



Folleto

Seguro de Accidentes Personales

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 99 años de edad, 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) el seguro respecto de los hijos, en la fecha de aniversario de la póliza en que su edad alcanzada sea 24 años, para cada Asegurado, (vi) 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 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.

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 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 informaciones 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 período 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.

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.