

Usted es una Persona Cubierta y elegible para cobertura en virtud del plan si se encuentra en la clase elegible que se define a continuación. Para que se puedan abonar los beneficios, esta Póliza tiene que estar vigente, y usted debe participar en una de las Actividades Cubiertas que se definen a continuación.

¿Quiénes son elegibles para esta protección?

Todos los miembros generales de AFT y jubilados con buena reputación.

Período de Cobertura: Usted tendrá cobertura a partir de 1) la Fecha de Validez de la Póliza; o 2) la fecha en que usted sea elegible, lo que ocurra después. Su cobertura finalizará en: 1) la fecha en que la Póliza caduque; 2) la fecha en que usted ya no sea elegible; o 3) la fecha en que finalice el período por el que se ha abonado la prima requerida, lo que ocurra primero.

Actividades Cubiertas

Cobertura las 24 horas: Nosotros pagaremos los beneficios que se describen en la Póliza cuando usted sufra un Accidente en cualquier momento durante la vigencia de la Póliza. A menos que se especifique lo contrario, Nosotros pagaremos beneficios solamente una vez para un Accidente.

Cobertura de Negocio: Nosotros pagaremos los beneficios que se describen en la Póliza cuando usted sufra un Accidente durante el curso de su empleo relacionado con su membresía con AFT. Los miembros jubilados no son elegibles para esta cobertura.

Exposición y Desaparición: La cobertura incluye la exposición a los elementos como resultado de un Accidente. Si usted no aparece en el plazo de un (1) año desde su desaparición, naufragio, hundimiento o destrucción del Medio de Transporte del que usted era ocupante al momento del Accidente, se considerará, sujeto a todos los demás términos y condiciones de la Póliza, que usted ha sufrido la Pérdida de la Vida según se define en esta Póliza.

Suma Principal

Actividad Cubierta	Monto del Beneficio
Cobertura las 24 horas	\$5,000
Cobertura de Negocios	\$10,000

Descripción de los Beneficios

Beneficios por Muerte y Pérdida de Extremidades Accidental - Si su Lesión ocasiona, en un plazo de 365 días desde la fecha de un Accidente, en cualquiera de las pérdidas indicadas a continuación, Nosotros pagaremos el Monto del Beneficio que aparece a continuación como compensación por dicha pérdida. Si se produjeran múltiples pérdidas, solo se pagará un Monto del Beneficio, el más alto, por todas las pérdidas que se deban al mismo Accidente. Los beneficios se reducirán a los 70 años de edad.

Tabla de Pérdidas Cubiertas

Pérdida Cubierta	Monto del Beneficio
Pérdida de la vida	100%
Pérdida del Habla y Pérdida de la Audición	100%
Pérdida del Habla y uno de Pérdida de Mano, Pérdida de Pie o Pérdida de la Vista de un Ojo	100%
Pérdida de la Audición y uno de Pérdida de Mano, Pérdida de Pie o Pérdida de la Vista de un Ojo	100%
Pérdida de Manos (Ambas), Pérdida de Pies (Ambos), Pérdida de la Vista o la combinación de dos cualesquiera de Pérdida de Mano, Pérdida de Pie o Pérdida de la Vista de un Ojo	100%

Cuadriplejia	100%
Paraplejia	75%
Hemiplejia	50%
Pérdida de Mano, Pérdida de Pie o Pérdida de la Vista de un Ojo (cualquiera de cada uno)	50%
Pérdida del Habla o Pérdida de la Audición	50%
Uniplejia	25%
Pérdida de los Dedos Pulgar e Índice de la misma mano	25%

Beneficio por Coma - Si, como consecuencia de su lesión, usted entra en Coma en un plazo de 30 días desde el Accidente, y permanece en Coma durante 30 días consecutivos, y está internado en un hospital u otro centro autorizado para recibir un tratamiento médicamente necesario para el Coma en un plazo de 30 días desde el Accidente, Nosotros pagaremos un Monto de Beneficio mensual del 1% de la Suma Principal. El monto máximo del beneficio es del 100% de la Suma Principal.

Las interrupciones breves del Coma no serán consideradas una interrupción del período de treinta (30) días consecutivos, o causa de discontinuación de Nuestro pago, si las interrupciones y las subsiguientes recurrencias del Coma se deben al mismo Accidente.

El pago mensual por Coma se efectuará hasta la fecha en que usted: 1) fallezca; 2) salga del Coma; o 3) los pagos totales equivalgan al 100% de la Suma Principal, lo que ocurra primero. Si usted fallece dentro de los 365 días del Accidente, Nosotros pagaremos en un pago único una suma equivalente a la Suma Principal, menos cualquier Monto del Beneficio por Coma ya pagado.

Límite Acumulado de Seguro: \$2,500,000 por Accidente

Si más de una (1) Persona Asegurada sufre una Pérdida en el mismo accidente, Nosotros no pagaremos más que el Límite Acumulado de Seguro indicado arriba. Si un Accidente tiene como consecuencia que se vuelvan pagaderos Montos de Beneficios que, en total, superen el Límite Acumulado de Seguro indicado anteriormente, se dividirá proporcionalmente el Límite Acumulado de Seguro entre las Personas Aseguradas de acuerdo con cada Monto del Beneficio aplicable.

¿Qué no está cubierto?

No se pagarán beneficios por ningún Accidente, Lesión Corporal Accidental o Pérdida causados por o como consecuencia de cualquiera de las siguientes situaciones:

- 1) usted se encuentra, ingresa o egresa de cualquier aeronave existente: a) propiedad de, alquilada u operada por el Titular de la Póliza o en nombre del Titular de la Póliza; o b) operada por un empleado del Titular de la Póliza en nombre del Titular de la Póliza;
- 2) usted viaja como pasajero, ingresa o egresa de un avión mientras actúa o se capacita como piloto o miembro de la tripulación (esta exclusión no se aplica a los pasajeros que temporalmente se desempeñen en funciones de piloto o miembros de la tripulación en caso de una emergencia con riesgo de vida);
- 3) trauma emocional, enfermedad mental o física, embarazo normal, parto normal o aborto electivo, infección viral o bacteriana, disfunciones corporales o tratamiento médico o quirúrgico de estas; a excepción de las infecciones que ocurran como resultado de Lesiones Corporales Accidentales. Esta exclusión no se aplica a una infección bacteriana causada por un Accidente o por el consumo Accidental de una sustancia contaminada por bacterias;
- 4) su comisión o intento de comisión de cualquier acto ilegal, incluido, entre otros, cualquier delito mayor;
- 5) pérdida causada por o como consecuencia de cualquier incidente que ocurra mientras que usted está encarcelado después de una condena;
- 6) usted está intoxicado mientras conduce un vehículo motorizado en el momento del Accidente. La intoxicación se define de acuerdo con las leyes de la jurisdicción donde se produce el Accidente;
- 7) usted se encuentra bajo la influencia de cualquier narcótico o cualquier otra sustancia controlada en el momento del Accidente. Esta exclusión no se aplica si el narcótico o la sustancia controlada se utiliza y consume según lo prescrito por un Médico;

8) usted participa en una acción militar mientras se encuentra en actividad como miembro de las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional establecida. Sin embargo, esta exclusión no se aplica a los primeros sesenta (60) días consecutivos de servicio militar activo en las fuerzas armadas de cualquier país o autoridad internacional establecida;

9) su suicidio, intento de suicidio o lesión intencionalmente autoinfligida;

10) una guerra declarada o no declarada.

No se pagarán beneficios por ningún Accidente, Lesión Corporal Accidental o Pérdida cuando los Estados Unidos de América hayan impuesto una sanción comercial que prohíba el seguro, o donde exista alguna otra prohibición legal contra la oferta de seguros.

Definiciones: “Accidente” significa un evento repentino, imprevisto e inesperado que: 1) ocurra de forma inesperada; 2) surja de una fuente externa a usted; 3) no esté relacionado con una enfermedad, trastorno u otra disfunción corporal, o tratamiento quirúrgico o médico de estos; 4) ocurra mientras usted está asegurado en virtud de la Póliza, que se encuentra vigente; y

5) sea la causa directa de la pérdida. **“Lesión Corporal Accidental”** significa lesión corporal que: 1) sea Accidental; 2) sea la causa directa de una pérdida; y 3) ocurra mientras usted está asegurado en virtud de la Póliza, que se encuentra vigente. **“Nosotros, Nuestro, Nos”** significa la compañía aseguradora que suscribe este seguro o su agente autorizado.

Usted debe notificar a Chubb en un plazo de 90 días desde el Accidente o Pérdida. Si no puede enviarse la notificación en ese plazo, debe enviarse lo antes posible en la medida de lo razonable. Esta notificación debe identificarlo a usted, a su institución financiera y al Número de Póliza.

Número de Póliza: 9908-81-09, Suscrita por Federal Insurance Company, 202B Hall's Mill Road, P.O. Box 1650 Whitehouse Station, New Jersey 08889-1650. Para obtener los términos y condiciones, consulte la Póliza o el Certificado.

Información de Contacto: Para atención al cliente, verificación de elegibilidad, información del plan o para presentar una reclamación, contáctese con el Administrador de Beneficios: aftplus@aft.org o 800-238-1133 ext. 8643 o 202-393-8643.

Pago de Reclamaciones: Para todos los beneficios pagaderos en virtud de esta Póliza, excepto los de discapacidad, Nosotros le pagaremos a usted o a su Beneficiario el Monto del Beneficio aplicable en un plazo de sesenta (60) días desde que Nosotros recibamos la totalidad de la prueba de la Pérdida si usted, el Titular de la Póliza y el Beneficiario, según corresponda, han cumplido con todos los términos de la Póliza.

Esta información es una descripción breve de las características importantes de este plan de seguro. No es un contrato de seguro. Este seguro está suscrito y es ofrecido por Federal Insurance Company, una aseguradora miembro del Chubb Group of Insurance Companies. Chubb es el nombre de comercialización utilizado para referirse a ciertas subsidiarias de Chubb Limited que ofrecen seguros y otros servicios relacionados. Para obtener una lista de estas subsidiarias, por favor visite nuestro sitio Web en www.chubb.com. Es posible que no todos los productos estén disponibles en todos los estados o ciertos términos podrían ser diferentes cuando la ley estatal lo exija. Esta comunicación contiene resúmenes de productos únicamente. La cobertura está sujeta al texto de las pólizas, según fueron emitidas. Chubb, 202 Hall's Mill Road, Whitehouse Station, NJ 08889-1600.

This document has been translated from its original English form. If there is any inconsistency between the translated version of the form and the English version that has a material impact on the coverage provided, the English version will govern.

Este documento es una traducción del formulario original en inglés. Si existe cualquier tipo de falta de uniformidad entre la versión traducida del formulario y la versión en inglés que tenga un impacto sustancial sobre la cobertura proporcionada, la versión en inglés será la que prevalecerá.