



Inscrita en la Superintendencia de Seguros. Ministerio de Finanzas, bajo el No. 107  
RIF J-30052236-9

## **PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO**

CON BASE EN LAS DECLARACIONES DEL TOMADOR Y DEL **ASEGURADO TITULAR**, CUYOS NOMBRES APARECEN INSCRITO EN EL CUADRO RECIBO DE PÓLIZA, EL CUAL FORMA PARTE INTEGRANTE DE ÉSTA PÓLIZA, SEGUROS ALTAMIRA, C. A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ **LA COMPAÑÍA**, SOCIEDAD MERCANTIL DOMICILIADA EN LA CIUDAD DE CARACAS E INSCRITA EN EL REGISTRO MERCANTIL CUARTO DE LA CIRCUNSCRIPCIÓN JUDICIAL DEL DISTRITO FEDERAL Y ESTADO MIRANDA, EN FECHA 2 DE NOVIEMBRE DE 1992, BAJO EL N° 80, TOMO 43-A-PRO., REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR SU PRESIDENTE, CIUDADANO JOSÉ RECIO BARRIGA, VENEZOLANO, MAYOR DE EDAD, DOMICILIADO EN LA CIUDAD DE CARACAS Y TITULAR DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD N° 1.867.718, SEGÚN CONSTA EN ACTA DE ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA DE ACCIONISTAS REGISTRADA EL 13 DE DICIEMBRE DE 2000, BAJO EL N° 9, TOMO 83-A-CTO, EMITE LA PRESENTE PÓLIZA MEDIANTE LA CUAL SE OBLIGA A PAGAR A **EL BENEFICIARIO**, LAS INDEMNIZACIONES DESCRITAS EN EL CUADRO RECIBO DE PÓLIZA Y EN EL CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO, QUE PUEDAN CORRESPONDERLE DE ACUERDO A LAS CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES Y ANEXOS QUE FORMEN PARTE DE LA PÓLIZA.

## CONDICIONES GENERALES

### CLÁUSULA 1.- OBJETO DEL SEGURO.

En virtud de las declaraciones presentadas por el Asegurado Titular y el Tomador, contenidas en la solicitud de seguro, la cual constituye la base del presente contrato y forma parte integrante del mismo, LA COMPAÑÍA garantiza al Beneficiario el pago de las indemnizaciones que puedan corresponderle con arreglo a las Condiciones Generales, Particulares y Anexos que formen parte de esta Póliza.

### CLÁUSULA 2.- DEFINICIONES.

A los efectos de esta Póliza, queda expresamente convenido que cada uno de los siguientes términos sólo tendrá la acepción que a continuación se le asigna:

**ACCIDENTE:** Es toda acción fortuita, repentina y violenta originada por un agente externo independiente de la voluntad de **EL ASEGURADO**, que le cause lesiones o daños físicos corporales.

**AMPUTACIÓN:** Cortar y separar enteramente del cuerpo un miembro o porción de él.

**ASEGURADO:** Personas expuestas a los riesgos cubiertos por la presente Póliza y amparadas por este contrato. En este concepto se incluyen al **Asegurado Titular** y al **Asegurado Familiar** indicados en el Cuadro Recibo de Póliza.

**ASEGURADO FAMILIAR:** Es cada uno de los integrantes del grupo familiar del **Asegurado Titular**.

**ASEGURADO TITULAR:** Persona que aparece como tal en el Cuadro Recibo de Póliza, y en el Certificado Individual del Seguro, quien ejerce los derechos de los **Asegurados Familiares** ante **LA COMPAÑÍA**.

**BENEFICIARIO(S):** Persona o personas naturales o jurídicas, designada para recibir el pago de las prestaciones a que hubiere lugar según lo establecido en esta Póliza.

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO:** Documento emitido por **LA COMPAÑÍA**, conjuntamente con el Cuadro Recibo de Póliza correspondiente al Tomador. Dicho documento se emitirá por cada uno de los **Asegurados Titulares** que tengan relación laboral o institucional con el Tomador y sean incluidos en la presente Póliza. En él se indican los datos particulares de la Póliza y los referentes a cada **Asegurado Titular**, incluyendo a los respectivos **Asegurados Familiares**.

**CONDICIONES PARTICULARES:** Aquellas que contemplan aspectos concretos relativos al riesgo que se asegura.

**COMPAÑÍA:** Seguros Altamira, C. A., la cual asume el pago de los siniestros cubiertos por esta Póliza.

**CUADRO RECIBO DE PÓLIZA:** Documento que forma parte integrante de la Póliza, emitido por **LA COMPAÑÍA** donde se indican los datos como: identificación completa del(a) Tomador, Intermediario de Seguros, **LA COMPAÑÍA**, Coberturas, Suma Asegurada, Deducible, Vigencia del Seguro, Monto de la Prima, Lugar y Forma de pago, Firmas de **LA COMPAÑÍA** y del Tomador.

**DEDUCIBLE:** Es el monto de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados incurridos, que quedará a cargo de **EL ASEGURADO** o del Tomador, indicados en el Cuadro Recibo de Póliza.

**DEPENDIENTES:** Son aquellas personas que conviven y dependen económicamente del **Asegurado Titular**.

**DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DE LA PÓLIZA:** Las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Solicitud de Seguro, Cuadro Recibo de Póliza y los Anexos que se emitan para complementarla o modificarla.

**ENFERMEDAD:** Alteración de la salud debidamente sustentada en un diagnóstico médico. Condición de desequilibrio metabólico o fisiológico del cuerpo humano, con origen o etiología externa o interna.

**GRUPO FAMILIAR:** Familiares del **Asegurado Titular** incluidos en el Certificado Individual de Seguro, según lo establecido como Personas Asegurables en las Condiciones Particulares que forman parte de esta Póliza.

**INVALIDEZ:** La causada por la pérdida anatómica o funcional de miembros u órganos, que sean consecuencia de lesiones corporales originadas por un accidente cubierto bajo la presente Póliza. La invalidez puede ser por su duración temporal o permanente, y a la vez, por su extensión parcial o total.

**INVALIDEZ PERMANENTE:** Pérdida anatómica o impotencia funcional total de miembros u órganos, como consecuencia de lesiones corporales originadas por un accidente o enfermedad cubierta por esta Póliza, que impidan totalmente a **EL ASEGURADO** seguir dedicándose a la profesión que ejercía.

**INVALIDEZ TOTAL:** Pérdida anatómica o impotencia funcional permanente de miembros u órganos que sea consecuencia de lesiones corporales originadas por un accidente o enfermedad cubierto por esta Póliza.

**LESIONES CORPORALES:** Alteraciones en la textura de los órganos, la cual se manifiesta mediante contusión o inflamación de los mismos, fracturas, enfermedades y muerte derivadas de lesiones causadas por accidentes.

**PRIMA:** Es la única contraprestación pagadera en dinero por el Tomador a **LA COMPAÑÍA**.

**RELACIÓN DE CERTIFICADOS:** Documento que forma parte integrante de la Póliza, que contiene datos de la Póliza, número del Cuadro Recibo de Póliza, Vigencia de la Cobertura, frecuencia del pago de Prima, número de los Certificados relacionados, **Asegurados Titulares** y sus **Asegurados Familiares** con sus respectivas coberturas, Prima individual por Asegurado, fecha de ingresos o egresos de la Póliza y monto total del pago de Prima.

**RESIDENCIA HABITUAL:** Dirección de habitación de **EL ASEGURADO**, ubicada dentro del territorio de la República Bolivariana de Venezuela, indicada en la Solicitud de Seguro o en Anexo emitido a tal efecto.

**SUMA ASEGURADA:** Límite máximo de responsabilidad de **LA COMPAÑÍA** indicado en el Cuadro Recibo de Póliza.

**TOMADOR:** Persona natural o jurídica que celebra este contrato con **LA COMPAÑÍA** que obrando por cuenta propia o ajena traslada los riesgos y se obliga al pago de la Prima.

**TIPO DE COBERTURA:** Combinación de beneficios amparados por esta Póliza.

**VIGENCIA DEL SEGURO:** Tiempo transcurrido ininterrumpidamente para cada **ASEGURADO**, contado desde la fecha de inicio de la primera vigencia de cobertura que corresponda a dicho **ASEGURADO**.

### **CLÁUSULA 3.- VIGENCIA DE LA COBERTURA.**

**LA COMPAÑÍA** asume las consecuencias de los riesgos cubiertos, desde la fecha de la celebración del contrato de seguro, lo cual se producirá una vez que el Tomador notifique su consentimiento a la proposición formulada por **LA COMPAÑÍA** o cuando ésta participe su aceptación a la solicitud efectuada por el Tomador, según corresponda.

En todo caso, la vigencia de la Póliza se hará constar en el Cuadro Recibo de Póliza y en el Certificado Individual de Seguro, con indicación de la fecha en que se emita, la hora y día de su iniciación y vencimiento.

### **CLÁUSULA 4.- PRIMAS.**

El Tomador debe la Prima desde el momento de la celebración del contrato, pero aquélla no será exigible sino contra la entrega por parte de **LA COMPAÑÍA** de la Póliza, del Cuadro Recibo de Póliza o de la Nota de Cobertura Provisional. En caso que la Prima no sea pagada

en la fecha de su exigibilidad, o se haga imposible su cobro por causa imputable al Tomador, **LA COMPAÑÍA** tendrá derecho a declarar resuelto el contrato o a exigir el pago de la prima debida con fundamento en la Póliza.

El pago de la Prima solamente conserva en vigor la Póliza por el tiempo al cual corresponde dicho pago, según se haga constar en la misma.

Las Primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte de **LA COMPAÑÍA** por dicho exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses de dichas Primas.

La Prima que ha de pagar el Tomador al comienzo del contrato se determinará sobre la base de la tarifa de Primas vigentes de **LA COMPAÑÍA**, según el número de Asegurados y en atención a los factores que integran dicha tarifa y que corresponden a los Asegurados especificados en las respectivas solicitudes de seguros individuales. La Prima pagada por el Tomador en el inicio del contrato y en su renovación dentro de la vigencia correspondiente se ajustará sobre la base de los ingresos y egresos de los **Asegurados Titulares** y sus **Asegurados Familiares**.

#### **CLÁUSULA 5.- INEXACTITUD EN LA EDAD.**

Si al momento de la contratación de la Póliza, la edad de los **ASEGURADOS** excediere los límites de admisibilidad de **LA COMPAÑÍA**, el seguro quedará sin efecto y **LA COMPAÑÍA** devolverá las Primas cobradas, sin intereses.

#### **CLÁUSULA 6.- AVISOS.**

Todo aviso o comunicación entre las partes, deberán hacerse mediante comunicación escrita, carta certificada, telex, fax o telegrama con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal o sucursal de **LA COMPAÑÍA** o a la dirección del Tomador que conste en la Póliza, según sea el caso.

No obstante, las comunicaciones entregadas al productor de seguros producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a **EL ASEGURADO**, a el Tomador o a **LA COMPAÑÍA**.

#### **CLÁUSULA 7.- DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD.**

**LA COMPAÑÍA** deberá participar al Tomador, en un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud de seguros, que pueda influir en la valoración del riesgo y podrá ajustar o resolver la Póliza mediante comunicación dirigida al Tomador, en el plazo de un (1) mes contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el Tomador o el **Asegurado Titular**.

En caso de resolución ésta se producirá a partir del decimosexto (16°) día siguiente a su notificación, siempre y cuando la devolución de la Prima correspondiente se encuentre a disposición del Tomador en la caja de **LA COMPAÑÍA**. Corresponderán a **LA COMPAÑÍA** las Primas relativas al período transcurrido hasta el momento en que haga esta notificación. **LA COMPAÑÍA** no podrá resolver la Póliza cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que **LA COMPAÑÍA** haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiese establecido de haber conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador o el **Asegurado Titular** actúan con dolo o culpa grave, **LA COMPAÑÍA** quedará liberada del pago de la indemnización y de la devolución de la Prima.

Cuando la reserva o inexactitud se contrajese sólo a una o varias personas, la Póliza subsistirá con todos sus efectos respecto de las restantes.

#### **CLÁUSULA 8.-AGRAVACIÓN DEL RIESGO.**

El Tomador deberá comunicar a **LA COMPAÑÍA**, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que hubiera tenido conocimiento del hecho, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la celebración del contrato, no lo habría celebrado o lo habría hecho en otras condiciones. Cuando la agravación del riesgo dependa de un acto de El Tomador deberá comunicarse a **LA COMPAÑÍA** antes que se produzca, pero siempre dentro de los cinco (5) días antes señalados.

Conocido por **LA COMPAÑÍA** que el riesgo se ha agravado, ésta dispone de un plazo de quince (15) días continuos para proponer la modificación del contrato o para notificar su rescisión. Notificada la modificación a El Tomador, éste deberá dar cumplimiento a las condiciones exigidas en un plazo que no exceda de quince (15) días continuos, en caso contrario se entenderá que el contrato ha quedado sin efecto.

En el caso de que El Tomador no haya efectuado la declaración y sobreviniere un siniestro, el deber de indemnización de **LA COMPAÑÍA** se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

El Tomador deberá comunicar, conforme a lo indicado en esta cláusula, cualquiera de las siguientes circunstancias:

1. Cambios estructurales en las edificaciones donde se desarrollan las actividades de **EL ASEGURADO**.
2. Trabajos de reparación y refacción de las edificaciones donde se desarrollan las actividades de **EL ASEGURADO**.
3. Permanencia de materiales de construcción en las edificaciones donde se desarrollan las actividades de **EL ASEGURADO**, sin importar que no se esté realizando ningún tipo de trabajo relacionado con los mencionados materiales.
4. La existencia de inmuebles desocupados, invadidos, abandonados o en ruinas, terrenos sin edificar, obras en demolición o en proceso de construcción, que colinden con la edificación donde se desarrollan las actividades de **EL ASEGURADO**.

#### **CLÁUSULA 9.- EXCLUSIONES GENERALES.**

La indemnización prevista en esta Póliza no se concederá si la reclamación se basa en:

- a) Lesiones, daños o pérdidas ocasionadas como consecuencia de: guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insurrección militar, levantamiento militar, rebelión, revolución, guerra intestina, guerra civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o cualquier acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con cualquier organización que realice actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.
- b) Movimientos telúricos, terremotos, maremotos, erupciones volcánicas o inundaciones.
- c) Fisión o fusión nuclear, radiaciones ionizantes y contaminación radioactiva;

#### **CLÁUSULA 10.- EXONERACIÓN GENERAL DE RESPONSABILIDAD.**

**LA COMPAÑÍA** no pagará la indemnización en los siguientes casos:

1. Cuando el Tomador, **EL ASEGURADO** o el Beneficiario, presenten declaraciones falsas o incurran en reticencias de mala fe, debidamente probadas, y que estas sean de tal naturaleza que **LA COMPAÑÍA** de haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.
2. Si el Tomador o **EL ASEGURADO** o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplean medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios.
3. Si el Tomador o **EL ASEGURADO** actúa con dolo o si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador o de **EL ASEGURADO**.
4. Si el Beneficiario actúa con dolo, presenta una reclamación fraudulenta o engañosa o si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Beneficiario. La indemnización corresponderá a los demás Beneficiarios que demuestren no haber participado en el hecho o en su defecto a los herederos legales.
5. Si el Tomador o **EL ASEGURADO** actúa con culpa grave o si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, del **ASEGURADO** o del Beneficiario. No obstante, **LA COMPAÑÍA** estará obligada al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con **LA COMPAÑÍA** en lo que respecta a la Póliza.
6. Si el Tomador, **EL ASEGURADO** o el Beneficiario no empleare los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro, siempre que este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a **LA COMPAÑÍA**.
7. Si el siniestro se inicia antes de la entrada en vigencia de la Póliza y continúa después que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta de **LA COMPAÑÍA**.
8. Si el Tomador, **EL ASEGURADO** o el Beneficiario no notificare el siniestro dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haber tenido conocimiento de la ocurrencia del mismo, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, a **EL ASEGURADO** o al Beneficiario.
9. Si el Tomador o **EL ASEGURADO** intencionalmente omitiere dar aviso a **LA COMPAÑÍA** sobre la contratación de Pólizas que cubran los mismos riesgos dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haber tenido conocimiento de la ocurrencia del siniestro o si hubiese celebrado el segundo o los posteriores seguros con el fin de procurarse un provecho ilícito.
10. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares y Anexos de la Póliza.

#### **CLÁUSULA 11.- PERÍODO DE GRACIA.**

**LA COMPAÑÍA** concede un período de gracia para el pago de las Primas de renovación de treinta (30) días continuos, contados desde la fecha de terminación de la vigencia de cobertura anterior, en el entendido que durante tal período la Póliza continuará vigente y en caso de ocurrir algún siniestro en ese período, **LA COMPAÑÍA** tendrá la obligación de pagar la indemnización correspondiente, previa deducción de la Prima pendiente de pago. En este caso, el monto a descontar será la Prima completa que corresponda al mismo período de la cobertura anterior.

Si el monto indemnizable es menor a la Prima a descontar, El Tomador deberá pagar, antes de finalizar el período de gracia, la diferencia existente entre la Prima y dicho monto. Si el Tomador no pagase la diferencia de Prima antes de finalizar el período de gracia, la Póliza se considerará prorrogada solamente por el período de tiempo que resultare de dividir el monto

del siniestro indemnizable entre la Prima completa que corresponda al mismo período de la cobertura anterior multiplicado por el número de días que contenga dicho período.

#### **CLÁUSULA 12.- RENOVACIÓN.**

La Póliza se entenderá renovada automáticamente al finalizar el último día del período de vigencia anterior y por un plazo igual, entendiéndose que la renovación no implica una nueva Póliza, sino la prórroga de la anterior. La prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante una notificación escrita a la otra parte dirigida al último domicilio que conste en la Póliza, efectuada con un plazo de un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso. La renovación se perfecciona con la emisión de un Cuadro Recibo de Póliza para el nuevo período.

#### **CLÁUSULA 13.- OTROS SEGUROS.**

**EL Asegurado Titular** está obligado a comunicarle a **LA COMPAÑÍA**, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de haber tenido conocimiento de la ocurrencia del siniestro, toda Póliza que cubra los mismos riesgos contemplados en la presente Póliza, contratada con otra Compañía de Seguros, el monto de las cantidades por las cuales está asegurado y el nombre de la entidad con la cual contrató dicho seguro.

Si al producirse un siniestro amparado por la presente Póliza, **EL ASEGURADO** afectado estuviere cubierto por otro u otros seguros que cubran gastos médicos el reclamo se indemnizará tomando en cuenta el orden de presentación de las reclamaciones escogidas por **EL ASEGURADO** y las Compañías de Seguros deberán indemnizar, según los límites de sus Pólizas, hasta el monto total de los Gastos Médicos Razonables y Acostumbrados incurridos por **EL ASEGURADO**.

El Tomador o **EL ASEGURADO** debe comunicar a **LA COMPAÑÍA** la celebración de cualquier otro seguro que ampare iguales riesgos a los cubiertos por el seguro de accidentes que se refiera a la misma persona. El incumplimiento de este deber sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que **LA COMPAÑÍA** pueda deducir de la Suma Asegurada cantidad alguna por este concepto.

#### **CLÁUSULA 14.- BASES LEGALES.**

Esta Póliza se emite con base en las declaraciones e informes suministrados por el Tomador y/o el **Asegurado Titular** en la solicitud de seguro a **LA COMPAÑÍA**, las cuales se toman como veraces y completas. Se establece que tales declaraciones e informes que acompañan la Solicitud de Seguro, las presentes Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, pruebas, exámenes médicos y cualquier otro Anexo constituyen la base legal de este contrato de seguro.

#### **CLÁUSULA 15.- PERITAJE.**

Si surgiere desacuerdo entre el Tomador, **EL ASEGURADO** o el Beneficiario y **LA COMPAÑÍA** para la fijación del porcentaje de invalidez, las partes podrán someterse al siguiente procedimiento:

- a) Nombrar por escrito un médico.
- b) En caso de desacuerdo sobre la designación del médico único, se nombrarán por escrito dos (2) médicos, uno por cada parte, en el plazo de dos (2) meses calendario a partir del día en que una de las dos (2) partes haya requerido a la otra dicha designación. En caso de que una de las partes dejare de nombrar su médico en el plazo antes indicado, se entenderá que desiste del procedimiento.

- c) Si los dos (2) médicos así nombrados no llegaren a un acuerdo, el o los puntos de discrepancia serán sometidos al fallo de un tercer médico nombrado por ellos, por escrito y su apreciación agotará este procedimiento.
- d) Cada parte soportará los gastos de peritaje del médico que haya designado; en relación al tercer médico, cada parte soportará el cincuenta por ciento (50%) del gasto relacionado.

El fallecimiento de cualquiera de los dos médicos, que aconteciera en el curso de las operaciones de peritaje, no anulará ni mermará los poderes, derechos o atribuciones del médico sobreviviente. Asimismo, si el médico único o el tercer médico fallecieran antes del dictamen final, las partes o los médicos que le hubieren nombrado según el caso, quedan facultados para sustituirlo por otro.

#### **CLÁUSULA 16.- ARBITRAJE.**

Si entre **EL ASEGURADO** o el Tomador y **LA COMPAÑÍA**, surgiere alguna controversia en cuanto a la interpretación de los términos de esta Póliza, así como la aplicación, ejecución de la Póliza, evaluación o liquidación de cualquier siniestro, dicha controversia podrá someterse a la decisión de un árbitro arbitrador elegido por las partes. La tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil.

El Superintendente de Seguros actuará directamente o a través de los funcionarios que designe como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea nombrado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la Póliza. Las partes fijarán el procedimiento a seguir; en caso contrario se aplicará el procedimiento previsto en la ley que rige la materia de arbitraje. En este caso, la decisión deberá ser adoptada en un plazo que no exceda de treinta (30) días hábiles una vez finalizado el lapso probatorio. El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

#### **CLÁUSULA 17.- CADUCIDAD.**

Si durante los doce (12) meses siguientes al pago o rechazo de cualquier reclamación, **EL ASEGURADO**, el Tomador o el Beneficiario no hubieren iniciado la correspondiente acción judicial contra **LA COMPAÑÍA** o convenido con ésta el arbitraje previsto en la cláusula anterior caducarán todos los derechos derivados de esta Póliza con respecto al siniestro presentado.

Se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea consignado el libelo de demanda por ante el tribunal competente.

En caso de que **EL ASEGURADO** haya sido declarado ausente por un Tribunal Competente, se aplicarán los procedimientos y plazos previstos en el Código Civil y en el Código de Comercio, ambos de la República Bolivariana de Venezuela.

#### **CLÁUSULA 18.- PRESCRIPCIÓN.**

Las acciones derivadas de la póliza prescriben a los tres (3) años contados a partir del siniestro que dio nacimiento a la obligación.

#### **CLÁUSULA 19.- PAGO DE INDEMNIZACIONES.**

**LA COMPAÑÍA** tendrá la obligación de pagar el monto indicado en el Cuadro Recibo de Póliza, salvo por causa extraña no imputable, dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que haya terminado el ajuste correspondiente o que **LA COMPAÑÍA** haya recibido el último recaudo por parte de **EL ASEGURADO**.

#### **CLÁUSULA 20 .- RECHAZO DE SINIESTRO.**

**LA COMPAÑÍA** deberá notificar por escrito a los Beneficiarios dentro del plazo señalado en la cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo total o parcial de la indemnización exigida.

#### **CLÁUSULA 21.- TERMINACIÓN DEL CONTRATO.**

El contrato de seguro se dará por terminado, si el Tomador conoce que a **LA COMPAÑÍA** le fuere cancelada la autorización para operar en el ramo. En este caso la terminación del contrato tendrá efecto a partir del día hábil siguiente al de la recepción por parte de **LA COMPAÑÍA** de su comunicación escrita o de cualquier fecha posterior que señale en la misma. **LA COMPAÑÍA** dentro de los quince (15) días continuos siguientes, deberá poner a disposición del Tomador la parte proporcional de la Prima, correspondiente al período que falte por transcurrir.

#### **CLÁUSULA 22.- ANEXOS.**

Cualquier modificación a los términos de contratación de esta Póliza, deberá hacerse por escrito mediante Anexos, los cuales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales de la Póliza. Solamente los empleados autorizados por **LA COMPAÑÍA** tendrán facultad para extender Anexos de la presente Póliza. Para que éstos tengan validez y puedan considerarse parte integrante de la misma, deben ser firmados por **LA COMPAÑÍA** y por el Tomador. En caso de haber ocurrido un siniestro con anterioridad a la fecha de dicha modificación, no se aplicará el mencionado Anexo.

Toda modificación a las condiciones de la Póliza entrará en vigor una vez que el Tomador notifique su consentimiento a la proposición formulada por **LA COMPAÑÍA** o cuando ésta participe su aceptación a la solicitud de modificación propuesta por el Tomador.

La modificación de la Suma Asegurada deberá tener la aceptación expresa de la otra parte, en caso contrario se entenderá aceptada por **LA COMPAÑÍA** con la emisión del Cuadro Recibo de Póliza, en el que se modifique la Suma Asegurada, y por parte del Tomador mediante el pago de la diferencia de Prima correspondiente, si la hubiere.

Se consideran aceptadas las solicitudes escritas de prorrogar o modificar la Póliza o de rehabilitar la Póliza suspendida, si **LA COMPAÑÍA** no rechaza la solicitud dentro de los veinte (20) días hábiles de haberla recibido.

#### **CLÁUSULA 23.- LUGAR DE PAGO DE PRIMA.**

Todos los pagos de Prima a que se refiere esta Póliza, se deberán hacer en moneda de curso legal en cualquiera de las oficinas de **LA COMPAÑÍA**. Ésta no se compromete a cobrar las Primas a domicilio ni dar aviso de su vencimiento y si lo hiciere, no sentará precedente de obligación, pudiendo suspender esta gestión en cualquier momento.

#### **CLÁUSULA 24.- DOMICILIO ESPECIAL.**

Para todos los efectos de esta Póliza las partes eligen como domicilio especial, único y excluyente de cualquier otro, el lugar donde se suscribió el contrato de seguros.

## CONDICIONES PARTICULARES

### CLÁUSULA 1.- ALCANCE DE LA COBERTURA.

Esta Póliza garantiza el pago de las indemnizaciones que puedan corresponder por accidentes que produzcan invalidez, temporal o permanente, total o parcial, gastos médicos o la muerte de **EL ASEGURADO**, que hayan ocurridos dentro del territorio de la República Bolivariana de Venezuela y sujeta a las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Anexos que formen parte integrante de la misma, si los hubiere, estando limitadas por los montos de cobertura especificados en el Cuadro Recibo de Póliza.

### CLÁUSULA 2.- DEFINICIONES ESPECIALES.

A los efectos de este contrato se entiende por:

Gasto Médico Razonable y Acostumbrado: Costo promedio calculado por **LA COMPAÑÍA**, de los gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios de clínicas de categorías equivalentes a aquellas donde fue atendido **EL ASEGURADO**, ubicadas en la misma zona geográfica y por una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo con las condiciones de esta Póliza se encuentren cubiertos. Dicho promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga **LA COMPAÑÍA**, de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que **EL ASEGURADO** incurrió en dichos gastos, incrementados según el Índice de Precios al Consumidor del Área Metropolitana de Caracas, emitido por el Banco Central de Venezuela o por los índices que emita cualquier oficina pública en el área de salud ubicada en la misma zona registrado en el mismo mes, el que sea mayor, o por los baremos de los centros hospitalarios que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el Gasto Médico Razonable y Acostumbrado será el monto facturado.

Emergencia Médica: Aparición inesperada y repentina de una enfermedad, o lesión producidas por un accidente, acompañada de signos y/o síntomas serios que requieran de atención médica inmediata, sin la cual **EL ASEGURADO** podría perder la vida o podría perder la oportunidad de recuperar el estado de salud, que presentaba antes de la aparición de dicha enfermedad o lesión.

Institución Médica: Establecimiento legalmente constituido en el país de su localización como clínica u hospital, donde pueden ser tratadas enfermedades de naturaleza aguda, así como emergencias. Caracterizada por estar bajo la constante supervisión de un médico residente. Para los efectos de esta Póliza no serán considerados dentro de esta definición los balnearios, hidroclínicas, sanatorios, centros de rehabilitación, centros de convalecencia o asilos de ancianos.

### CLÁUSULA 3.- PERSONAS ASEGURABLES.

Podrán suscribirse en el presente seguro las personas que se indican a continuación:

El Asegurado Titular: Quien es toda persona mayor de dieciocho (18) años de edad, siempre que al momento de ser incluido en el presente Seguro sea menor de sesenta y cinco (65) años. **LA COMPAÑÍA** podrá extender la edad máxima de asegurabilidad hasta setenta y cinco (75) años.

Asegurados Familiares:

a) El o la cónyuge del **Asegurado Titular** o la persona que haga vida marital con éste, siempre que al momento de ser incluida como **ASEGURADO** sea menor de sesenta y cinco (65)

- años de edad. **LA COMPAÑÍA** podrá extender la edad máxima de asegurabilidad hasta setenta y cinco (75) años.
- b) Los hijos, hermanos o nietos del **Asegurado Titular** o de su cónyuge, menores de veintiséis (26) años de edad, siempre que sean solteros y dependientes económicamente de alguno de éstos. Los mayores de veintiún (21) años de edad, además, deberán estar cursando estudios a nivel superior.
  - c) Los padres del **Asegurado Titular** o de su cónyuge, siempre que al momento de ser incluidos como **ASEGURADOS** sean menores de sesenta y cinco (65) años de edad. **LA COMPAÑÍA** podrá extender la edad máxima de asegurabilidad hasta setenta y cinco (75) años.
  - d) Cualquier otra persona que conviva y dependa económicamente o que sea persona al servicio del **Asegurado Titular**, siempre que **LA COMPAÑÍA** lo haya aceptado como **ASEGURADO** y al momento de ser incluido como tal, sea menor de sesenta y cinco (65) años de edad.

A los fines de los límites de edad establecidos, se considerará asegurada la persona hasta el vencimiento de la Vigencia de Cobertura en el cual **EL ASEGURADO** alcance la edad máxima de asegurabilidad fijada en cada caso.

Previo consentimiento de **LA COMPAÑÍA** cuando se trate del **Asegurado Titular**, cónyuges y padres se podrá prorrogar la vigencia de la Póliza después de la edad máxima de asegurabilidad fijada para cada uno de ellos, pero sin exceder los ochenta (80) años.

#### **CLÁUSULA 4.- SOLICITUD DE INCLUSIÓN O EXCLUSIÓN INDIVIDUAL.**

Para ser incluido en el presente seguro, cada **Asegurado Titular** llenará una Solicitud de Seguro en la que hará constar:

1. Su nombre y apellido completo, número de cédula de identidad, fecha de nacimiento.
2. Nombres y apellidos de los Asegurados Familiares a ser incluidos en la presente Póliza, indicando sus respectivas fechas de nacimientos, número (s) de cédulas de Identidad y parentesco.
3. Demás datos y respuestas a las preguntas indicadas en la Solicitud de Seguro.
4. Firma y sello de El Tomador.

**El Asegurado Titular** que desee incluir a un familiar, no asegurado anteriormente, deberá llenar una solicitud de seguro completando la información indicada en los apartes anteriores para con él o a los familiares a incluir.

Cuando el **Asegurado Titular** desee extender los beneficios de la Póliza a otros familiares, deberá enviar la Solicitud de Seguro a **LA COMPAÑÍA** en un plazo de treinta (30) días continuos a partir de la fecha de elegibilidad (nacimiento, nupcia), para lo cual deberá adjuntar fotocopia de la certificación o acta de nacimiento o matrimonio, según corresponda.

Una vez que **LA COMPAÑÍA** acepte la solicitud presentada, emitirá un Certificado de Seguro, donde se hará constar, además del nombre del **Asegurado Titular**, los de los **Asegurados Familiares** amparados, la fecha de inclusión de cada uno de los Asegurados, así como las características del seguro contratado.

**El Asegurado Titular**, por intermedio de El Tomador, podrá excluir cualquiera de sus **Asegurados Familiares**, mediante carta dirigida a **LA COMPAÑÍA**, donde se indique el nombre y apellido, el número de cédula de identidad, si aplica, y el parentesco del **Asegurado Familiar** a excluir. En este caso **LA COMPAÑÍA** emitirá un nuevo Certificado de Seguro, donde

se hará constar, además del nombre del **Asegurado Titular**, los de los **Asegurados Familiares** amparados, la fecha de inclusión de cada uno de los **ASEGURADOS**, así como las características del seguro contratado.

#### **CLÁUSULA 5.- FECHA EFECTIVA DEL SEGURO PARA LOS ASEGURADOS TITULARES.**

La fecha efectiva del seguro para los **Asegurados Titulares** será:

1. La fecha de perfeccionamiento del presente Contrato, para el Grupo Inicial.
2. La fecha de recepción de la Solicitud de Seguro, previa aceptación de la misma por parte de **LA COMPAÑÍA**, para los miembros que ingresen a la organización representada por El Tomador en fecha posterior a la señalada en el aparte 1.

Se considerarán como nuevos integrantes de la organización representada por El Tomador a aquellas personas que pasen a desempeñar labores regulares o sean admitidos definitivamente como integrantes de la organización.

En este caso la efectividad del seguro comenzará desde el momento en que la solicitud de seguro sea aceptada por **LA COMPAÑÍA** y siempre que tal solicitud de seguro sea hecha dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha de admisión definitiva de la organización representada por El Tomador.

#### **CLÁUSULA 6.-FECHA EFECTIVA DEL SEGURO PARA LOS ASEGURADOS FAMILIARES.**

La fecha efectiva para los Asegurados Familiares será:

1. La fecha de perfeccionamiento del presente Contrato, para el grupo inicial.
2. La fecha en que el nuevo integrante de la organización representada por El Tomador sea aceptado como **Asegurado Titular** en la presente Póliza.
3. La fecha en que adquiera el **Asegurado Titular** el nexo familiar o la carga familiar.

#### **CLÁUSULA 7.-TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA LOS ASEGURADOS TITULARES.**

La presente Póliza, para cualquier **Asegurado Titular**, terminará cuando ocurra alguna de las siguientes eventualidades:

1. La fecha en que, de acuerdo con las condiciones de la Póliza, termine el presente contrato de seguro.
2. La fecha en que deje de pertenecer a la organización representada por El Tomador.
3. Por falta de pago de la Prima, por parte de EL Tomador.

#### **CLÁUSULA 8.-TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA LOS ASEGURADOS FAMILIARES.**

El seguro de los **Asegurados Familiares** terminará automáticamente en la más temprana de las siguientes fechas:

1. En la fecha en que, de acuerdo con las condiciones de la Póliza, termine el presente contrato de seguro.
2. Para el caso del Cónyuge del **Asegurado Titular**, al consumarse la disolución matrimonial.
3. Para el caso de los hijos del **Asegurado Titular**, al cumplir el límite máximo de edad asegurable, al contraer matrimonio o al dejar de ser económicamente dependiente del **Asegurado Titular**.
4. Por falta de pago de la Prima por parte de EL Tomador.

La terminación causada por las eventualidades indicadas en los apartes 2 y 3 anteriores se hará efectiva al término del año Póliza vigente a la fecha de ocurrencia de tal eventualidad, en cuyo caso, de no estar satisfecha la totalidad de la Prima anual correspondiente a el **Asegurado Familiar** a excluir, el Tomador deberá pagar el remanente de Prima contra la

entrega del Cuadro Recibo de Póliza correspondiente.

#### **CLÁUSULA 9 .- INGRESOS Y EGRESOS DE ASEGURADOS.**

Durante los primeros siete (7) días de cada mes, siguientes a la fecha de admisión de los nuevos ingresos o egresos, El Tomador se obliga a enviar a **LA COMPAÑÍA** el informe de ingresos y egresos acompañados de las planillas de Solicitud de Seguros. La fecha efectiva de egreso será la correspondiente a la fecha de recepción de la comunicación por parte de **LA COMPAÑÍA**.

El monto de la Prima correspondiente a los Ingresos de **ASEGURADOS** en el transcurso de la Vigencia de la Póliza será calculado a prorrata por el período que falte por transcurrir hasta el próximo vencimiento de la Póliza, contado a partir del inicio del mes siguiente, si el ingreso se efectuó en la segunda quincena del mes Póliza de ingreso. En el Certificado Individual de Seguro se hará constar la fecha de inicio de la cobertura para cada **ASEGURADO**, siendo la fecha de término la misma de la Póliza.

Con respecto a los **ASEGURADOS** que se retiren del seguro antes de la fecha de vencimiento del mismo **LA COMPAÑÍA** calculará la Prima del período que falte por transcurrir para el vencimiento de la póliza de forma análoga al caso anterior.

Según sea procedente **LA COMPAÑÍA** cobrará o devolverá al Tomador el monto de ajuste de la Prima por Ingresos o Egresos de los **ASEGURADOS** de la Póliza, mediante la emisión y entrega del Cuadro Recibo de Póliza correspondiente. Dicho Cuadro Recibo de Póliza estará soportado por una relación actualizada de **ASEGURADOS** acompañada de los Certificados Individuales de Seguro.

#### **CLÁUSULA 10.- BENEFICIOS CUBIERTOS.**

Los beneficios reconocidos mediante la presente Póliza son aquellos cuyas Sumas Aseguradas figuran en el Cuadro Recibo de Póliza, para cada asegurado y por las Coberturas que se señalan a continuación:

##### **A. Gastos Médicos y de Farmacia:**

Si dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de ocurrencia de un accidente cubierto por esta Póliza y como consecuencia del mismo, EL **ASEGURADO** se viese precisado a someterse a una intervención quirúrgica, hospitalización o recibir cualquier clase de atención médica necesaria para el reestablecimiento de la salud, **LA COMPAÑÍA** pagará, el monto de los gastos médicos razonables y acostumbrados incurridos hasta por la Suma Asegurada para este beneficio indicada en el Cuadro Recibo de Póliza, siempre y cuando se cumplan las condiciones que se señalan a continuación:

- a. El personal médico o paramédico esté legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión. Si después de la emergencia, el **ASEGURADO** tuviese que continuar en tratamiento, éste deberá ser aplicado por un médico especialista.
- b. Los gastos de hospitalización se ocasionen dentro de una clínica u hospital debidamente habilitado y autorizado para prestar tales servicios.
- c. Los medicamentos y el material necesario sean prescritos en récipes por el médico tratante, para ser aplicados exclusivamente en la curación de las lesiones sufridas en tal accidente.

##### **B. Invalidez Permanente Total y Parcial:**

Si a consecuencia de un accidente amparado por esta Póliza le sobreviniere a el **ASEGURADO**, dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días contados a partir de

la fecha de ocurrencia del mismo, cualesquiera de las condiciones de invalidez señaladas en la escala de indemnizaciones que figuran en la presente Póliza, LA COMPAÑÍA conviene en pagar la cantidad resultante de aplicar el porcentaje estipulado en dicha escala, a la suma asegurada establecida en el Cuadro Recibo de Póliza para esta cobertura.

<b>ESCALA DE INDEMNIZACIONES POR CAUSA ACCIDENTAL</b>	
<b>INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:</b>	<b>%de Indemnización</b>
Enajenación mental que excluya todo trabajo o Pérdida de la conciencia.	100%
Parálisis total.	100%
Ceguera completa de ambos ojos.	100%
Pérdida total de la audición y el habla.	100%
Pérdida por separación completa, amputación o inutilización funcional definitiva de ambos brazos, ambas manos, o ambos pies, o ambas piernas, o una mano y un pie, o un brazo y una pierna.	100%
Lesiones de la médula espinal que impidan totalmente la marcha .	100%
<b>INVALIDEZ PARCIAL Y PERMANENTE:</b>	
Sordera total bilateral.	65%
Sordera total unilateral.	35%
Pérdida del habla.	60%
Pérdida completa de un ojo o de su visión.	40%
Pérdida de un ojo con enucleación.	50%
Reducción de visión de ambos ojos en más del 50%.	50%
Pérdida total del maxilar inferior o ablación total de la mandíbula.	40%
Pérdida total del olfato o el gusto.	30%
Pérdida total de:	
-Dedo pulgar o índice.	30%
-Cualquier otro dedo de una mano.	20%
Pérdida de una falange del dedo pulgar de la mano.	15%
Pérdida de una falange de cualquier otro dedo de la mano.	5%
Pérdida total del movimiento del hombro o del codo.	40%
Fractura mal consolidada de un brazo, que afecte su movilidad.	30%
Fractura mal consolidada del antebrazo, que afecte la movilidad:	
-De los huesos .	30%
-De un solo hueso.	20%

<b>Pérdida total por amputación o inutilización de:</b>	
- Una pierna por encima de la rodilla.	70%
-Una pierna por debajo o a nivel de la rodilla o un pie.	60%
-Dedo gordo del pie.	20%
-Uno de los otros dedos del pie	15%
<b>Fractura no consolidada de una rodilla o un pie.</b>	<b>40%</b>
<b>Pérdida total del movimiento de la cadera.</b>	<b>65%</b>
<b>Pérdida total del movimiento la rodilla.</b>	<b>50%</b>
<b>Fractura mal consolidada del maxilar inferior que causó trastornos en la masticación, la alimentación y el habla.</b>	<b>50%</b>
<b>Pérdida total del movimiento del tobillo.</b>	<b>30%</b>
<b>Pérdida total del movimiento de la articulación Subastragalina.</b>	<b>20%</b>
<b>Fractura mal consolidada del fémur o de los huesos de la pierna que afecte su movilidad.</b>	<b>50%</b>
<b>Fractura mal consolidada de un pie que afecte su movilidad.</b>	<b>30%</b>

Se entiende por pérdida la amputación o inutilización total e irreparable del uso del miembro o la parte del cuerpo afectada. Los casos de enajenación mental, parálisis, pérdida del habla y sordera, aparte de su condición de ser irreparables, a juicio del médico que designe LA COMPAÑÍA, para ser considerados como tales, es necesario que hayan tenido una duración ininterrumpida de por lo menos ciento ochenta (180) días, contados desde la fecha del diagnóstico del médico.

La pérdida de miembros u órganos defectuosos o imposibilitados con anterioridad, solo darán lugar a una indemnización proporcional a la agravación del estado de invalidez padecido antes y después del accidente.

Si como consecuencia de un accidente amparado por esta Póliza, se produjeran varias condiciones de invalidez, el monto a pagar se calculará sumando los porcentajes correspondientes a cada una de ellas, sin que el mismo pueda exceder del cien por cien (100%) del límite de responsabilidad, indicado en el Cuadro Recibo de Póliza para esta cobertura, Cuando la incapacidad así establecida llegase al ochenta por ciento (80%), se considerará incapacidad total y se pagará por consiguiente el cien por cien (100%) de la Suma Asegurada por Invalidez Permanente.

En caso de que varias pérdidas o inutilizaciones afecten a un mismo miembro u órgano, como consecuencia de un mismo accidente, el monto a pagar será el correspondiente a la mayor de las condiciones de invalidez de acuerdo con la escala de indemnizaciones.

Cualquier indemnización pagada a causa de Invalidez Permanente no será deducida del monto de cualquier indemnización por muerte a que pudiera dar lugar el mismo accidente.

Las formas de invalidez permanente no descritas en la mencionada escala, aunque sean de menor importancia, serán pagadas en relación con su gravedad comparándolas con las aquí mencionadas, tomando en cuenta la ocupación del ASEGURADO.

Para el caso de lesiones no mencionadas arriba, pero que sean consideradas de carácter permanente, serán evaluadas por el médico que designe LA COMPAÑÍA, comparándolas de ser posible con la escala de indemnizaciones, a los efectos de la determinación del porcentaje a pagar.

La evaluación de la invalidez por lesiones en miembros u órganos sanos, acaecida en un accidente, no puede ser aumentada por el estado de invalidez de otros miembros u órganos no afectados por el mismo accidente.

Si a consecuencia de un accidente cubierto por esta Póliza, le queda al ASEGURADO como secuela una Invalidez Parcial Permanente, que dé lugar a indemnización bajo la Cobertura de Invalidez Permanente y que a la vez lo imposibilite en forma total y definitiva para seguir dedicándose a la profesión que ejercía, se le pagará la diferencia entre la Suma Asegurada y el monto indemnizado que corresponda para la mencionada cobertura de invalidez permanente.

Si la invalidez profesional u ocupacional no fuese total, se le pagará al ASEGURADO la diferencia entre el porcentaje que se fije para ésta y el correspondiente a la indemnización efectuada por la Invalidez Permanente, en el entendido que si tal invalidez fuese igual o superior al ochenta por ciento (80%), se considerará total.

#### **C. Invalidez Temporal Total:**

Si dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de ocurrencia de un accidente cubierto por esta Póliza, se le produjera al ASEGURADO una Invalidez Temporal Total para poder desempeñar la ocupación declarada en la Solicitud de Seguro, LA COMPAÑÍA pagará la indemnización a que diera lugar, según lo establecido en el Cuadro Recibo de Póliza vigente para el momento del accidente, mientras dure tal Incapacidad, sin exceder del período indicado en el Cuadro Recibo de Póliza.

Si después de un período de Invalidez Temporal Total, las lesiones sufridas tienen como consecuencia directa la muerte o alguna de las formas de Invalidez enunciadas en la escala de indemnizaciones, LA COMPAÑÍA pagará, además de la indemnización correspondiente bajo este concepto, el monto especificado en el Cuadro Recibo de Póliza para las Coberturas de Muerte Accidental o Invalidez Permanente, según sea el caso.

#### **D. Invalidez Temporal Parcial:**

Si dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de ocurrencia de un accidente cubierto por esta Póliza o inmediatamente después de un período de Invalidez Temporal Total cubierta bajo la presente Póliza, las lesiones sufridas por el ASEGURADO le causen una Invalidez para desempeñar en parte la ocupación declarada, LA COMPAÑÍA pagará mientras dure tal Invalidez, la mitad de la indemnización indicada en el Cuadro Recibo de Póliza, para el momento del accidente, pero sin exceder del período indicado en el mismo.

Si las consecuencias de un accidente fueren agravadas por efecto de una enfermedad, complexión o un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, la indemnización se fijará de acuerdo a las consecuencias que presumiblemente, el mismo accidente hubiere

producido sin la mencionada agravación.

**E. Muerte Accidental:**

Si a consecuencia de un accidente amparado por esta Póliza, al ASEGURADO le sobreviniere la muerte, dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, LA COMPAÑÍA conviene en pagar la suma asegurada establecida por este beneficio en el Cuadro Recibo de Póliza.

**F. Gastos de Entierro:**

Si a consecuencia de un accidente amparado por esta Póliza, al ASEGURADO le sobreviniere la muerte, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la ocurrencia del mismo, LA COMPAÑÍA indemnizará el monto indicado en el Cuadro Recibo de Póliza para esta Cobertura.

**CLÁUSULA 11.-ÁMBITO DE LA COBERTURA.**

La Cobertura de la presente Póliza cubre las consecuencias de accidentes que ocurran a los ASEGURADOS, mientras estos se encuentren tanto:

- a. En el ejercicio de la ocupación declarada en la Solicitud de Seguro, como
- b. En su vida privada, dentro del territorio de la República Bolivariana de Venezuela.

**CLÁUSULA 12.- DEDUCIBLE POR ASEGURADO.**

El deducible establecido en esta Póliza, se aplicará únicamente a las coberturas de gastos médicos. El deducible contratado se aplicará por caso y por ASEGURADO.

**CLÁUSULA 13.- PERSONAS NO ASEGURABLES.**

No son personas asegurables las que padezcan de epilepsia, apoplejía, enajenación mental, aunque ésta sea parcial y por períodos (no continuos), parálisis, delirium trémens, diabetes, alcoholismo, así como aquellas personas sordas, mudas o parcialmente ciegas, las hospitalizadas al momento de solicitar la Póliza o adictas al uso de estupefacientes, alucinógenos y drogas de cualquier otra naturaleza no prescritas médicamente.

**CLÁUSULA 14.- EXCLUSIÓN DE ASEGURADOS.**

En cada renovación de la presente Póliza se excluirán automáticamente a aquellos ASEGURADOS que hayan cumplido su edad máxima de asegurabilidad y a aquellos hijos, hermanos o nietos asegurados que hayan contraído matrimonio. En caso que por error u omisión de LA COMPAÑÍA, no se produzca la exclusión automática, las personas erróneamente no excluidas no serán consideradas ASEGURADOS, comprometiéndose LA COMPAÑÍA a realizar las devoluciones de Primas correspondientes, si ese fuera el caso. Las Primas pagadas después de alcanzadas estas edades o después de ocurridas estas circunstancias, no causarán obligación por parte de LA COMPAÑÍA, sino sólo darán lugar al reintegro de las Primas pagadas indebidamente.

**CLÁUSULA 15.- EXCLUSIONES PARTICULARES.**

La indemnización prevista en esta Póliza no se concederá si el accidente que dio origen a la reclamación es consecuencia de:

1. Cualquier enfermedad corporal o mental, así como tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por la presente Póliza.
2. Enfermedades preexistentes o secuelas de accidentes ocurridos antes del comienzo de la Cobertura para el ASEGURADO.
3. Enfermedades y/o defectos físicos congénitos.
4. Accidentes ocasionados por ataques cardíacos o epilépticos, síncope.

5. Accidentes que se produzcan en estado de embriaguez o mientras el ASEGURADO se encuentre en estado de sonambulismo o bajo la influencia de drogas no prescritas por un médico legalmente autorizado para ello.
6. Lesiones corporales causadas por el ASEGURADO voluntariamente a sí mismo, así como el suicidio o la tentativa del mismo.
7. Los actos temerarios no justificados, apuestas y desafíos provenientes de la participación en duelos o riñas.
8. Carreras de velocidad o de resistencia, concursos que requieran la utilización de fuerza física o fuerza de máquinas, vehículos, aviones, avionetas, planeadores o cualquier otro artefacto que disminuya las condiciones normales y usuales de seguridad del ASEGURADO, así como su participación en expediciones y exploraciones no autorizadas previamente por LA COMPAÑÍA y todos aquellos accidentes debidos en cualquier grado, a impericia grave del ASEGURADO.
9. Haber ingerido cualquier clase de veneno o inhalado gases de forma voluntaria.
10. La participación activa del ASEGURADO en disturbios populares o en actos delictivos.
11. Radiaciones nucleares y sus consecuencias.
12. La práctica profesional de cualquier deporte no declarado en la Solicitud de Seguro.
13. La práctica no profesional de los siguientes deportes: esquí acuático, polo a caballo, pesca en alta mar, rodeo, rugby, boxeo, cacería a caballo, caza mayor, paseo en botes de vela o motor en alta mar, pesca submarina, submarinismo, patinaje sobre hielo, esquí o trineo, alpinismo, excursiones por altas montañas, aun cuando sea en compañía de un guía profesional.
14. Viajando como piloto, tripulante o pasajero en aviones o helicópteros privados, siempre que tal situación no haya sido declarada en la Solicitud de Seguro.
15. Viajando como tripulante o miembro de la tripulación de un buque de la marina mercante, siempre que tal situación no haya sido declarada en la Solicitud de Seguro.

#### **CLÁUSULA 16.- OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD.**

LA COMPAÑÍA no pagará indemnización alguna cuando:

- a. No se hiciere la reclamación a LA COMPAÑÍA en el lapso indicado, en la Cláusula 17.- "Reclamaciones", de estas condiciones particulares, salvo que el incumplimiento se deba a una causa de fuerza mayor no imputable al Tomador, al ASEGURADO o Beneficiario.
- b. El accidente que dio origen a la reclamación ocurra fuera del territorio de la República Bolivariana de Venezuela.

#### **CLÁUSULA 17.- RECLAMACIONES.**

Al ocurrir un accidente que dé o pueda dar lugar a la indemnización prevista bajo la presente Póliza, el Tomador, el ASEGURADO, sus representantes legales o Beneficiarios deberán comunicarlo a LA COMPAÑÍA dentro de los cinco (05) días hábiles de haber tenido conocimiento de la ocurrencia del mismo. De igual manera, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de aviso de siniestro o a la fecha de terminación de la atención médica, lo último que ocurra, deberá realizar la reclamación respectiva a través de los formularios suministrados para tal fin por LA COMPAÑÍA, acompañados de:

1. Fotocopia de la cédula de identidad o partida de nacimiento del ASEGURADO afectado.
2. Acta de defunción e informe del médico forense, en caso de fallecimiento.
3. Informe de las autoridades que intervinieron en el hecho.
4. Documentos de identidad y justificativos de herederos únicos y universales, en caso de fallecimiento del ASEGURADO, si no existe Beneficiario.
5. Informe médico, facturas, exámenes practicados y récipes originales.

El Tomador, el **ASEGURADO**, sus representantes legales o Beneficiarios, además de lo indicado, deberá entregar a **LA COMPAÑÍA** una declaración escrita suministrando todos los datos referentes al accidente y circunstancias en que se produjo, así como cualquier otro tipo de documento que **LA COMPAÑÍA** directamente o por medio de sus representantes, considere necesario solicitar para una mejor evaluación de la reclamación. Toda documentación adicional a las descritas anteriormente, que sea requerida por **LA COMPAÑÍA** para la evaluación del caso y/o la determinación del pago que pudiera corresponder, la solicitará en función de la información suministrada, siempre que sea exigida una sola vez por cada reclamación dentro de los quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de entrega del último documento por el Tomador o el **ASEGURADO**.

**El ASEGURADO** y/o El Tomador en su nombre, acepta y conviene que **LA COMPAÑÍA**, en el momento que lo considere necesario, tiene el derecho de hacer examinar por su cuenta y por los médicos que ella designe al **ASEGURADO** y éste se compromete a facilitar toda clase de información sobre el accidente, así como someterse a los reconocimientos que estos médicos crean oportunos.

#### **CLÁUSULA 18.- PAGO DE INDEMNIZACIONES.**

**LA COMPAÑÍA** pagará las indemnizaciones que correspondiesen en virtud de la presente Póliza de la siguiente manera:

1. En caso de fallecimiento del **ASEGURADO**, a su Beneficiario, sus herederos legales o quienes sus derechos representen, si no existen aquellos.
2. En caso de Invalidez Permanente, la indemnización será a nombre del **ASEGURADO**. Si éste no estuviese en condiciones de recibir la indemnización, ésta se podrá pagar al cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho o a su representante legal.
3. Gastos Médicos y de Farmacia, serán indemnizados dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de entrega de todos los recaudos y serán pagados a la persona que acredite, a satisfacción de **LA COMPAÑÍA**, haber pagado las facturas.

#### **CLÁUSULA 19.- BENEFICIARIOS.**

Queda entendido que el **Asegurado Titular** será el Beneficiario en caso de muerte de cualquiera de los Asegurados Familiares y en caso de muerte del **Asegurado Titular** serán los Beneficiarios designados por éste, o sus herederos legales si no hubiere nombrado Beneficiarios.

Los Beneficiarios y la participación porcentual en la Suma Asegurada que le corresponderá a cada uno de ellos, serán designados por el **Asegurado Titular** en la Solicitud de Seguro al momento de la celebración del contrato o en un momento posterior mediante comunicación escrita a **LA COMPAÑÍA**.

El Beneficiario debe ser identificado en forma inequívoca y que haga posible su diferenciación de otra persona o del resto de los Beneficiarios. Igualmente deberá indicarse la proporción en la cual concurrirá en el importe de la prestación convenida. En caso de inexactitud o error en el nombre del Beneficiario que haga imposible su identificación, dará derecho a acrecer la prestación convenida a favor de los demás Beneficiarios designados.

A falta de designación de Beneficiarios o en caso de inexactitud o error en el nombre del Beneficiario único que haga imposible su identificación, la prestación convenida se pagará en partes iguales a los herederos legales del **Asegurado Titular**.

A falta de designación de la proporción que corresponda a todos los Beneficiarios o para alguno en particular, la prestación convenida se pagará en partes iguales, para el primer caso, o acrecerá para el resto de los Beneficiarios, en el segundo caso.

Si la designación se hace a favor de los herederos del **Asegurado Titular**, sin mayor especificación, se considerarán como Beneficiarios aquellos que tengan la condición de herederos legales para el momento de su fallecimiento. En este caso, **LA COMPAÑÍA** pagará la Suma Asegurada en partes iguales entre aquellos que hubiesen comprobado ser los herederos únicos y universales del **ASEGURADO** durante los noventa (90) días siguientes a su muerte, quedando **LA COMPAÑÍA** exenta de toda responsabilidad para con los herederos únicos y universales que no hayan concurrido dentro del plazo señalado a comprobar su cualidad de herederos.

En caso de que algún Beneficiario falleciere antes o simultáneamente con el **Asegurado Titular**, la parte que le corresponda acrecerá a favor de los demás Beneficiarios sobrevivientes y si todos hubiesen fallecido, la prestación convenida se hará a favor de los herederos legales del **Asegurado Titular**. A los efectos de esta Póliza, se presume que el Beneficiario de que se trate ha fallecido simultáneamente con el **Asegurado Titular** cuando el suceso que da origen al fallecimiento ocurra en un mismo momento, independientemente de que el fallecimiento ocurra en una fecha posterior.

Cuando los hijos del **Asegurado Titular** figuren como Beneficiarios sin mención expresa de sus nombres se entenderán designados a los descendientes que debieran heredarles en caso de sucesión en la cual no exista testamento.

Para todas las demás coberturas de la Póliza, el Beneficiario será la persona accidentada.

#### **CLÁUSULA 20.- CAMBIOS DE OCUPACIÓN.**

**EL ASEGURADO** deberá notificar a **LA COMPAÑÍA** cualquier cambio en su ocupación.

Si la nueva ocupación estuviese clasificada como menos peligrosa por **LA COMPAÑÍA**, según la tarifa vigente, ésta al recibir las pruebas de dicho cambio devolverá al **ASEGURADO** el exceso a prorrata de la Prima no devengada. Si ocurriese un siniestro cubierto por esta Póliza antes que el **ASEGURADO** avisare a **LA COMPAÑÍA** de dicho cambio clasificado como menos peligroso, los pagos se harán como aparecen en el Cuadro Recibo de Póliza.

Por otra parte, si la nueva ocupación estuviese clasificada como más peligrosa por **LA COMPAÑÍA**, según la tarifa vigente, ésta al recibir la información reducirá el monto de las Sumas Aseguradas hasta aquellas que corresponderían a la nueva ocupación o característica del riesgo, de acuerdo a la Prima no devengada a la fecha del referido cambio o cobrará al Tomador la diferencia de prima para mantener la Suma Asegurada contratada. Si ocurriese un siniestro cubierto por esta Póliza antes que el **ASEGURADO** avisare a **LA COMPAÑÍA** de dicho cambio, la indemnización será pagada con base a los beneficios que correspondan a la nueva ocupación de acuerdo con la Prima pagada.

Cualquier modificación que se desprenda de la aplicación de la presente cláusula, se hará constar mediante Anexo emitido por **LA COMPAÑÍA** dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de la notificación hecha por el **ASEGURADO**.

**CLÁUSULA 21.-DESAPARICIÓN DEL ASEGURADO.**

Si en el curso de un viaje aéreo o marítimo ocurriese un accidente y no se tuvieran noticias del **ASEGURADO** por un período de un (1) año, **LA COMPAÑÍA** hará efectivo el pago de la indemnización establecida para el caso de muerte accidental.

Si posteriormente al pago de la indemnización por muerte accidental apareciera vivo el **ASEGURADO** o se tuvieran noticias de que estuviere vivo, **LA COMPAÑÍA** tendrá derecho a la restitución de la suma pagada.

**EL TOMADOR**

**LA COMPAÑÍA**

Dirección de la Sede de la Compañía: Avenida Libertador con Calle Negrín,  
Centro Comercial Av. Libertador, Pisos 1,2,3 y PH,  
Urb: La Florida, Caracas, Distrito Capital .

Aprobada por la Superintendencia de Seguros, Ministerio de Finanzas,  
mediante Oficio Nro.005053 de fecha 30 de junio de 2006