronaria antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
14. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN, RENTA MENSUAL O RENTA DIARIA POR DIAGNÓSTICO DE APOPLEJÍA

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Apoplejía	Cualquier evento cerebrovascular incluyendo infarto del tejido cerebral, hemorragia subaracnoidea y cerebral, embolia y/o trombosis cerebral.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará al **Asegurado** la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, cuando le sea diagnosticada **Apoplejía**, que sea por primera vez, durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

La indemnización por el diagnóstico de **Apoplejía**, puede realizarse de tres maneras diferentes a elección del **Asegurado** al **momento** de la contratación del seguro, lo cual quedará especificado en la carátula de la póliza:

- Indemnización en una sola exhibición por el monto contratado.
- Indemnización en forma de renta mensual, por la el monto y la duración contratada.
- Indemnización en forma de Renta Diaria, por la el monto y la duración contratada.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Apoplejía** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si la **Apoplejía** se diagnostica durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando el diagnóstico tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Apoplejía Preexistente, diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Apoplejía y estos resulten positivos y/o sospechosos de Apoplejía previo al inicio de vigencia de la póliza.**

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Apoplejía, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la Ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Apoplejía o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
13. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Apoplejía antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
14. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

INDEMNIZACIÓN, RENTA MENSUAL O RENTA DIARIA POR DISTROFIA MUSCULAR

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Distrofia Muscular	**Enfermedad** hereditaria caracterizada por la pérdida progresiva de los músculos. El diagnóstico deberá ser efectuado por un **Médico**

VÁLIDAS SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

	especialista y deberá estar fundamentado en síntomas clínicos y en la historia genética del paciente (estudio cromosomático o historia genética familiar). El informe de cualquier biopsia muscular o electromiografía no sería suficiente ya que no constituirá por sí el diagnóstico.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará al **Asegurado** la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, cuando le sea diagnosticada **Distrofia Muscular**, que sea por primera vez, durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

La indemnización por el Diagnóstico de **Distrofia Muscular**, puede realizarse de tres maneras diferentes a elección del **Asegurado** al momento de la contratación del seguro, lo cual quedará especificado en la carátula de la póliza:

- Indemnización en una sola exhibición por el monto contratado.
- Indemnización en forma de renta mensual, por la el monto y la duración contratada.
- Indemnización en forma de Renta Diaria, por la el monto y la duración contratada.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Distrofia Muscular** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si la **Distrofia Muscular** se diagnostica durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando el diagnóstico tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Distrofia Muscular Preexistente, diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Distrofia Muscular y estos resulten positivos y/o sospechosos de una Distrofia Muscular previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Distrofia Muscular, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la Ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Distrofia Muscular o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
13. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Distrofia Muscular antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
14. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

INDEMNIZACIÓN, RENTA MENSUAL O RENTA DIARIA POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER FEMENINO

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Cáncer	La presencia de células malignas con multiplicación y crecimiento desmedido que puedan agruparse en un tumor y posteriormente invadir por contigüidad o por metástasis (dispersión) a otros tejidos u órganos. Esto incluye entre otras, leucemia, linfomas, melanomas y **Enfermedad** de Hodgking. El diagnóstico debe ser respaldado por evidencia histopatológica de malignidad y confirmado por un oncólogo o patólogo.

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

	El sitio primario se refiere al lugar donde el primer cambio maligno tuvo lugar relacionado con ese cáncer en particular. Cáncer in situ: Es la fase pre-invasiva que caracteriza la evolución de los tumores malignos; considerándose que no atraviesan la membrana basal o cuando el tumor no invade los tejidos vecinos.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará a la Asegurada, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, cuando le sea diagnosticado **Cáncer** en cualquiera de las partes del cuerpo humano que se mencionan a continuación, que sea por primera vez, durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura, en:

- Uno o ambos senos.
- Uno o ambos ovarios.
- Cuello del útero.
- Útero.
- Vagina.
- Vulva.
- Una o ambas trompas de Falopio.

La indemnización por el diagnóstico de **Cáncer** en cualquiera de las partes del cuerpo humano mencionadas puede realizarse de tres maneras diferentes a elección del **Asegurado** al momento de la contratación del seguro, lo cual quedará especificado en la carátula de la póliza:

- Indemnización en una sola exhibición por el monto contratado.
- Indemnización en forma de renta mensual, por la el monto y la duración contratada.
- Indemnización en forma de Renta Diaria, por la el monto y la duración contratada.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Cáncer** en cualquiera de las partes del cuerpo humano mencionadas que se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si el **Cáncer** se diagnostica en cualquiera de las partes del cuerpo humano mencionadas durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando el diagnóstico tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

1. **Cáncer Preexistente, diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Cáncer y estos resulten positivos y/o sospechosos de Cáncer previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Cáncer, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con la Cobertura.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **En caso de habérsele diagnosticado al Asegurado la presencia de células anormales en el órgano por el cual reclama, antes del inicio de la vigencia de la póliza o durante el Periodo de Espera.**
13. **Tumores descritos histológicamente como pre-malignos, no-invasivos o como cáncer in-situ, incluyendo pero no limitándose a: Carcinoma – in – situ de senos, displasia cervical, lesiones de bajo o de alto grado como NIC I, NIC II y NIC III (Neoplasia Intracervical) y Lesiones por VPH (Virus Papiloma Humano).**
14. **Hiperqueratosis, cáncer de piel de células basales o de piel escamosa, y melanomas de menos de 1.5 mm de grosor en la escala de Breslow o menos de Nivel 3 en la escala de Clark, a menos que haya evidencia de metástasis.**
15. **Cáncer en órganos afectados por metástasis, es decir no originados en el sitio primario.**
16. **Cualquier tipo de cáncer diferente a los mencionados en el apartado de Cobertura.**

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

17. **En reclamaciones derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
18. **Enfermedades Preexistentes, entendiéndose por éstas aquellas por las que se haya declarado su existencia en 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; o aquellas por las que el Asegurado haya hecho gastos, previamente a la celebración del contrato, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate.**
19. **Se excluye cualquier Enfermedad que se encuentre en periodo de diagnóstico previo a la contratación de esta póliza y que termine con un diagnóstico definitivo de cáncer dentro del Periodo de Cobertura.**
20. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Cáncer o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
21. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Cáncer antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
22. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE A CAUSA DE CÁNCER GENERAL

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Cáncer	La presencia de células malignas con multiplicación y crecimiento desmedido que puedan agruparse en un tumor y posteriormente invadir por contigüidad o por metástasis (dispersión) a otros tejidos u órganos. Esto incluye entre otras, leucemia, linfomas, melanomas y **Enfermedad** de Hodgking. El diagnóstico debe ser respaldado por evidencia histopatológica de malignidad y confirmado por un oncólogo o patólogo. El sitio primario se refiere al lugar donde el primer cambio maligno tuvo lugar relacionado con ese cáncer en

VÁLIDO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

	particular. Cáncer in situ: Es la fase pre-invasiva que caracteriza la evolución de los tumores malignos; considerándose que no atraviesan la membrana basal o cuando el tumor no invade los tejidos vecinos.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará a los beneficiarios designados por el **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, si el **Asegurado** fallece a causa de **Cáncer**, que sea por primera vez diagnosticado al **Asegurado** durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Cáncer** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si el **Cáncer** se diagnostica durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando la muerte del Asegurado tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Cáncer Preexistente, diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Cáncer y estos resulten positivos y/o sospechosos de Cáncer previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Cáncer, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**

VÁLIDA SOLO SI CON CARÁTULA DE PÓLIZA

7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **En caso de habérsele diagnosticado al Asegurado la presencia de células anormales en el órgano por el cual reclama, antes del inicio de la vigencia de la póliza o durante el Periodo de Espera.**
13. **Tumores descritos histológicamente como pre-malignos, no-invasivos o como cáncer in-situ, incluyendo pero no limitándose a: Carcinoma – in – situ de senos, displasia cervical, lesiones de bajo o de alto grado como NIC I, NIC II y NIC III (Neoplasia Intracervical) y Lesiones por VPH (Virus Papiloma Humano).**
14. **Hiperqueratosis, cáncer de piel de células basales o de piel escamosa, y melanomas de menos de 1.5 mm de grosor en la escala de Breslow o menos de Nivel 3 en la escala de Clark, a menos que haya evidencia de metástasis.**
15. **Cáncer en órganos afectados por metástasis, es decir no originados en el sitio primario.**
16. **Cáncer prostático descrito histológicamente según la clasificación TNM de T1a o T1b, cáncer prostático según otra clasificación equivalente o menor, T1N0M0 micro carcinoma papilar de tiroides de menos de 1 cm de diámetro, micro carcinoma papilar de la vejiga, y leucemia linfática crónica menor a etapa 3 de RAI.**
17. **Cualquier tipo de cáncer diferente a los mencionados en el apartado de Cobertura.**
18. **En reclamaciones derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
19. **Enfermedades Preexistentes, entendiéndose por éstas aquellas por las que se haya declarado su existencia en 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; o aquellas por las que el Asegurado haya hecho gastos, previamente a la celebración del contrato, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate.**
20. **Se excluye cualquier Enfermedad que se encuentre en periodo de diagnóstico previo a la contratación de esta póliza y que termine con un diagnóstico definitivo de cáncer dentro del Periodo de Cobertura.**
21. **Cualquier tipo de cáncer desarrollado en las siguientes partes del cuerpo humano:**

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

- **Para la mujer:** **en uno o ambos senos, uno o ambos ovarios, cuello del útero, útero, vagina, vulva, en una o ambas trompas de falopio.**
- **Para el hombre:** **uno o ambos testículos, próstata, escroto o pene.**

22. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Cáncer o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
23. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Cáncer antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
24. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE A CAUSA DE CÁNCER MASCULINO

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Cáncer	La presencia de células malignas con multiplicación y crecimiento desmedido que puedan agruparse en un tumor y posteriormente invadir por contigüidad o por metástasis (dispersión) a otros tejidos u órganos. Esto incluye entre otras, leucemia, linfomas, melanomas y **Enfermedad** de Hodgking. El diagnóstico debe ser respaldado por evidencia histopatológica de malignidad y confirmado por un oncólogo o patólogo. El sitio primario se refiere al lugar donde el primer cambio maligno tuvo lugar relacionado con ese cáncer en particular. Cáncer in situ: Es la fase pre-invasiva que caracteriza la evolución de los tumores malignos; considerándose que no atraviesan la membrana basal o cuando el tumor no invade los tejidos vecinos.

VÁLIDO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará a los beneficiarios designados por el **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, si el **Asegurado** fallece a causa del **Cáncer** en cualquiera de las partes del cuerpo humano que se mencionan a continuación, que sea por primera vez diagnosticado al **Asegurado** durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura, en:

- Uno o ambos Testículos.
- Próstata.
- Escroto.
- Pene.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Cáncer** en cualquiera de las partes del cuerpo humano mencionadas se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si el **Cáncer** se diagnostica en cualquiera de las partes del cuerpo humano mencionadas, durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando la muerte del Asegurado tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Cáncer Preexistente, diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Cáncer y estos resulten positivos y/o sospechosos de Cáncer previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Cáncer, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con la Cobertura.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **En caso de habérsele diagnosticado al Asegurado la presencia de células anormales en el órgano por el cual reclama, antes del inicio de la vigencia de la póliza o durante el Periodo de Espera.**
13. **Tumores descritos histológicamente como pre-malignos, no-invasivos o como cáncer in-situ, incluyendo pero no limitándose a: Carcinoma – in – situ de senos, displasia cervical, lesiones de bajo o de alto grado como NIC I, NIC II y NIC III (Neoplasia Intracervical) y Lesiones por VPH (Virus Papiloma Humano).**
14. **Hiperqueratosis, cáncer de piel de células basales o de piel escamosa, y melanomas de menos de 1.5 mm de grosor en la escala de Breslow o menos de Nivel 3 en la escala de Clark, a menos que haya evidencia de metástasis.**
15. **Cáncer en órganos afectados por metástasis, es decir no originados en el sitio primario.**
16. **Cáncer prostático descrito histológicamente según la clasificación TNM de T1a o T1b, cáncer prostático según otra clasificación equivalente o menor, T1N0M0 micro carcinoma papilar de tiroides de menos de 1 cm de diámetro, micro carcinoma papilar de la vejiga, y leucemia linfática crónica menor a etapa 3 de RAI.**
17. **Cualquier tipo de cáncer diferente a los mencionados en el apartado de Cobertura.**
18. **En reclamaciones derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
19. **Enfermedades Preexistentes, entendiéndose por éstas aquellas por las que se haya declarado su existencia en 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; o aquellas por las que el Asegurado haya hecho gastos, previamente a la celebración del contrato, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate.**
20. **Se excluye cualquier Enfermedad que se encuentre en periodo de diagnóstico previo a la contratación de esta póliza y que termine con un diagnóstico definitivo de cáncer dentro del Periodo de Cobertura.**
21. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Cáncer o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran**

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.

22. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Cáncer antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
23. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE A CAUSA DE CIRUGÍA ARTERO CORONARIA

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Cirugía Artero Coronaria	Proceso de cirugía a corazón abierto, para corregir la obstrucción o estrechamiento de una o más arterias coronarias con injertos de derivación. Este procedimiento quirúrgico debe ser respaldado por evidencia angiográfica de obstrucción coronaria que comprometa el miocardio. El procedimiento debe ser considerado médicamente necesario por un cardiólogo.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará a los beneficiarios designados por el **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, si el **Asegurado** fallece a causa de **Cirugía Artero Coronaria**, que sea por primera vez practicada al **Asegurado** durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

La indemnización se pagará siempre y cuando la **Cirugía Artero Coronaria** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si la **Cirugía Artero Coronaria** se lleve a cabo durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando la muerte del Asegurado tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

1. **Cirugía Artero Coronaria Preexistente, diagnosticada o practicada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Cirugía Artero Coronaria y estos resulten positivos y/o sospechosos de una Cirugía Artero Coronaria previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Cirugía Artero Coronaria, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Cirugía Artero Coronaria o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
13. **El Asegurado ha sido diagnosticado con la necesidad de realizarse una cirugía Artero Coronaria antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
14. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE A CAUSA DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Esclerosis Múltiple	Diagnóstico realizado por un especialista en neurología confirmando anormalidades neurológicas persistentes con daños funcionales, sin que el **Asegurado** deba necesariamente hallarse confinado a una silla de ruedas, existiendo degeneración de tejido neuronal endurecido en el cerebro o en la médula espinal manifestado por la parálisis parcial o total, parentesias y/o neuritis óptica, con episodios de exacerbación y remisión.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará a los beneficiarios designados por el **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, si el **Asegurado** fallece a causa de **Esclerosis Múltiple**, que sea por primera vez diagnosticada al **Asegurado** durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Esclerosis Múltiple** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si la **Esclerosis Múltiple** se diagnostica durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando la muerte del Asegurado tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Esclerosis Múltiple Preexistente, diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Esclerosis Múltiple y estos resulten positivos y/o sospechosos de Esclerosis Múltiple previo al inicio de vigencia de la póliza.**

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Esclerosis Múltiple, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Esclerosis Múltiple o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
13. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Esclerosis Múltiple antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
14. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

VÁLIDAS SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE A CAUSA DE INFARTO AL MIOCARDIO

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Infarto al Miocardio	La muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de una irrigación sanguínea deficiente a la zona respectiva; no incluyendo NSTEMI (non-ST segment elevation myocardial infarction, por sus siglas en inglés).

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará a los beneficiarios designados por el **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, si el **Asegurado** fallece a causa de **Infarto al Miocardio**, que sea por primera vez diagnosticado al **Asegurado** durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Infarto al Miocardio** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si el **Infarto al Miocardio** se diagnostica durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando la muerte del Asegurado tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Infarto al Miocardio Preexistente, diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Infarto al Miocardio y estos resulten positivos y/o sospechosos de Infarto al Miocardio previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Infarto al Miocardio, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Infarto al Miocardio o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
13. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Infarto al Miocardio antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
14. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE A CAUSA DE INFARTO CEREBRAL O ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC)	Cualquier evento cerebrovascular, incluyendo infarto del tejido cerebral, hemorragia subaracnoidea y cerebral, embolia y/o trombosis cerebral.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará a los beneficiarios designados por el **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, si el **Asegurado** fallece a causa de **Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC)**, que sea por primera vez diagnosticado al **Asegurado** durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC)** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si el **Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC)** se diagnostica durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando la muerte del Asegurado tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC) Preexistente, diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC) y estos resulten positivos y/o sospechosos de Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC), aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC) o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
13. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC) antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
14. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

INDEMNIZACIÓN POR MUERTE A CAUSA DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Insuficiencia Renal Crónica	Fallo total e irreversible de los riñones, que trae como consecuencia la necesidad de efectuar diálisis o hemodiálisis renal o un trasplante de riñón.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará a los beneficiarios designados por el **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, si el **Asegurado** fallece a causa de **Insuficiencia Renal Crónica**, que sea por primera vez diagnosticada al **Asegurado** durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Insuficiencia Renal Crónica** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si la **Insuficiencia Renal Crónica** se diagnostica durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando la muerte del Asegurado tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Insuficiencia Renal Crónica Preexistente, diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Insuficiencia Renal Crónica y estos resulten positivos y/o sospechosos de Insuficiencia Renal Crónica previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Insuficiencia Renal Crónica, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Insuficiencia Renal Crónica o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
13. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Insuficiencia Renal Crónica antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
14. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado,**

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.

INDEMNIZACIÓN, RENTA MENSUAL O RENTA DIARIA POR CIRUGÍA ARTERO CORONARIA

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Cirugía Artero Coronaria	Proceso de cirugía a corazón abierto, para corregir la obstrucción o estrechamiento de una o más arterias coronarias con injertos de derivación. Este procedimiento quirúrgico debe ser respaldado por evidencia angiográfica de obstrucción coronaria que comprometa el miocardio. El procedimiento debe ser considerado médicamente necesario por un cardiólogo.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA
La **Compañía** pagará al **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, cuando le sea practicada una **Cirugía Artero Coronaria**, que sea por primera vez, durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

La indemnización por la **Cirugía Artero Coronaria** puede realizarse de tres maneras diferentes a elección del **Asegurado** al momento de la contratación del seguro, lo cual quedará especificado en la carátula de la póliza:

- Indemnización en una sola exhibición por el monto contratado.
- Indemnización en forma de renta mensual, por la el monto y la duración contratada.
- Indemnización en forma de Renta Diaria, por la el monto y la duración contratada.

La indemnización se pagará siempre y cuando la **Cirugía Artero Coronaria** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si la **Cirugía Artero Coronaria** se efectúa durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS
La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando la Cirugía Artero Coronaria tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

1. **Cirugía Artero Coronaria Preexistente, diagnosticada o practicada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Cirugía Artero Coronaria y estos resulten positivos y/o sospechosos de una Cirugía Artero Coronaria previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Cirugía Artero Coronaria, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Cirugía Artero Coronaria o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
13. **El Asegurado ha sido diagnosticado con la necesidad de realizarse una Cirugía Artero Coronaria antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
14. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN, RENTA MENSUAL O RENTA DIARIA POR CIRUGÍA DE ALTA ESPECIALIDAD

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Cirugía de Alta Especialidad	Cualquiera de las intervenciones quirúrgicas listadas a continuación: 1. Cirugías del Cráneo. 2. Cardiopatías Congénitas. 3. Reemplazo Valvular Cardiaco. 4. Tratamiento Quirúrgico de aneurismas del cayado aórtico o de la aorta. 5. Derivación (by-pass) aorto coronario o mamario coronario. 6. Angioplastías. 7. Reemplazo de Cadera. 8. Cirugía de comando de útero y anexos. 9. Trasplantes de órganos.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará al **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, cuando le sea practicada una **Cirugía de Alta Especialidad**, que sea por primera vez, que ocurra después de haber transcurrido 90 **Días** naturales a partir del inicio de esta cobertura y dentro del plazo de vigencia de esta póliza.

La indemnización por la **Cirugía de Alta Especialidad** puede realizarse de tres maneras diferentes a elección del **Asegurado** al momento de la contratación del seguro, lo cual quedará especificado en la carátula de la póliza:

- Indemnización en una sola exhibición por el monto contratado.
- Indemnización en forma de renta mensual, por la el monto y la duración contratada.
- Indemnización en forma de Renta Diaria, por la el monto y la duración contratada.

La indemnización se pagará siempre y cuando la **Cirugía de Alta Especialidad** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si la **Cirugía de Alta Especialidad** se efectúa durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando la Cirugía de Alta Especialidad tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

1. **Cirugía de Alta Especialidad Preexistente, diagnosticada o practicada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Cirugía de Alta Especialidad y estos resulten positivos y/o sospechosos de una Cirugía de Alta Especialidad previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Cirugía de Alta Especialidad, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Cirugía Artero Coronaria o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
13. **El Asegurado ha sido diagnosticado con la necesidad de realizarse una Cirugía Artero Coronaria antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
14. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN, RENTA MENSUAL O RENTA DIARIA POR DIAGNÓSTICO DE APOPLEJÍA

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Apoplejía	Cualquier evento cerebrovascular incluyendo infarto del tejido cerebral, hemorragia subaracnoidea y cerebral, embolia y/o trombosis cerebral.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará al **Asegurado** la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, cuando le sea diagnosticada **Apoplejía**, que sea por primera vez, durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

La indemnización por el diagnóstico de **Apoplejía**, puede realizarse de tres maneras diferentes a elección del **Asegurado** al momento de la contratación del seguro, lo cual quedará especificado en la carátula de la póliza:

- Indemnización en una sola exhibición por el monto contratado.
- Indemnización en forma de renta mensual, por la el monto y la duración contratada.
- Indemnización en forma de Renta Diaria, por la el monto y la duración contratada.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Apoplejía** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si la **Apoplejía** se diagnostica durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando el diagnóstico tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Apoplejía Preexistente, diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Apoplejía y estos resulten positivos y/o sospechosos de Apoplejía previo al inicio de vigencia de la póliza.**

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Apoplejía, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Apoplejía o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
13. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Apoplejía antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
14. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

INDEMNIZACIÓN, RENTA MENSUAL O RENTA DIARIA POR DISTROFIA MUSCULAR

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Distrofia Muscular	**Enfermedad** hereditaria caracterizada por la pérdida progresiva de los músculos. El diagnóstico deberá ser efectuado por un médico

VÁLIDAS SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

	especialista y deberá estar fundamentado en síntomas clínicos y en la historia genética del paciente (estudio cromosomático o historia genética familiar). El informe de cualquier biopsia muscular o electromiografía no sería suficiente ya que no constituirá por sí el diagnóstico.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará al **Asegurado** la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, cuando le sea diagnosticada **Distrofia Muscular**, que sea por primera vez, durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

La indemnización por el diagnóstico de **Distrofia Muscular**, puede realizarse de tres maneras diferentes a elección del **Asegurado** al momento de la contratación del seguro, lo cual quedará especificado en la carátula de la póliza:

- Indemnización en una sola exhibición por el monto contratado.
- Indemnización en forma de renta mensual, por la el monto y la duración contratada.
- Indemnización en forma de Renta Diaria, por la el monto y la duración contratada.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Distrofia Muscular** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si la **Distrofia Muscular** se diagnostica durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando el diagnóstico tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Distrofia Muscular Preexistente, diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Distrofia Muscular y estos resulten positivos y/o sospechosos de una Distrofia Muscular previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Distrofia Muscular, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Distrofia Muscular o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
13. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Distrofia Muscular antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
14. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

INDEMNIZACIÓN, RENTA MENSUAL O RENTA DIARIA POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER FEMENINO

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Cáncer	La presencia de células malignas con multiplicación y crecimiento desmedido que puedan agruparse en un tumor y posteriormente invadir por contigüidad o por metástasis (dispersión) a otros tejidos u órganos. Esto incluye entre otras, leucemia, linfomas, melanomas y **Enfermedad** de Hodgking. El diagnóstico debe ser respaldado por evidencia histopatológica de malignidad y confirmado por un oncólogo o patólogo.

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

	El sitio primario se refiere al lugar donde el primer cambio maligno tuvo lugar relacionado con ese cáncer en particular. Cáncer in situ: Es la fase pre-invasiva que caracteriza la evolución de los tumores malignos; considerándose que no atraviesan la membrana basal o cuando el tumor no invade los tejidos vecinos.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará a la Asegurada, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, cuando le sea diagnosticado **Cáncer** en cualquiera de las partes del cuerpo humano que se mencionan a continuación, que sea por primera vez, durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura, en:

- Uno o ambos senos.
- Uno o ambos ovarios.
- Cuello del útero.
- Útero.
- Vagina.
- Vulva.
- Una o ambas trompas de Falopio.

La indemnización por el diagnóstico de **Cáncer** en cualquiera de las partes del cuerpo humano mencionadas puede realizarse de tres maneras diferentes a elección del **Asegurado** al momento de la contratación del seguro, lo cual quedará especificado en la carátula de la póliza:

- Indemnización en una sola exhibición por el monto contratado.
- Indemnización en forma de renta mensual, por la el monto y la duración contratada.
- Indemnización en forma de Renta Diaria, por la el monto y la duración contratada.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Cáncer** en cualquiera de las partes del cuerpo humano mencionadas que se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si el **Cáncer** se diagnostica en cualquiera de las partes del cuerpo humano mencionadas durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando el diagnóstico tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

1. **Cáncer Preexistente, diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Cáncer y estos resulten positivos y/o sospechosos de Cáncer previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Cáncer, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con la Cobertura.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **En caso de habérsele diagnosticado al Asegurado la presencia de células anormales en el órgano por el cual reclama, antes del inicio de la vigencia de la póliza o durante el Periodo de Espera.**
13. **Tumores descritos histológicamente como pre-malignos, no-invasivos o como cáncer in-situ, incluyendo pero no limitándose a: Carcinoma – in – situ de senos, displasia cervical, lesiones de bajo o de alto grado como NIC I, NIC II y NIC III (Neoplasia Intracervical) y Lesiones por VPH (Virus Papiloma Humano).**
14. **Hiperqueratosis, cáncer de piel de células basales o de piel escamosa, y melanomas de menos de 1.5 mm de grosor en la escala de Breslow o menos de Nivel 3 en la escala de Clark, a menos que haya evidencia de metástasis.**
15. **Cáncer en órganos afectados por metástasis, es decir no originados en el sitio primario.**
16. **Cualquier tipo de cáncer diferente a los mencionados en el apartado de Cobertura.**

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

17. **En reclamaciones derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
18. **Enfermedades Preexistentes, entendiéndose por éstas aquellas por las que se haya declarado su existencia en 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; o aquellas por las que el Asegurado haya hecho gastos, previamente a la celebración del contrato, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate.**
19. **Se excluye cualquier Enfermedad que se encuentre en periodo de diagnóstico previo a la contratación de esta póliza y que termine con un diagnóstico definitivo de cáncer dentro del Periodo de Cobertura.**
20. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Cáncer o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
21. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Cáncer antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
22. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

INDEMNIZACIÓN, RENTA MENSUAL O RENTA DIARIA POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER GENERAL

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Cáncer	La presencia de células malignas con multiplicación y crecimiento desmedido que puedan agruparse en un tumor y posteriormente invadir por contigüidad o por metástasis (dispersión) a otros tejidos u órganos. Esto incluye entre otras, leucemia, linfomas, melanomas y **Enfermedad** de Hodgking. El diagnóstico debe ser respaldado por evidencia histopatológica de malignidad y confirmado por un oncólogo o patólogo. El sitio primario se refiere al lugar donde el primer cambio maligno tuvo lugar relacionado con ese cáncer en

VÁLIDO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

	particular. Cáncer in situ: Es la fase pre-invasiva que caracteriza la evolución de los tumores malignos; considerándose que no atraviesan la membrana basal o cuando el tumor no invade los tejidos vecinos.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará al **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, cuando le sea diagnosticado **Cáncer**, que sea por primera vez, durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

La indemnización por el diagnóstico de **Cáncer** puede realizarse de tres maneras diferentes a elección del **Asegurado** al momento de la contratación del seguro, lo cual quedará señalado en la carátula de la póliza:

- Indemnización en una sola exhibición por el monto contratado.
- Indemnización en forma de renta mensual, por la el monto y la duración contratada.
- Indemnización en forma de Renta Diaria, por la el monto y la duración contratada.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Cáncer** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.
Si el **Cáncer** se diagnostica durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando el diagnóstico tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Cáncer Preexistente, diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Cáncer y estos resulten positivos y/o sospechosos de Cáncer previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Cáncer, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **En caso de habérsele diagnosticado al Asegurado la presencia de células anormales en el órgano por el cual reclama, antes del inicio de la vigencia de la póliza o durante el Periodo de Espera.**
13. **Tumores descritos histológicamente como pre-malignos, no-invasivos o como cáncer in-situ, incluyendo pero no limitándose a: Carcinoma – in – situ de senos, displasia cervical, lesiones de bajo o de alto grado como NIC I, NIC II y NIC III (Neoplasia Intracervical) y Lesiones por VPH (Virus Papiloma Humano).**
14. **Hiperqueratosis, cáncer de piel de células basales o de piel escamosa, y melanomas de menos de 1.5 mm de grosor en la escala de Breslow o menos de Nivel 3 en la escala de Clark, a menos que haya evidencia de metástasis.**
15. **Cáncer en órganos afectados por metástasis, es decir no originados en el sitio primario.**
16. **Cáncer prostático descrito histológicamente según la clasificación TNM de T1a o T1b, cáncer prostático según otra clasificación equivalente o menor, T1N0M0 micro carcinoma papilar de tiroides de menos de 1 cm de diámetro, micro carcinoma papilar de la vejiga, y leucemia linfática crónica menor a etapa 3 de RAI.**
17. **Cualquier tipo de cáncer diferente a los mencionados en el apartado de Cobertura.**
18. **En reclamaciones derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
19. **Enfermedades Preexistentes, entendiéndose por éstas aquellas por las que se haya declarado su existencia en 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; o aquellas por las que el Asegurado haya hecho gastos, previamente a la celebración del contrato, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate.**

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

20. **Se excluye cualquier Enfermedad que se encuentre en periodo de diagnóstico previo a la contratación de esta póliza y que termine con un diagnóstico definitivo de cáncer dentro del Periodo de Cobertura.**
21. **Cualquier tipo de cáncer desarrollado en las siguientes partes del cuerpo humano:**
    Para la mujer: **en uno o ambos senos, uno o ambos ovarios, cuello del útero, útero, vagina, vulva, en una o ambas trompas de falopio.**
    Para el hombre: **uno o ambos testículos, próstata, escroto o pene.**
22. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Cáncer o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
23. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Cáncer antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
24. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

INDEMNIZACIÓN, RENTA MENSUAL O RENTA DIARIA POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER MASCULINO

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Cáncer	La presencia de células malignas con multiplicación y crecimiento desmedido que puedan agruparse en un tumor y posteriormente invadir por contigüidad o por metástasis (dispersión) a otros tejidos u órganos. Esto incluye entre otras, leucemia, linfomas, melanomas y **Enfermedad** de Hodgking. El diagnóstico debe ser respaldado por evidencia histopatológica de malignidad y confirmado por un oncólogo o patólogo. El sitio primario se refiere al lugar donde el primer cambio maligno tuvo lugar relacionado con ese cáncer en particular. Cáncer in situ: Es la fase pre-invasiva que caracteriza la evolución de los tumores malignos; considerándose que no

VÁLIDA CON CARÁTULA DE PÓLIZA

	atraviesan la membrana basal o cuando el tumor no invade los tejidos vecinos.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará al **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, cuando le sea diagnosticado **Cáncer** en cualquiera de las partes del cuerpo humano que se mencionan a continuación, que sea por primera vez, durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura, en:

- Uno o ambos Testículos.
- Próstata.
- Escroto.
- Pene.

La indemnización por el diagnóstico de **Cáncer** en cualquiera de las partes del cuerpo humano mencionadas puede realizarse de tres maneras diferentes a elección del **Asegurado** al momento de la contratación del seguro, lo cual quedará especificado en la carátula de la póliza:

- Indemnización en una sola exhibición por el monto contratado.
- Indemnización en forma de renta mensual, por la el monto y la duración contratada.
- Indemnización en forma de Renta Diaria, por la el monto y la duración contratada.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Cáncer** en cualquiera de las partes del cuerpo humano mencionadas se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si el **Cáncer** se diagnostica en cualquiera de las partes del cuerpo humano mencionadas durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando el diagnóstico tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Cáncer Preexistente, diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Cáncer y estos resulten positivos y/o sospechosos de Cáncer previo al inicio de vigencia de la póliza.**

VÁLIDAS SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Cáncer, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con la Cobertura.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **En caso de habérsele diagnosticado al Asegurado la presencia de células anormales en el órgano por el cual reclama, antes del inicio de la vigencia de la póliza o durante el Periodo de Espera.**
13. **Tumores descritos histológicamente como pre-malignos, no-invasivos o como cáncer in-situ, incluyendo pero no limitándose a: Carcinoma – in – situ de senos, displasia cervical, lesiones de bajo o de alto grado como NIC I, NIC II y NIC III (Neoplasia Intracervical) y Lesiones por VPH (Virus Papiloma Humano).**
14. **Hiperqueratosis, cáncer de piel de células basales o de piel escamosa, y melanomas de menos de 1.5 mm de grosor en la escala de Breslow o menos de Nivel 3 en la escala de Clark, a menos que haya evidencia de metástasis.**
15. **Cáncer en órganos afectados por metástasis, es decir no originados en el sitio primario.**
16. **Cáncer prostático descrito histológicamente según la clasificación TNM de T1a o T1b, cáncer prostático según otra clasificación equivalente o menor, T1N0M0 micro carcinoma papilar de tiroides de menos de 1 cm de diámetro, micro carcinoma papilar de la vejiga, y leucemia linfática crónica menor a etapa 3 de RAI.**
17. **Cualquier tipo de cáncer diferente a los mencionados en el apartado de Cobertura.**
18. **En reclamaciones derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
19. **Enfermedades Preexistentes, entendiéndose por éstas aquellas por las que se haya declarado su existencia en un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un Médico legalmente autorizado, o bien,**

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico; o aquellas por las que el Asegurado haya hecho gastos, previamente a la celebración del contrato, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la Enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

20. **Se excluye cualquier Enfermedad que se encuentre en periodo de diagnóstico previo a la contratación de esta póliza y que termine con un diagnóstico definitivo de cáncer dentro del Periodo de Cobertura.**
21. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Cáncer o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
22. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Cáncer antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
23. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

INDEMNIZACIÓN, RENTA MENSUAL O RENTA DIARIA POR DIAGNÓSTICO DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Esclerosis Múltiple	Diagnóstico realizado por un especialista en neurología confirmando anormalidades neurológicas persistentes con daños funcionales, sin que el **Asegurado** deba necesariamente hallarse confinado a una silla de ruedas, existiendo degeneración de tejido neuronal endurecido en el cerebro o en la médula espinal manifestado por la parálisis parcial o total, parentesias y/o neuritis óptica, con episodios de exacerbación y remisión.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará al **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, cuando le sea diagnosticada **Esclerosis Múltiple**, que sea por primera vez, durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

La indemnización por el diagnóstico de **Esclerosis Múltiple** puede realizarse de tres maneras diferentes a elección del **Asegurado** al momento de la contratación del seguro, lo cual quedará señalado en la carátula de la póliza:

- Indemnización en una sola exhibición por el monto contratado.

VÁLIDA CON CARÁTULA DE PÓLIZA

- Indemnización en forma de renta mensual, por la el monto y la duración contratada.
- Indemnización en forma de Renta Diaria, por la el monto y la duración contratada.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Esclerosis Múltiple** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si la **Esclerosis Múltiple** se diagnostica durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando el diagnóstico tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Esclerosis Múltiple Preexistente, diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Esclerosis Múltiple y estos resulten positivos y/o sospechosos de Esclerosis Múltiple previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Esclerosis Múltiple, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Esclerosis Múltiple o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
13. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Esclerosis Múltiple antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
14. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

INDEMNIZACIÓN, RENTA MENSUAL O RENTA DIARIA POR DIAGNÓSTICO DE INFARTO AL MIOCARDIO

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Infarto al Miocardio	La muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de una irrigación sanguínea deficiente a la zona respectiva; no incluyendo NSTEMI (non-ST segment elevation myocardial infarction, por sus siglas en inglés).

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará al **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, cuando le sea diagnosticado **Infarto al Miocardio**, que sea por primera vez, durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

La indemnización por el diagnóstico de **Infarto al Miocardio** puede realizarse de tres maneras diferentes a elección del **Asegurado** al momento de la contratación del seguro, lo cual quedará especificado en la carátula de la póliza:

- Indemnización en una sola exhibición por el monto contratado.
- Indemnización en forma de renta mensual, por la el monto y la duración contratada.
- Indemnización en forma de Renta Diaria, por la el monto y la duración contratada.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Infarto al Miocardio** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.
Si el **Infarto al Miocardio** se diagnostica durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando el diagnóstico tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Infarto al Miocardio Preexistente, diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Infarto al Miocardio y estos resulten positivos y/o sospechosos de Infarto al Miocardio previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Infarto al Miocardio, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Infarto al Miocardio o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
13. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Infarto al Miocardio antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
14. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado,**

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.

INDEMNIZACIÓN, RENTA MENSUAL O RENTA DIARIA POR DIAGNÓSTICO DE INFARTO CEREBRAL O ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC)	Cualquier evento cerebrovascular, incluyendo infarto del tejido cerebral, hemorragia subaracnoidea y cerebral, embolia y/o trombosis cerebral.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará al **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, cuando le sea diagnosticado **Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC)**, que sea por primera vez, durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

La indemnización por el diagnóstico de **Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC)** puede realizarse de tres maneras diferentes, a elección del **Asegurado** al momento de la contratación del seguro, lo cual quedará especificado en la carátula de la póliza:

- Indemnización en una sola exhibición por el monto contratado.
- Indemnización en forma de renta mensual, por la el monto y la duración contratada.
- Indemnización en forma de Renta Diaria, por la el monto y la duración contratada.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico **de Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC)** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza, contado a partir de la fecha del alta del **Asegurado** en la póliza.

Si el **Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC)** se diagnostica durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando el diagnóstico tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

1. **Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC) Preexistente, diagnosticado con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC) y estos resulten positivos y/o sospechosos de Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC), aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC) o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
13. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Infarto Cerebral o Accidente Vascular Cerebral (AVC) antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
14. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del**

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.

INDEMNIZACIÓN, RENTA MENSUAL O RENTA DIARIA POR DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Insuficiencia Renal Crónica	Fallo total e irreversible de los riñones, que trae como consecuencia la necesidad de efectuar diálisis o hemodiálisis renal o un trasplante de riñón.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará al **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, cuando le sea diagnosticada **Insuficiencia Renal Crónica**, que sea por primera vez, durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

La indemnización por el diagnóstico de **Insuficiencia Renal Crónica** puede realizarse de tres maneras diferentes, a elección del **Asegurado** al momento de la contratación del seguro, lo cual quedará especificado en la carátula de la póliza:

- Indemnización en una sola exhibición por el monto contratado.
- Indemnización en forma de renta mensual, por la el monto y la duración contratada.
- Indemnización en forma de Renta Diaria, por la el monto y la duración contratada.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Insuficiencia Renal Crónica** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza.

Si la **Insuficiencia Renal Crónica** se diagnostica durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando el diagnóstico tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Insuficiencia Renal Crónica Preexistente, diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.

2. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Insuficiencia Renal Crónica y estos resulten positivos y/o sospechosos de Insuficiencia Renal Crónica previo al inicio de vigencia de la póliza.**
3. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Insuficiencia Renal Crónica, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
4. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
6. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
7. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
8. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
9. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
10. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
11. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
12. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Insuficiencia Renal Crónica o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
13. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Insuficiencia Renal Crónica antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
14. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN, RENTA MENSUAL O RENTA DIARIA POR DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA SEVERA DE ÓRGANOS VITALES (CORAZÓN, PULMÓN, HÍGADO, PÁNCREAS, RIÑÓN O MÉDULA ÓSEA) QUE AMERITEN UN TRASPLANTE.

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Insuficiencia severa de órganos vitales (Corazón, Pulmón, Hígado, Páncreas, Riñón o Médula Ósea) que ameriten un trasplante	Trasplante de Corazón, Pulmón, Hígado, Páncreas, Riñón o Médula Ósea, como consecuencia de un daño irreversible de alguno de estos órganos. Se encuentra cubierto el trasplante de Médula ósea humana utilizando células madre hematopoyéticas precedida de una ablación total de médula ósea. El diagnóstico y la recomendación o la conveniencia de trasplante deben realizarse por lo menos por dos (2) **Médicos** especialistas, uno de los cuales es seleccionado por la **Compañía**. El diagnóstico de **Enfermedad** del **Asegurado** deberá derivar en la necesidad de un trasplante para que se pague la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará al **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza, cuando le sea diagnosticada **Insuficiencia severa de órganos vitales** (Corazón, Pulmón, Hígado, Páncreas, Riñón o Médula Ósea) que ameriten un trasplante, que sea por primera vez, durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

La indemnización por el diagnóstico de **Insuficiencia severa de órganos vitales** (Corazón, Pulmón, Hígado, Páncreas, Riñón o Médula Ósea) que ameriten un trasplante puede realizarse de tres maneras diferentes, a elección del **Asegurado** al momento de la contratación del seguro, lo cual quedará especificado en la carátula de la póliza:

- Indemnización en una sola exhibición por el monto contratado.
- Indemnización en forma de renta mensual, por la el monto y la duración contratada.
- Indemnización en forma de Renta Diaria, por la el monto y la duración contratada.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Insuficiencia severa de órganos vitales** (Corazón, Pulmón, Hígado, Páncreas, Riñón o Médula Ósea) que ameriten un trasplante se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza.

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

Si la **Insuficiencia severa de órganos vitales** (Corazón, Pulmón, Hígado, Páncreas, Riñón o Médula Ósea) que ameriten un trasplante se diagnostica durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando el diagnóstico tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Insuficiencia severa de órganos vitales (Corazón, Pulmón, Hígado, Páncreas, Riñón o Médula Ósea) que ameriten un trasplante o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
   El Asegurado ha sido diagnosticado con Insuficiencia severa de órganos vitales (Corazón, Pulmón, Hígado, Páncreas, Riñón o Médula Ósea) que ameriten un trasplante antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.
2. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**
3. **Insuficiencia severa de órganos vitales (Corazón, Pulmón, Hígado, Páncreas, Riñón o Médula Ósea) que ameriten un trasplante Preexistente, diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
4. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Insuficiencia severa de órganos vitales (Corazón, Pulmón, Hígado, Páncreas, Riñón o Médula Ósea) que ameriten un trasplante y estos resulten positivos y/o sospechosos de Parálisis Total previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Insuficiencia severa de órganos vitales (Corazón, Pulmón, Hígado, Páncreas, Riñón o Médula Ósea) que ameriten un trasplante, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
6. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
7. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso**

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

8. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
9. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
10. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
11. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
12. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
13. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, "keyhole" y procedimientos láser.**
14. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier insuficiencia severa de órganos vitales (Corazón, Pulmón, Hígado, Páncreas, Riñón o Médula Ósea) que ameriten un trasplante o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
15. **El Asegurado ha sido diagnosticado con Insuficiencia severa de órganos vitales (Corazón, Pulmón, Hígado, Páncreas, Riñón o Médula Ósea) que ameriten un trasplante antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.**
16. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

INDEMNIZACIÓN, RENTA MENSUAL O RENTA DIARIA POR DIAGNÓSTICO DE PARÁLISIS TOTAL

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Anquilosamiento	Pérdida permanente de la movilidad en una articulación.
Parálisis Total	La pérdida completa del uso funcional de al menos los dos brazos o las dos piernas o un brazo y una pierna, como consecuencia de **Enfermedad** o lesión. Para los efectos de esta definición, se entiende por pérdida

VÁLIDO SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

	de las manos, su separación o **Anquilosamiento** a nivel de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella y, por pérdida del pie, su separación o **Anquilosamiento** a nivel de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella. El diagnóstico y la determinación de que la pérdida del uso es permanente y debe ser realizado por un Médico, debe ser continua y permanente de por lo menos doce (12) meses consecutivos desde el inicio de la parálisis y debe fundamentarse con los resultados de los estudios histopatológico y de laboratorio y gabinete.

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA
La **Compañía** pagará al **Asegurado**, la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza para esta cobertura, cuando le sea diagnosticada **Parálisis Total**, que sea por primera vez, durante la vigencia de esta póliza y dentro del plazo de vigencia de esta cobertura.

La indemnización por el diagnóstico de **Parálisis Total** puede realizarse de tres maneras diferentes, a elección del **Asegurado** al momento de la contratación del seguro, lo cual quedará especificado en la carátula de la póliza:

- Indemnización en una sola exhibición por el monto contratado.
- Indemnización en forma de renta mensual, por la el monto y la duración contratada.
- Indemnización en forma de Renta Diaria, por la el monto y la duración contratada.

La indemnización se pagará siempre y cuando el diagnóstico de **Parálisis Total** se haya efectuado después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** señalado en la carátula de la póliza.
Si la **Parálisis Total** se diagnostica durante el **Periodo de Espera**, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS
La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando el diagnóstico tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **El Asegurado, recibió cualquier consulta médica, medicación o tratamiento por cualquier Parálisis Total o tuvo cualquier tipo de síntomas que hubieran ocasionado que buscara tratamiento o diagnóstico dentro del Periodo de Espera.**
   El Asegurado ha sido diagnosticado con Parálisis Total antes de la fecha efectiva de vigencia de esta póliza.
2. **El diagnóstico proviene de una persona que es miembro inmediato de la familia (padre, madre, cónyuge, hijo, hermano, tío, primo) del Asegurado, Contratante de la póliza, colega (misma actividad profesional que la del Asegurado afectado), agente, o vive en el mismo domicilio que el Asegurado, aunque la persona sea un Médico.**

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

3. **Parálisis Total Preexistente, diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de la póliza, mediante exámenes de laboratorio y gabinete o cualquier otro método diagnóstico y/o**
   Cuando en un expediente médico se determine su existencia con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza y/o
   Cuando se hayan realizado gastos comprobables para efectuar un diagnóstico o indicar un tratamiento, previo al inicio de vigencia de la póliza.
4. **Cuando al Asegurado le practiquen estudios de laboratorio y gabinete por chequeo o con fines diagnósticos de cualquier Parálisis Total y estos resulten positivos y/o sospechosos de Parálisis Total previo al inicio de vigencia de la póliza.**
5. **Cuando se haya recibido tratamiento por cualquier tipo de Parálisis Total, aun cuando haya sido dada de alta, previo al inicio de vigencia de la póliza.**
6. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
7. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
8. **Cuando la Enfermedad se haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**
9. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la ocupación del Asegurado.**
10. **Defectos o Enfermedades congénitas.**
11. **Defectos físicos adquiridos o secuelas de accidentes ocurridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.**
12. **Cualquier Enfermedad o afección no indicada expresamente como asegurada de acuerdo con el Programa de Cobertura contratado.**
13. **No estará incluida la muerte del Asegurado a causa de angioplastia y todas las otras técnicas intra-arteriales basadas en cateterismo, “keyhole” y procedimientos láser.**

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

INDEMNIZACIÓN POR GASTOS FUNERARIOS

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA
En caso de muerte del **Asegurado**, por Accidente y/o **Enfermedad**, la **Compañía** pagará a los beneficiarios, por concepto de gastos efectuados del funeral del mismo, el total de la suma asegurada señalada para esta cobertura en la carátula de la póliza.

INDEMNIZACIÓN A CAUSA DE INFLUENZA

INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE INFLUENZA

Para efectos de esta cobertura se convienen las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Influenza	**Enfermedad** infecciosa de aves y mamíferos causada por un tipo de virus de ARN de la familia de los Orthomyxoviridae. En los seres humanos afecta principalmente a las vías respiratorias, se considerará como **Enfermedad** cubierta solo aquella causada por un virus ARN de la familia de los Orthomyxoviridae, en alguno de los siguientes tres géneros: a) Influenza virus A: Comprendiendo las **Enfermedades** causadas por los siguientes serotipos, que han sido confirmados en humanos, ordenados por el número conocido de muertes en pandemia son: H1N1, causante de la gripe española en 1918, H2N2, responsable de la gripe asiática en 1957, H3N2, que causó la gripe de Hong Kong en 1968, H5N1, responsable de la amenaza de pandemia en 2007–08, H7N7, que tiene un inusual potencial zoonótico30, H1N2, endémico en humanos y cerdos, H9N2, H7N2, H7N3, H10N7 b) Influenza virus B: del cual solamente se conoce un serotipo de baja malignidad. c) Influenza virus C: Este género posee una especie: el Influenza C virus.

VÁLIDO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará al **Asegurado** la **Indemnización Diaria** estipulada en la carátula de la póliza, por cada **Hospitalización**, si el **Asegurado** es internado por un periodo mínimo de 48 horas continuas en un **Hospital** a causa de complicaciones o agravación del estado de salud cuyo origen haya sido debido a alguno de los serotipos de virus de **Influenza** cubiertos por este contrato de seguro, de acuerdo a la definición de Influenza y que la presencia de citado virus sea confirmada a través de pruebas sanguíneas o de infectología de que puedan disponerse en el **Hospital** de tratamiento, durante la vigencia de esta cobertura.

PERIODO DE ESPERA

Esta cobertura no entrará en vigor sino después de 30 **Días** naturales siguientes a la fecha de contratación de la misma.

PERIODO DE BENEFICIO

La **Compañía** pagará la **Indemnización Diaria** por **Hospitalización** que corresponda durante el tiempo que el **Asegurado** permanezca Hospitalizado hasta un máximo de 90 **Días** naturales por evento y a 180 **Días** por año.

HOSPITALIZACIONES SUCESIVAS

En el caso de incurrir en **Hospitalizaciones** sucesivas, a causa de un mismo diagnóstico, separadas por intervalos no mayores de 12 meses, cada periodo de **Hospitalización** será considerado como continuación del anterior, a efecto de aplicar el periodo máximo de beneficio de 90 **Días** naturales por evento.

COBERTURAS CONCURRENTES

Si el **Asegurado** tuviere contratadas con la **Compañía** varios contratos de seguro con esta misma cobertura, la responsabilidad de la **Compañía** por todos los seguros contratados con ésta, se limitará al doble de la **Indemnización Diaria** establecida en la póliza que otorgue mayores beneficios. A partir del tercer contrato, la **Compañía** no incluirá en el cobro de la prima la cuota que corresponda a esta cobertura.

No está incluida en esta cobertura la indemnización por Hospitalización por Accidente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales, para esta cobertura aplicarán las siguientes:

La Compañía no pagará la indemnización por un siniestro ocurrido durante la vigencia de este contrato de seguro, cuando éste tenga origen en cualquiera de los siguientes eventos o circunstancias, o cuando ocurra en las situaciones que se describen a continuación:

1. **Hospitalizaciones requeridas por que el Asegurado solo por padecer infección oportunista y neoplasma maligno o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) complejo sintomático relacionado con el SIDA (CRS) y todas las Enfermedades causadas y/o relacionadas con el virus VIH Positivo o por ser cero-positivo al virus de Inmunodeficiencia humana (VIH). Para efectos de**

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

esta exclusión, las infecciones oportunistas incluirán la neumonía pneumocystis carinii, sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central.

2. **Hospitalizaciones por complicaciones del embarazo (incluyendo enunciativamente intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazos extrauterinos, estados de fiebre puerperal, estados de eclampsia y toxicosis gravídica, Mola Hidatiforme (Embarazo Molar)), por operación cesárea y Aborto, salvo que cualquiera de los casos anteriores resulten necesarios a consecuencia de un Accidente.**
3. **Hospitalizaciones por trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.**
4. **Gastos realizados por acompañantes del Asegurado durante su Hospitalización, salvo el gasto de cama extra para un acompañante.**

INDEMNIZACIÓN POR FRACTURA DE HUESOS

INDEMNIZACIÓN, RENTA MENSUAL O RENTA DIARIA POR FRACTURA DE HUESOS

DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La **Compañía** pagará al **Asegurado** la Suma Asegurada estipulada en la carátula de póliza, cada vez que al **Asegurado** le sea diagnosticada, por primera vez, alguna de las Fracturas de Huesos que se mencionan a continuación:

- Huesos largos de los brazos
- Huesos largos de las piernas
- La pelvis
- Los huesos de la cabeza

La indemnización por el diagnóstico de la Fractura de Huesos, puede realizarse de tres maneras diferentes, a elección del **Asegurado**, al momento de la contratación del seguro, lo cual quedará especificado en la carátula de la póliza:

- Indemnización en una sola exhibición por el monto contratado
- Indemnización en forma de Renta mensual por la el monto y la duración contratada
- Indemnización en forma de Renta Diaria por la el monto y la duración contratada

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

La indemnización se pagará siempre y cuando:

a) La Fractura de Huesos haya ocurrido después de haber transcurrido el **Periodo de Espera** estipulado en la carátula de la póliza, contado a partir del inicio de vigencia de la póliza.
b) El diagnóstico lo efectúe y certifique por escrito un **Médico** especialista y se fundamente con los resultados de los estudios histopatológico y de laboratorio y gabinete.
c) La fractura de huesos ocurra durante la vigencia de este seguro.

Para efectos de esta cobertura, aplicarán las definiciones siguientes:

Concepto	Definición
Huesos largos de los brazos	Clavícula, Omóplato (escápula), Húmero, Radio o Cúbito (ulna) o Huesos Carpeanos o Metacarpeanos
Huesos largos de las piernas	Cuello del Fémur, Otras partes del Fémur, Tibia, Peroné (fibula) o Rótula, Huesos del tarso o del Metatarso
Tronco humano	Columna Cervical, Columna Toráxico Lumbar, Huesos Sacro y Cóxis, Costillas, Esternón o Pelvis.
Huesos de la cabeza	Cráneo y Huesos Cara (sin nariz)

Si la Fractura de Huesos se diagnostica durante el **Periodo de Espera** mencionado en la carátula de la póliza, la responsabilidad de la **Compañía** se limitará a reembolsar al **Asegurado** la prima neta no devengada y no será responsable de efectuar otro pago, quedando la póliza terminada anticipadamente.

EXCLUSIONES ESPECÍFICAS

La Compañía no pagará las indemnizaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza cuando el padecimiento tenga origen en cualquiera de las siguientes situaciones:

1. **Si el Asegurado tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) previo al inicio de vigencia de la póliza.**
2. **Enfermedades relacionadas o derivadas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como Sarcoma de kaposi y linfoma del sistema nervioso central. Cuando se presenten Enfermedades asociadas o a consecuencia de HIV positivo o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**
3. **Cuando el diagnóstico sea realizado por un miembro de la familia del Asegurado o que viva en la misma casa del Asegurado, sin importar si la persona es un Médico.**
4. **Cuando la Enfermedad haya manifestado en cualquier periodo al descubierto que tenga la póliza.**

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

5. **Exposición a radiaciones o contaminación radioactiva derivadas de la Ocupación del Asegurado.**
6. **Osteoporosis**

AIG Seguros México, S.A. de C.V.

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 23 de julio de 2015, con el número PPAQ-S0012-0009-2015/CONDUSEF-002436-01

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

Folleto
Seguro de Accidentes Personales Colectivo

Apreciable Contratante, Asegurado o Beneficiario:

Queremos agradecer su interés en nuestra compañía y darle la más cordial bienvenida para formar parte de nuestro selecto grupo de asegurados.

A continuación, le damos a conocer sus derechos antes y durante la contratación del seguro:

a) Solicitar a los agentes o a los empleados y apoderados de personas morales (no agentes de seguros), la identificación que los acredite como tales;

b) Durante la vigencia de su póliza, solicitar se le informe el importe de la comisión o compensación directa que le corresponda a los agentes o a las personas morales (no agentes de seguros ni intermediarios financieros). Esta Aseguradora 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 su solicitud; y

c) Recibir toda información que le permita conocer las condiciones generales del contrato de seguro, incluyendo el alcance real de la cobertura contratada, la forma de conservarla, así como de las formas de terminación del contrato.

Para este producto, dependiendo del plan contratado por usted, la Aseguradora cubrirá, como cobertura básica, la lesión o incapacidad que afecte la integridad personal, salud o vigor vital del asegurado, como consecuencia de un evento externo, violento, súbito y fortuito, que ocurra en la República Mexicana. SU SEGURO NO ES UN SEGURO DE VIDA. En los términos convenidos, este contrato de seguro cubre accidentes y, solo en caso de que cada cobertura contratada lo establezca expresamente, estarán cubiertas enfermedades que no se encuentren enlistadas en las exclusiones, así como siniestros derivados de robo o tentativa de éste. La cobertura de fallecimiento accidental, para el caso de menores de 12 años de edad, solo aplicará por reembolso de gastos funerarios comprobables.

Su seguro no cubre ninguna pérdida, lesión, daño, responsabilidad civil, servicio o beneficio, que sufra cualquier terrorista o miembro de alguna organización terrorista, traficante de narcóticos o proveedor de armamento nuclear, químico o biológico.

Ningún periodo de espera aplica en accidentes o urgencias médicas.

Este contrato terminará automáticamente, sin necesidad de aviso alguno: (i) en la fecha de término de vigencia indicada en la carátula de la póliza, (ii) al final de la vigencia en la que el asegurado cumpla la edad máxima de aceptación indicada en la carátula de la póliza o mediante endoso, sin que pueda renovarse, (iii) al concluir el período de gracia, sin haberse efectuado el pago de la prima, (iv) en los casos específicamente previstos en cada una de las coberturas contratadas, (v) todas las coberturas contratadas terminarán automáticamente, cuando el dependiente económico deje de tener esta condición y, (vi) por fallecimiento del asegurado.

La Aseguradora NO pagará la indemnización por un siniestro ocurrido durante la vigencia de su seguro, cuando exista prueba de: (i) declaración (previa a la celebración del contrato de seguro) de la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad o, (ii) expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado o, (iii) pruebas de laboratorio o gabinete o, cualquier otro medio reconocido de diagnóstico. La Aseguradora también podrá rechazar una reclamación por un padecimiento y/o enfermedad preexistente cuando previamente a la celebración del contrato de seguro, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate. Independientemente de lo anterior, cuando la Aseguradora cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico y/o tratamiento

VÁLIDAS SÓLO CONCARÁTULA DE PÓLIZA

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 sobre la procedencia de la reclamación. Si el asegurado se sometió al examen médico solicitado de manera específica por la Aseguradora, no podrá aplicársele la exclusión de preexistencia respecto de enfermedad y/o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

Las lesiones o accidentes derivados de la participación directa del asegurado como sujeto activo del delito en actos delictivos de carácter intencional; cualquier accidente que ocurra cuando el asegurado conduzca o aborde una motocicleta, motoneta, o vehículo de motor similar; lesiones o muerte del asegurado en riña (cuando éste la haya provocado); accidentes originados o causados por culpa grave del asegurado (culpa grave del asegurado será el encontrarse en estado alcohólico o bajo influencia de drogas, enervantes o estimulantes no prescritos médicamente. Se entiende por estado alcohólico la presencia de un nivel mayor a 150 miligramos de alcohol, sobre 100 mililitros de sangre del asegurado, al momento de ocurrir el accidente), NO estarán cubiertos por su seguro.

Indemnizaciones por lesiones o muerte causadas por guerra y actos de terrorismo o secuestro, tampoco están cubiertos por su seguro.

Las personas que ingresen a la 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 de la colectividad de que se trate, posterior a esta fecha, la Aseguradora podrá solicitar requisitos médicos u otros para asegurarlas, si no lo hace quedarán aseguradas con las mismas condiciones en que fue contratada la póliza.

Las personas que se separen definitivamente de la 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.

En los seguros colectivos cuyo objeto sea otorgar una prestación laboral, la Aseguradora podrá pactar el derecho de conversión a una póliza individual para los Integrantes de la colectividad que se separen de manera definitiva del mismo, señalando sus características.

La Aseguradora podrá renovar los contratos de 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 que establece el Reglamento del Seguro de Grupo para la Operación de Vida y del Seguro Colectivo para la Operación de Accidentes y Enfermedades, 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 Nacional de Seguros y Fianzas en las notas técnicas respectivas.

El asegurado podrá dar por terminado su seguro, dando aviso por escrito a la Aseguradora. En este caso, la terminación anticipada surtirá efectos el día en que se presente el aviso a la Aseguradora. La Aseguradora tendrá derecho a la parte de la prima que corresponda al tiempo durante el cual la póliza hubiere estado en vigor. Los costos de adquisición no son reembolsables.

Al ocurrir algún siniestro que pudiera dar lugar a indemnización conforme a su contrato de seguro, tan pronto como el asegurado o el beneficiario, en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor, deberán ponerlo en conocimiento de la Aseguradora en un plazo máximo de cinco días para el aviso, que deberá ser por escrito, salvo caso

VÁLIDA SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

fortuito o de fuerza mayor, en que el asegurado podrá comunicarlo a la Aseguradora tan pronto desaparezca el impedimento. Cuando el asegurado o el beneficiario no cumplan con la obligación anterior, la Aseguradora podrá reducir la prestación debida hasta la suma que habría importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

El asegurado deberá comprobar la exactitud de su reclamación y del monto que reclama. La Aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de información y documentos que sobre los hechos relacionados con el siniestro sean necesarios y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización, el monto a indemnizar y las consecuencias del mismo.

En caso de ocurrir un siniestro cubierto por su seguro, sus derechos son los siguientes:

a) Recibir el pago de las prestaciones procedentes en función a la suma asegurada, aunque la prima del contrato de seguro no se encuentre pagada, siempre y cuando no se haya vencido el período de gracia para el pago de la prima de seguro. En este caso, la Aseguradora deducirá de la indemnización debida el total de la prima pendiente o las fracciones de ésta no liquidadas del riesgo afectado, hasta completar la prima correspondiente al periodo del seguro contratado.

Es importante aclarar que, si no hubiese sido pagada la prima o la fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término de 30 días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato de seguro cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. El depósito de la prima o fracción de ella fuera de los plazos estipulados anteriormente, no se considerará una aceptación incondicional de pago, por lo que, para que dicho depósito unilateral sea considerado como pago, estará sujeto a la condición de que el asegurado declare por escrito a la Aseguradora que, durante el periodo que dejó de pagar en tiempo la prima, no ocurrió siniestro alguno y a que la Aseguradora acepte dicho pago en forma expresa.

Cualquier pago de prima a la Aseguradora, deberá ser hecho en el domicilio de ésta, contra entrega del recibo correspondiente. Esta disposición no se entenderá novada en ningún caso, salvo en el supuesto de que el pago se haga mediante cargo automático en cuenta bancaria o tarjeta de crédito. El estado de cuenta en donde aparezca dicho cargo hecho por la Aseguradora, hará prueba del pago. En caso de que dicho cargo no pueda realizarse por causas imputables al asegurado, el seguro cesará sus efectos una vez transcurrido el periodo de gracia.

Por lo que se refiere a los pagos extemporáneos, entendidos como los pagos realizados fuera del periodo de gracia, éstos siempre deberán realizarse, sin excepción, en el domicilio de la Aseguradora.

b) Usted puede cobrar una indemnización por mora a la Aseguradora en caso de falta de pago oportuno de las sumas aseguradas, que sean procedentes conforme a las condiciones previstas en su contrato de seguro, siempre que la Aseguradora haya recibido los documentos e información suficiente que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

c) En caso de controversia, usted o sus beneficiarios podrán hacer valer sus derechos ante la Unidad Especializada de la Aseguradora y se le dará contestación por escrito dentro de un plazo que no exceda de treinta días hábiles, contados a partir de la fecha de su recepción.

También, a su elección, podrá presentar su reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), dentro del término de dos años, contados a partir de que se presente el hecho que le dio origen, a partir de la negativa de la Aseguradora a satisfacer sus pretensiones o las de su beneficiario o, en caso de que se trate de reclamaciones por servicios no solicitados, a partir de que tuvo conocimiento del mismo.

VÁLIDA SOLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA

AIG Seguros México S. A. de C. V.
Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle 03219, México D. F.
Tel: (55) 5488 4700

Después de un procedimiento de conciliación ante la CONDUSEF, en caso de que las partes no se sometan al arbitraje de la misma, se dejarán a salvo sus derechos para que los hagan valer ante los tribunales competentes o en la vía que proceda y usted puede solicitar a la CONDUSEF, la emisión de un dictamen técnico, siempre que del expediente se desprendan elementos que a juicio de la CONDUSEF permitan suponer la procedencia de lo reclamado y que se trate de asuntos de cuantías inferiores a seis millones de unidades de inversión (considerando suerte principal y sus accesorios).

Este folleto es explicativo y solo contiene algunas de las condiciones previstas en su seguro.

AIG Seguros México, S.A. de C.V.

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 23 de julio de 2015, con el número PPAQ-S0012-0009-2015/CONDUSEF-002436-01

VÁLIDAS SÓLO CON CARÁTULA DE PÓLIZA