

## Condiciones Generales del Plan GARANTI AHORRO

### 1. Definiciones

**ASEGURADO.** Es la persona cuya muerte, sobrevivencia o integridad física se encuentren cubiertos en la presente Póliza de acuerdo a lo expresamente señalado en cada cobertura contratada.

**BENEFICIARIO.** Es la persona que por designación del Asegurado, tiene derecho a recibir las Sumas Aseguradas, o su proporción correspondiente de aquellas coberturas en que con el carácter de Beneficiario se le ha designado.

**COMPAÑÍA.** **AIG México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V.**, quien otorga las coberturas contratadas y que será la responsable del pago de los Beneficios estipulados en la Póliza.

**CONTRATANTE.** Aquella persona que: (i) contrata para el ASEGURADO las coberturas amparadas por la presente Póliza; (ii) cubre las primas correspondientes; y, (iii) cuenta con el derecho de disponer de los Valores Garantizados, entre otros, de acuerdo a lo estipulado en este Contrato.

**LEY.** Se refiere a la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

### 2. Descripciones de Coberturas

a) Dotal:

La COMPAÑÍA pagará al final del plazo del seguro, la Suma Asegurada contratada estipulada en la carátula de la Póliza, al propio ASEGURADO, si éste sobrevive al final del plazo de seguro, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor.

b) Fallecimiento:

En caso de fallecimiento del ASEGURADO dentro del plazo de seguro, la COMPAÑÍA pagará al final del plazo del seguro, la Suma Asegurada contratada estipulada en la carátula de la Póliza al Beneficiario.

c) Exención de pago de primas por Invalidez Total y Permanente:

En caso de Invalidez Total y Permanente, el ASEGURADO quedará exento del pago de primas, siempre y cuando la invalidez ocurra antes de que el ASEGURADO cumpla sesenta y un (61) años, y no sea como consecuencia de alguna condición expresamente excluida.

Los siguientes casos se considerarán como causa de invalidez, y no operará el período de espera en: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. Para los efectos de ésta cláusula se entiende por pérdida de las manos, su separación o anquilosamiento de la articulación carpo-metacarpiana o arriba de ella, y por pérdida del pie, su separación o anquilosamiento de la articulación tibio-tarsiana o arriba de ella.

Se entenderá por Invalidez Total y Permanente la pérdida total de facultades o aptitudes de una persona, cuyo origen sea derivado de un accidente o enfermedad que lo imposibiliten para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida. A fin de determinar esta incapacidad, se requerirá que haya sido continua durante el período establecido en la carátula de la póliza.

A fin de determinar el estado de Invalidez Total y Permanente, el ASEGURADO deberá presentar a la COMPAÑÍA, además de lo establecido en la cláusula de pruebas, el dictamen de invalidez total y permanente avalado por una Institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como todos los exámenes, análisis y documentos que sirvieron de base para determinar la Invalidez Total y Permanente, serán evaluados por un médico especialista certificado por el Consejo de la Especialidad de Medicina del Trabajo, que elija el ASEGURADO dentro de los previamente designados por la COMPAÑÍA, para estos efectos y en caso de proceder el estado de invalidez total y permanente, la COMPAÑÍA cubrirá lo correspondiente en términos del contrato de seguro. De no proceder el estado de Invalidez Total y

Permanente, el costo del peritaje correrá a cargo del ASEGURADO.

El beneficio derivado por el estado de Invalidez del ASEGURADO comenzará su aplicación después de ciento ochenta (180) días de diagnosticado el estado de Invalidez Total y Permanente, siempre y cuando el estado de invalidez prevalezca. Si el ASEGURADO se invalida a partir de los sesenta y un (61) años, está obligado a continuar con el pago de primas hasta el término del plazo o hasta que fallezca, lo que ocurra primero.

### 3. Contrato

Esta Póliza, la(s) propuesta(s) de seguro, las cláusulas adicionales y los endosos que se agreguen, constituyen prueba del contrato de seguro, celebrado entre la COMPAÑÍA y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO.

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 (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 (Artículo 25 de la Ley).

### 4. Vigencia

Cada cobertura contratada entra en vigor en la fecha consignada en la carátula de esta Póliza y sus endosos, y continuará durante el plazo estipulado, salvo lo dispuesto en la cláusula de Plazo de Pago.

### 5. Modificaciones

Las estipulaciones de la Póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre la COMPAÑÍA y el CONTRATANTE y/o ASEGURADO, lo que se hará constar por escrito, mediante endosos o cláusulas adicionales, registrados previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En consecuencia ninguna persona tiene facultad para hacer concesión o modificación alguna.

### 6. Carencia de restricciones

Este contrato no estará sujeto a restricciones por razones de residencia, ocupación, viajes y/o genero de vida del ASEGURADO.

### 7. Indisputabilidad

Las coberturas contratadas serán indisputables después de haber transcurrido dos (2) años a partir de su fecha de inicio de vigencia o de su última rehabilitación, renunciando la COMPAÑÍA al derecho que le confiere la Ley sobre el Contrato de Seguro para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiere incurrido el ASEGURADO al formular la propuesta de seguro o la propuesta de rehabilitación.

### 8. Suicidio

En caso de suicidio del ASEGURADO, ocurrido dentro de los dos (2) primeros años contados a partir de la celebración del contrato o de la última rehabilitación de alguna cobertura, la obligación de la COMPAÑÍA se limitará al pago de la reserva matemática que corresponda a la cobertura en la fecha en que ocurra el fallecimiento.

### 9. Primas

La obligación de pago de primas se iniciará en la fecha que se menciona en la carátula de la Póliza y continuará durante la vigencia del seguro con la frecuencia estipulada; o hasta la anualidad en que ocurra el fallecimiento o la Invalidez Total y Permanente del ASEGURADO (una vez transcurrido el periodo de espera de seis (6) meses), si esto sucede antes.

El pago de la prima podrá ser fraccionada mediante exhibiciones semestrales, trimestrales o mensuales, cada fracción vencerá al inicio de cada período pactado.

La prima correspondiente a las coberturas contratadas con posterioridad a la fecha de emisión de la póliza, se sumará a la cantidad de prima originalmente pactada y conformarán una sola prima para los efectos de su pago.

Las partes convienen que el pago de la prima respectiva deberá efectuarse en cualquiera

de las oficinas de la COMPAÑÍA, contra entrega del recibo expedido por la misma.

Para el caso de que el CONTRATANTE desee efectuar los pagos correspondientes, a través de una tarjeta de crédito o débito, deberá autorizar a la COMPAÑÍA para que ésta efectúe los cargos respectivos, previo consentimiento que conste en la solicitud del seguro.

Si el pago de las primas se efectúa mediante cargo en cuenta de ahorro o tarjeta de crédito el estado de cuenta en donde aparezca dicho cargo hará prueba plena del pago. En caso de que dicho cargo no pueda realizarse por causas imputables al ASEGURADO, el seguro cesará en sus efectos una vez transcurrido el período de gracia.

#### *10. Plazo de Pago*

Si no hubiere sido pagada la fracción de la prima, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de su vencimiento, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce (12) horas del último día de este plazo.

#### *11. Edad de aceptación*

Los límites de admisión fijados por la COMPAÑÍA son: doce (12) años como mínimo y sesenta (60) años como máximo.

#### *12. Rehabilitación*

Cuando los efectos del contrato hubieren cesado por falta de pago de primas, podrá ser rehabilitado en cualquier época, siempre y cuando el ASEGURADO lo solicite por escrito, y dentro de un límite máximo de dos (2) años desde que se canceló la Póliza. Previa la rehabilitación, el ASEGURADO deberá de justificar su asegurabilidad mediante nuevas pruebas a satisfacción de la COMPAÑÍA.

Para efectuar la rehabilitación el ASEGURADO deberá pagar todas las primas vencidas, más los intereses generados.

#### *13. Designación de Beneficiarios*

El ASEGURADO tiene el derecho de nombrar al o a los Beneficiarios que desee, a su entera

decisión y criterio, según sea el caso de acuerdo a las condiciones estipuladas en la definición de Beneficiario. El ASEGURADO podrá modificar la designación de sus Beneficiarios en cualquier momento, salvo que haya cedido este derecho a un tercero o se haya designado un Beneficiario con carácter irrevocable.

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 (Artículo 165 de la Ley).

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 en contrario o que hubiere renuncia del derecho de revocar la designación hecha con anterioridad (Artículo 164 de la Ley).

Tanto la designación como el cambio del o los Beneficiarios se hará en forma expresa y por escrito, al completar la solicitud del seguro o en cualquier otro momento posterior, y será válida aunque se notifique a la COMPAÑÍA después del fallecimiento del ASEGURADO; sin embargo, la COMPAÑÍA quedará liberada de responsabilidad en el caso de pagar la indemnización correspondiente a los Beneficiarios designados con anterioridad a la recepción de cualquier comunicación modificando esta designación.

Designadas varias personas sin indicación de proporciones, se entiende que el Beneficio se distribuirá en partes iguales.

Al desaparecer alguno de los Beneficiarios, su porción acrecerá por partes iguales la de los demás (Artículo 177 de la Ley).

Por herederos o causahabientes designados como Beneficiarios deberá entenderse, primero, los descendientes que deban suceder al ASEGURADO en caso de herencia legítima y el cónyuge que sobreviva, y después, si no hay descendientes ni cónyuge, las demás personas con derecho a la sucesión (Artículo 173 de la Ley).

La COMPAÑÍA en ningún caso asume responsabilidad alguna por la validez del acto

jurídico que dio lugar a la designación del o los Beneficiarios, o por las cuestiones que se susciten con motivo de ella.

El Beneficiario perderá todos sus derechos si atenta injustamente contra la persona del ASEGURADO. Si la muerte del ASEGURADO es causada injustamente por quien celebró el contrato, el seguro será ineficaz, pero los herederos del ASEGURADO tendrán derecho a la reserva matemática (Artículo 185 de la Ley).

**Advertencia:** En el caso de que desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe de 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 deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de Seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

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

#### 14. Valores Garantizados

Encontrándose la Póliza al corriente en el pago de sus primas, el CONTRATANTE podrá hacer uso, en las fechas de aniversario indicadas en la tabla de valores garantizados, de las cantidades estipuladas en la columna Valor en Efectivo.

El CONTRATANTE tendrá derecho a Valores en Efectivo al completar el pago de la anualidad anterior a la primera fecha de aniversario especificada en dicha tabla.

El Valor en Efectivo en una fecha que no coincida con la del aniversario se determinará bajo el siguiente procedimiento:

a) En caso de no estar cubierta la anualidad el Valor en Efectivo se calculará considerando lo que le corresponda al aniversario inmediato anterior, más la parte proporcional por la prima fraccionada que haya pagado.

El Valor Efectivo se podrá aplicar de la siguiente manera:

##### 14.1. Rescate

El CONTRATANTE podrá rescatar la póliza por el Valor en Efectivo que le corresponda al momento de efectuar el rescate.

#### 15. Comunicaciones

Cualquier comunicación a la COMPAÑÍA deberá hacerse por escrito. El domicilio en el que las partes deben efectuar las denuncias, declaraciones y demás comunicaciones previstas en esta Póliza, es el de la COMPAÑÍA y los últimos declarados por el CONTRATANTE y el ASEGURADO según sea el caso.

#### 16. Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato, aún y cuando la póliza se haya contratado en Moneda Extranjera, ya sean por parte del CONTRATANTE y/o ASEGURADO o de la COMPAÑÍA se efectuaran en Moneda Nacional, conforme a la Ley Monetaria vigente en la fecha en que se efectúen.

#### 17. Indemnización por Mora

En caso de que la COMPAÑÍA, 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, capital o renta en los términos del Artículo 71 de la Ley, se obliga a pagar al ASEGURADO, Beneficiario o tercero dañado una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 135 Bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, durante el lapso de mora.

### 18. Competencia

En caso de controversia, el reclamante podrá presentar su reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), en sus oficinas centrales o en la delegación de la misma que se encuentre más próxima al domicilio del ASEGURADO, o en la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la COMPAÑÍA, en los términos de los Artículos 50 Bis y 68 de la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, y dentro del término de un año contado a partir de que se suscite el hecho que le dio origen. De no someterse las partes al arbitraje de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, o de quien ésta proponga, se dejarán a salvo los derechos del reclamante para que los haga valer ante los tribunales competentes del domicilio de la COMPAÑÍA.

### 19. Prescripción

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

La prescripción se interrumpirá no sólo por las causas ordinarias, sino también por el nombramiento de peritos o por la iniciación del procedimiento conciliatorio establecido en el Artículo 68 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros. Asimismo, la prescripción se suspenderá por la presentación de la reclamación ante la Unidad Especializada de Atención de Consultas y Reclamaciones de la COMPAÑÍA.

### 20. Término de Cobertura

- a) Por la cancelación de la Póliza.
- b) Por término del plazo de seguro.
- c) Por falta de pago de la prima correspondiente, dentro del plazo indicado en la cláusula relativa al Plazo de Pago.

### 21. Pruebas para validar el estado de Invalidez Total

En caso de que se presente una reclamación por Invalidez Total del ASEGURADO, dicho estado de Invalidez deberá ser probado por el ASEGURADO a la COMPAÑÍA.

Cuando la COMPAÑÍA lo estime necesario, pero no más de una vez al año, a su costa podrá exigir la comprobación de que continúa el estado de Invalidez del ASEGURADO. Si éste se niega a esa comprobación o si resulta que ha cesado el estado de Invalidez, dejará de surtir efecto el beneficio concedido, debiendo reanudarse el pago de las primas, reducidas en la parte que corresponda a este beneficio, a partir de la que se venza inmediatamente después de que cualquiera de las dos situaciones mencionadas se presenten.

### 22. Cesión

El presente Contrato podrá ser cedido mediante aviso por escrito a la COMPAÑÍA. Lo anterior en el entendido que dicha cesión estará sujeta a que la COMPAÑÍA verifique la asegurabilidad del cesionario conforme a los criterios de la COMPAÑÍA.

Cualquier cesión de derechos, gravamen, caución o garantía que tenga por base esta Póliza, deberá notificarse fehacientemente por escrito a la COMPAÑÍA, la que lo hará constar en la misma Póliza por medio de un endoso. Sin estos requisitos, los convenios realizados por el CONTRATANTE con terceros no tendrán ningún valor para la COMPAÑÍA.

### 23. Exclusiones para la cobertura de Invalidez Total

**La aplicación del beneficio no se concederá cuando la Invalidez Total se deba a:**

- a) **Lesiones autoinfringidas por el asegurado.**
- b) **Lesiones sufridas en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, revolución; la participación directa del ASEGURADO en la**

- comisión de actos delictuosos de carácter intencional.
- c) Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO se encuentra a bordo de una aeronave, excepto cuando viaje como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular.
  - d) Accidentes que ocurran al participar el ASEGURADO en: Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad de vehículos de cualquier tipo.
  - e) Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO haga uso de motocicletas, motonetas u otros vehículos similares de motor.
  - f) Accidentes que ocurran mientras el ASEGURADO se encuentre realizando actividades de paracaidismo, buceo o alpinismo.
  - g) Por tratamientos psiquiátricos o psicológicos, trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas.
  - h) Por padecimientos preexistentes que no hayan sido declarados en la solicitud de seguro, para efectos de este apartado se entenderá por padecimiento preexistente:
    - Aquellos cuyo inicio tiene lugar en fecha anterior al comienzo de la cobertura y cuyos síntomas o signos no pudieran pasar desapercibidos,
    - Aquellos en los que se haya integrado un diagnóstico previo elaborado por un médico, o
    - Provocaron un gasto o fueron aparentes a la vista.

Este documento y la nota técnica que lo fundamenta, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, por registro número CNSF-S0058-0415-2003 de fecha 15 de agosto de 2003.