



DIVISION VIDA

CONTRATO DE SEGURO

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO MEDICÁNCER PLUS

AIG México, Seguros Interamericana, S.A. de C.V., en adelante LA COMPAÑÍA, emite la presente póliza, basándose en las declaraciones efectuadas por EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO en la solicitud del seguro. Los términos, condiciones y cláusulas que regirán el presente Contrato de Seguro, son las siguientes:

PRIMERA: DEFINICIONES

Los términos que se indican a continuación tendrán el siguiente significado para todos los efectos de esta póliza de seguro:

- **Contratante:** Es la persona que suscribe con la aseguradora una póliza de seguro. Generalmente el contratante es el mismo asegurado, cualquiera que sea la situación, se establecerá en la **Carátula de la Póliza**.
- **Asegurado:** Es la persona que se encuentra cubierta por los beneficios de la presente póliza.
- **Aseguradora:** **AIG México Seguros Interamericana, S.A. de C.V.**, quien otorga las coberturas contratadas y que será la responsable del pago de los beneficios estipulados en la póliza.
- **Cáncer:** Enfermedad manifestada por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento incontrolable, anormal y el esparcimiento de células malignas, la invasión de tejidos incluyendo la extensión directa o metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyendo la enfermedad de Hodgkin, leucemia y el carcinoma "in situ".
Para los efectos de esta póliza, sólo se considera cáncer aquél que sea diagnosticado por primera vez.
- **Hospitalización:** Es la estancia continua del Asegurado, durante por lo menos 24 horas en un Hospital o Sanatorio, dicho período empezará a contarse en el momento en que el Asegurado ingrese como paciente interno.
- **Hospital o Sanatorio:** Establecimiento o Institución de Salud legalmente autorizado para suministrar los servicios generales de la medicina y que disponga y utilice regularmente laboratorios, equipo de rayos X y quirófanos, atendidos por personal médico profesional especializado.
- **Médico:** Persona que ejerce la medicina, titulado o legalmente autorizado para ejercer dicha profesión y puede ser Médico General, Médico Especialista o Médico Cirujano Oncólogo.
- **Diagnóstico:** Parte de la medicina que tiene por objeto la identificación de una enfermedad fundándose en los síntomas y signos de ésta.
El Diagnóstico Clínico y de Laboratorio: Está fundamentado en los síntomas y la exploración física del paciente, así como estudios de laboratorio y gabinete.
- **Gasto Usual y Acostumbrado:** Es el promedio de los honorarios médicos o quirúrgicos del Hospital, Clínica o Sanatorio donde se reciba la asistencia médica, lo anterior por gastos contratados y señalados en la carátula de la póliza.

Autorizadas mediante oficio 06-367-II-1.1/9447 de fecha 30 de julio de 2002



DIVISION VIDA

• **Condiciones Médicas Preexistentes:**

Son aquellas cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad al inicio de vigencia de la póliza, y:

- a) Por las cuales se haya integrado un diagnóstico médico y/o
- b) Cuyos síntomas y/o signos son aparentes a la vista y/o
- c) Que no pudieron pasar desapercibidos y/o
- d) Provocaron un gasto

SEGUNDA: OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS

La póliza ha sido otorgada por LA COMPAÑÍA sobre la base de las declaraciones efectuadas por EL CONTRATANTE y/o EL ASEGURADO en su solicitud y, en los cuestionarios relativos a la salud de EL ASEGURADO.

Toda declaración falsa o toda omisión de circunstancias conocidas por EL CONTRATANTE o EL ASEGURADO, que de haber sido conocida hubiera impedido la celebración del contrato o modificado sus condiciones, será causa de rescisión del contrato, quedando el mismo sin efecto alguno.

TERCERA: MODIFICACIONES:

Las partes contratantes se someten a lo expresamente acordado en la presente póliza sus endosos o cláusulas adicionales registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y previo acuerdo entre el asegurado y la Compañía y, en las disposiciones contenidas en la Ley sobre el Contrato de Seguro.

La póliza y sus endosos firmados por funcionarios autorizados de LA COMPAÑÍA, son los únicos documentos válidos para fijar los derechos y obligaciones de las partes. LA COMPAÑÍA no es responsable por declaraciones efectuadas en otra forma.

Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones (Art. 25 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro)

CUARTA: COBERTURAS

a) Beneficio de Pago Único por Diagnostico de Cáncer:

Mediante la obligación del pago de la prima en los términos y condiciones señalados, la Compañía se obliga con el Asegurado, a que en caso de que se le diagnostique clínicamente un cáncer por primera vez durante la vigencia de la póliza, a pagarle por una sola vez el monto establecido en la carátula de la póliza.

b) Beneficio de Indemnización por Hospitalización:

Mediante la obligación del pago de la prima la Compañía pagará a El Asegurado, la cantidad señalada en la carátula de la póliza, por cada día de hospitalización, desde el primer día hasta un máximo de 30 días de manera ininterrumpida, estableciendo que el tiempo máximo de Indemnización por Hospitalización cubierto por la póliza será de 60 días (para el caso de ingresos al hospital de manera discontinua) durante un plazo de 365 días, sin importar la vigencia de la póliza, cuando la hospitalización se haya verificado antes de que finalice dicha vigencia.

Autorizadas mediante oficio 06-367-II-1.1/9447 de fecha 30 de julio de 2002



DIVISION VIDA

c) Beneficio de Indemnización por Intervenciones Quirúrgicas: (Mediante la obligación del pago de la prima correspondiente)

Cuando el asegurado sea sometido a una intervención quirúrgica, como producto de un cáncer cubierto por la presente póliza, La Compañía pagará los gastos por dicha intervención (gastos de hospitalización, honorarios del médico tratante, gastos del cirujano y los honorarios del anestesiólogo), incluyendo la atención postoperatoria, los gastos totales derivados de la intervención quirúrgica serán pagados de acuerdo al gasto usual y acostumbrado para el tipo de operación de que se trate, estableciendo como tope máximo la suma asegurada señalada en la carátula de la póliza. Para estos efectos, dos o más intervenciones quirúrgicas, hasta un máximo de cinco intervenciones hechas a través de la misma incisión, se consideran como una sola intervención. En tal caso, se pagará solamente el monto de la cirugía de mayor costo.

La Compañía, durante la vigencia de esta póliza, pagará hasta un máximo de cinco intervenciones quirúrgicas, o hasta completar el 100% de la Suma Asegurada contratada para esta cobertura.

QUINTA: FECHA DE INICIO DE VIGENCIA Y PLAZOS DE LA POLIZA

Las coberturas previstas en esta póliza, inician y terminan su vigencia desde las cero horas del día indicado en las **Carátula de la Póliza** como fecha de inicio y terminación de vigencia.

SEXTA: PRIMAS

La prima es la contraprestación o cargo del asegurado por el otorgamiento de las coberturas de seguro contratadas.

Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la prima, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado y se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactado entre EL ASEGURADO y LA COMPAÑÍA en la fecha de celebración del contrato.

Las primas deberán ser pagadas en las oficinas de LA COMPAÑÍA contra entrega del recibo que ésta efectúe.

SEPTIMA: PERÍODO DE GRACIA

Si no hubiere sido pagada la prima o la fracción de ella en los casos de pago en parcialidades, dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de este plazo.

Durante el período de gracia, la cobertura se mantendrá vigente; sin embargo, si EL ASEGURADO sufriera durante el transcurso del mismo un siniestro pagadero bajo esta póliza, LA COMPAÑÍA deducirá de las prestaciones a su cargo las primas vencidas no pagadas.

OCTAVA: EDAD

Para efectos del seguro se considerará como edad, la edad alcanzada de EL ASEGURADO. La edad alcanzada es el número de años completos de EL ASEGURADO en la fecha de contratación de la póliza y las subsecuentes renovaciones.

Al momento de contratación de la póliza, EL ASEGURADO deberá tener entre dieciocho (18) y sesenta (60) años, siendo posibles las renovaciones hasta el aniversario inmediato posterior en que la edad del asegurado sea de sesenta y cinco (65) años.

Autorizadas mediante oficio 06-367-II-1.1/9447 de fecha 30 de julio de 2002



DIVISION VIDA

EL CONTRATANTE, EL ASEGURADO o sus Beneficiarios deberán probar mediante documentación fehaciente, la fecha de nacimiento de EL ASEGURADO declarada. Dicha prueba podrá ser presentada por EL ASEGURADO en cualquier momento. En este caso la Compañía lo anotará en la póliza o le extenderá otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas cuando haya de pagar el siniestro.

Si se comprobase que EL ASEGURADO tenía más de 60 años o menos de 18 en la fecha de contratación de la póliza, el contrato quedará rescindido, debiendo LA COMPAÑÍA devolver a EL CONTRATANTE, la reserva matemática del contrato en la fecha de rescisión.

Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por LA COMPAÑÍA, se aplicarán las siguientes reglas:

I. - Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;

II. - Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

III. - Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad; y

IV. - Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

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

NOVENA: REHABILITACIÓN

EL CONTRATANTE podrá solicitar la rehabilitación de la póliza, dentro de los 120 días posteriores a la cancelación de la póliza, si ésta hubiera cesado en sus efectos por falta de pago oportuno. Para solicitar la rehabilitación, EL ASEGURADO deberá ofrecer evidencias de asegurabilidad que sean satisfactorias a juicio de LA COMPAÑÍA, siendo a cargo de EL CONTRATANTE los gastos que pudiera originar esta comprobación. Además, EL CONTRATANTE deberá pagar por adelantado la prima correspondiente al siguiente período de cobertura para que pueda proceder la rehabilitación.

La póliza quedará rehabilitada a partir del día primero del mes siguiente a aquél en que LA COMPAÑÍA haya aprobado la solicitud de rehabilitación. LA COMPAÑÍA sólo responderá por los siniestros a consecuencia de accidentes producidos con posterioridad a la fecha de rehabilitación. Al quedar rehabilitada la póliza, se dará inicio a un periodo de espera de 90 días.

Autorizadas mediante oficio 06-367-II-1.1/9447 de fecha 30 de julio de 2002



DIVISION VIDA

DECIMA: RENOVACIÓN AUTOMÁTICA

La póliza será emitida con vigencia anual. Transcurrido este período, LA COMPAÑÍA procederá anualmente a renovar la póliza en forma automática, hasta el aniversario de la póliza inmediata posterior a la fecha en la que EL ASEGURADO alcance la edad de sesenta y cinco (65) años, salvo que EL CONTRATANTE manifieste expresamente su voluntad de no continuar con la cobertura. La prima considerada para cada renovación, será calculada con la tarifa que LA COMPAÑÍA tenga aprobada en ese momento para la edad correspondiente.

DECIMO PRIMERA: PERÍODO DE ESPERA

No se hará ningún pago si el CÁNCER se presenta durante los primeros 90 días a partir de la fecha de inicio de vigencia de la cobertura o después de cada rehabilitación, estando la Compañía obligada a devolver la reserva matemática existente.

DECIMO SEGUNDA: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

Esta póliza terminará en la primera de las siguientes fechas:

1. Aquella en la que el período de gracia concedido según lo establece la cláusula correspondiente, termina sin que EL CONTRATANTE regularice su situación deudora.
2. Aquella en la que, según la cláusula de renovación automática, no proceda la renovación por haber rebasado EL ASEGURADO la edad de 65 años.
3. Por el agotamiento de la suma asegurada estipulada en la carátula de la póliza.

DECIMO TERCERA: EXCLUSIONES - RIESGOS NO CUBIERTOS

- a) **Condiciones médicas de cáncer preexistentes.**
- b) **Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), el Complejo Sistemático Relacionado con el SIDA (CRS), y todas las enfermedades causadas por y/o relacionadas al virus VIH positivo.**
- c) **Tratamientos quiroprácticos o de acupuntura.**
- d) **Tratamientos considerados experimentales.**
- e) **Toda enfermedad que no sea cáncer.**
- f) **Tratamiento del Asegurado en un lugar que no cumpla con las condiciones establecidas en la definición de Hospital o Sanatorio.**

Autorizadas mediante oficio 06-367-II-1.1/9447 de fecha 30 de julio de 2002



DIVISION VIDA

DECIMO CUARTA: DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

En caso de fallecimiento del ASEGURADO, se procederá a validar el diagnostico de cáncer, y posteriormente se pagará el beneficio correspondiente de esta póliza a los beneficiarios designados por el propio ASEGURADO.

En el caso 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 solo 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.

DECIMO QUINTA: AVISO DE SINIESTRO

Cualquier evento que pueda originar una indemnización, en los términos de esta póliza, el asegurado deberá notificarlo por escrito a la Compañía dentro de los 5 días siguientes a la fecha de su realización, sin perjuicio de lo señalado en la cláusula de prescripción.

En toda reclamación deberá comprobarse a la Compañía, y por cuenta del reclamante la realización del siniestro. El reclamante deberá presentar a la Compañía las formas de reclamación correspondientes que para el efecto se le proporcionen, así como todos los comprobantes originales de los gastos indemnizables, que deberán reunir los requisitos que para los de su clase exijan las Leyes y Reglamentos fiscales vigentes. Tales documentos quedarán en poder de la Compañía, una vez pagada la indemnización correspondiente.

Para el trámite del pago es indispensable entregar la siguiente documentación:

- a) El aviso de reclamación que será requisitado en forma completa y con letra legible por el afectado o los beneficiarios de la póliza, utilizando para ello los formatos que la compañía tenga establecidos.
- b) Informe médico, este documento será requisitado por el (los) Médico(s) que haya(n) intervenido para el diagnóstico o tratamiento objeto de la reclamación, y por lo tanto se anexarán todos los informes como Médicos hayan participado.
En caso de reclamaciones complementarias a la inicial, se entregarán nuevamente tanto el informe médico como el del Reclamante, los cuales serán redactados por ellos, siendo indispensables para el nuevo análisis de dicho complemento.
- c) Comprobantes de gastos quirúrgicos: Los comprobantes que se presenten a la Compañía siempre deberán ser originales y nunca copias fotostáticas o recibos provisionales. Así mismo se deberá anexar copia de los desgloses de la hospitalización en el que se incluya la fecha y la hora de ingreso y egreso.

Autorizadas mediante oficio 06-367-II-1.1/9447 de fecha 30 de julio de 2002



DIVISION VIDA

- d) Los diagnósticos, estudios médicos, historia clínica, radiografías, análisis, electrocardiogramas, encefalogramas, estudios de gabinete y demás elementos probatorios.
- e) Las notas o facturas de medicamentos deberán acompañarse de la receta expedida por el Médico tratante.

Cada recibo por honorarios, deberá estar relacionado a un solo concepto (consulta médica, honorarios quirúrgicos, honorarios de anestesiólogo, etc.)

La Compañía sólo pagará los honorarios de Médicos y de Enfermeras titulados, legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión y que participen de manera activa y directa en la curación y/o recuperación del Asegurado, así como los gastos de internación efectuados en Sanatorios u Hospitales autorizados.

No se hará, por parte de la Compañía ningún pago a establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualquiera semejante en donde no se exige remuneración.

La Compañía podrá nombrar alguna persona, quien tendrá a su cargo la verificación de la enfermedad o lesión, y de que el Asegurado se encuentre internado en el Sanatorio u Hospital, así como, la comprobación de los gastos realizados. Los Asegurados autorizan a todos los Hospitales y a todos los médicos que lo hubieren tratado para dar información a la Compañía o persona designada por ésta, y se obliga a someterse a los reconocimientos médicos que requiera la Compañía a costa de la misma para la comprobación del diagnóstico. Si el Asegurado, no se sometiese a los reconocimientos mencionados, perderá su derecho a la indemnización correspondiente.

La Compañía pagará las indemnizaciones derivadas de esta póliza al Contratante o a quien éste haya designado, excepto las sumas aseguradas que por fallecimiento del asegurado hayan quedado pendientes de liquidarse por lo que serán pagadas a los beneficiarios designados, estipulados en la carátula de la póliza.

En las coberturas que proporcionen indemnización diaria, la Compañía y el Contratante podrán pactar que los pagos sean efectuados semanalmente o mensualmente.

La Compañía efectuará el pago de la indemnización en sus oficinas, dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que reciba las pruebas que fundamenten la reclamación

En caso de fallecimiento del asegurado y en caso de que sea exigible alguna cobertura amparada por esta póliza, los beneficiarios deberán informar por escrito a LA COMPAÑÍA sobre la ocurrencia del siniestro objeto de la cobertura, dentro de un plazo de treinta (30) días contados desde el conocimiento del mismo, sin perjuicio de lo señalado en la cláusula de prescripción. Además, deberán proporcionar a LA COMPAÑÍA los siguientes documentos, en lo que resulten aplicables: copia certificada del acta de defunción del asegurado, certificado médico de defunción. Asimismo, se proporcionará a LA COMPAÑÍA cualquier información que solicite para verificar el fallecimiento y se le permitirá realizar las indagaciones que sean necesarias para tal fin.

Se perderá todo derecho a indemnización, si cualquier información fuera simulada o fraudulenta, sin perjuicio de las acciones legales que correspondan.

DECIMO SEXTA: DUPLICADO DE PÓLIZA Y COPIA

En caso de robo, pérdida o destrucción de esta póliza, EL CONTRATANTE podrá obtener un duplicado en sustitución de la póliza original. Las modificaciones efectuadas después de emitido el duplicado serán las únicas válidas.

Autorizadas mediante oficio 06-367-II-1.1/9447 de fecha 30 de julio de 2002



DIVISION VIDA

EL CONTRATANTE tiene derecho a que se le entregue copia de las declaraciones efectuadas para la celebración del contrato y copia no negociable de la póliza. En ambos casos, los gastos correspondientes serán por cuenta de EL CONTRATANTE.

DECIMO SEPTIMA: IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES

Los impuestos, tasas y contribuciones que se causaren con motivo de la celebración del presente contrato estarán a cargo de EL CONTRATANTE, de los Beneficiarios o de los herederos, o de la Compañía según lo establezcan las leyes fiscales vigentes

DECIMO OCTAVA: COMUNICACIONES

Cualquier comunicación a la Compañía deberá hacerse por escrito al domicilio, indicado en la carátula de la póliza.

Las comunicaciones a «EL CONTRATANTE» y «EL ASEGURADO» o sus causahabientes según sea el caso se dirigirán al ultimo domicilio del cual tenga conocimiento la Compañía.

DECIMO NOVENA: PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en dos años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, en los términos del Art. 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el Art. 82 de la misma Ley.

La prescripción se interrumpirá no solo por las causas ordinarias, sino también por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

VIGÉSIMA: COMPETENCIA

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos, en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros; y si dicho organismo no es designado árbitro; previa declaración expresa del mismo, podrá concurrir a los tribunales competentes del domicilio de la Compañía.

VIGÉSIMO PRIMERA: MONEDA DEL CONTRATO

Todos los pagos relativos a este contrato, aún y cuando la póliza se haya contratado en moneda extranjera, ya sean por parte del ASEGURADO o de la Compañía se verificaran en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se efectúen.

VIGÉSIMO SEGUNDA: INDEMNIZACIÓN POR MORA

Si LA COMPAÑÍA no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro al hacerse exigibles legalmente, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo establecido en el Art. 135-BIS de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros siendo básicamente lo siguiente:

Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha de su exigibilidad legal 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.

Además, la empresa de seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, 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

Autorizadas mediante oficio 06-367-II-1.1/9447 de fecha 30 de julio de 2002



DIVISION VIDA

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;

En caso de que no se publiquen las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio, el mismo se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

En todos los casos, los intereses moratorios se generarán por día, desde aquél en que se haga exigible legalmente la obligación principal y hasta el día inmediato anterior a aquél en que se efectúe el pago. Para su cálculo, las tasas de referencia 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.

Autorizadas mediante oficio 06-367-II-1.1/9447 de fecha 30 de julio de 2002

AMERICAN INTERNATIONAL GROUP, DIVISION VIDA. AIG México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V.
Av. Insurgentes Sur 1136, Col. Del Valle, México 03219, D.F. Tel: 5488-4700 Fax: 5488-4820
Internet: <http://www.aigmexico.com.mx>