



Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 96

PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE ACCIDENTES PERSONALES

Entre **SEGUROS CONSTITUCIÓN, C.A.**, sociedad mercantil domiciliada en Caracas, inscrita inicialmente ante el Registro Mercantil de la Circunscripción Judicial del Estado Táchira en fecha 27 de noviembre de 1989, bajo el No. 20, Tomo 60-A y que por efecto del cambio de domicilio y de denominación social se inscribió ante el Registro Mercantil Quinto de la Circunscripción Judicial del Distrito Capital y Estado Miranda, en fecha 7 de noviembre de 2005, bajo el No. 16, Tomo 1209-A, con posteriores modificaciones a sus Estatutos Sociales, siendo la última la anotada ante la mencionada Oficina de Registro, bajo el No. 38, Tomo 93-A, en fecha 7 de septiembre de 2012, posteriormente modificada ante la mencionada Oficina de Registro en fecha 29 de abril de 2015, bajo el No. 8, Tomo 118-A, siendo nuevamente modificada según se evidencia en Acta de Asamblea General Extraordinaria de Accionistas, inscrita ante el prenombrado Registro en fecha 27 de diciembre de 2016, bajo el No. 25, Tomo 505-A, e inscrita en el Registro de Información Fiscal (RIF) bajo el No. **J-09028623-3**, representada en este acto por su Presidente ciudadano **OMAR JESÚS FARÍAS LUCES**, venezolano, casado, mayor de edad, de este domicilio, titular de la cédula de identidad No. **V-5.907.347**, e inscrito en el Registro de Información Fiscal (RIF) bajo el No. **V-05907347-4**, representación que consta en Acta de Asamblea General Extraordinaria de Accionistas antes mencionada, inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora (SUDEASEG) bajo el No. 96, y el Tomador, identificado en el Cuadro Póliza Recibo, han convenido en suscribir el presente contrato de seguro, el cual está conformado y se regirá por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo, la Solicitud de Seguro y los demás documentos que formen parte integrante del mismo.”

PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE ACCIDENTES PERSONALES CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1.- OBJETO DEL SEGURO

Mediante este seguro la Empresa de Seguros se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las condiciones particulares y anexos, y a indemnizar al Beneficiario por las lesiones corporales que afecten la integridad física del Asegurado y hasta por la suma asegurada indicada como límite en el Cuadro Póliza.

CLÁUSULA 2.- DEFINICIONES

TOMADOR: Persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos a la Empresa de Seguros y se obliga al pago de la Prima.

ASEGURADO: Persona natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las Condiciones Particulares y Anexos de la Póliza, ya sea el Asegurado Titular o cualquiera de sus Dependientes.

ASEGURADO TITULAR: Es la persona natural indicada como tal en el Cuadro Póliza.

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

BENEFICIARIO: Persona natural o jurídica a favor de quien se ha establecido la indemnización que deba pagar la Empresa de Seguros.

GRUPO ASEGURADO: Personas naturales que mantienen un vínculo común entre sí y con el Tomador del seguro.

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

CUADRO PÓLIZA: Documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: Número de la Póliza, identificación completa de la Empresa de Seguros, de su representante y domicilio principal, identificación completa del Tomador y Asegurado, dirección del Tomador, dirección de cobro, nombre del intermediario de seguros, dirección del Asegurado, riesgos cubiertos, Suma Asegurada, monto de la Prima, forma y lugar de pago, período de vigencia, porcentaje de reembolso, deducible y firmas de la Empresa de Seguros y del Tomador.

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

PRIMA: Es la única contraprestación pagadera en dinero por el Tomador a la Empresa de Seguros.

SUMA ASEGURADA: Es el límite máximo de responsabilidad de la Empresa de Seguros y que está indicado en el Cuadro Póliza.

DEDUCIBLE: Cantidad indicada en la Póliza que deberá asumir el Asegurado y en consecuencia no será pagado por la Empresa de Seguros en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto por la Póliza.

CLÁUSULA 3.- EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Empresa de Seguros no estará obligada al pago de la indemnización en los siguientes casos:

1. Si el Tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios.
2. Si el Tomador o el Asegurado actúa con dolo o si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario.
3. Si el siniestro se inicia antes de la vigencia de la Póliza y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta de la Empresa de Seguros.
4. Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no notificare el siniestro dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la ocurrencia del mismo, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario.
5. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares y Anexos de la Póliza.

CLÁUSULA 4.- VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La Empresa de Seguros asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de 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 Empresa de Seguros 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 Póliza, con indicación de la fecha en que se emita, la hora y día de su iniciación y vencimiento.

CLÁUSULA 5.- RENOVACIÓN

Salvo disposición en contrario establecida en las Condiciones Particulares, 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 por lo menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso.

CLÁUSULA 6.- PLAZO DE GRACIA

La Empresa de Seguros concede un plazo de gracia para el pago de las Primas de renovación de treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia anterior, en el entendido de que durante tal plazo la Póliza continuará vigente y en caso de ocurrir algún siniestro en ese período, la Empresa de Seguros 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 plazo de gracia, la diferencia existente entre la Prima y dicho monto. No obstante, si el Tomador se negase o no

podiese pagar la diferencia de Prima antes de finalizar el plazo 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 7.- 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 Empresa de Seguros de la Póliza, del Cuadro Póliza o recibo de Prima o de la nota de cobertura provisional. En caso de que la Prima no sea pagada en la fecha de su exigibilidad o se haga imposible su cobro por causa imputable al Tomador, la Empresa de Seguros tendrá derecho a resolver la Póliza 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 Póliza.

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

CLÁUSULA 8.- DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD

La Empresa de Seguros 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 Empresa de Seguros. Corresponderán a la Empresa de Seguros las Primas relativas al período transcurrido hasta el momento en que haga esta notificación. La Empresa de Seguros 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 Empresa de Seguros 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.

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

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta de la Póliza, si son de tal naturaleza que la Empresa de Seguros de haberlas conocido no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

CLÁUSULA 9.- TERMINACIÓN ANTICIPADA

La presente Póliza se podrá dar por terminada en los siguientes casos:

1. Si la Empresa de Seguros tiene conocimiento de hechos no declarados en la Solicitud de Seguros que influyen en la valoración del riesgo y participa por escrito al

Tomador, dentro de los cinco (5) días hábiles de tener tal conocimiento, que ha decidido resolver el contrato 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 virtud de lo anterior, la Empresa de Seguros podrá dar por terminado el contrato de seguro con efecto a partir del decimosexto (16^{to}) día siguiente a la fecha del acuse de recibo de la comunicación que a tal fin envíe al Tomador, siempre y cuando se encuentre en la caja de la Empresa de Seguros, a disposición del Tomador, el importe correspondiente a la parte proporcional de la Prima no consumida por el período que falte por transcurrir.

2. Si el Tomador conoce que a la Empresa de Seguros le fuere cancelada la autorización para operar en el ramo de seguros de que se trate.

En este caso, el Tomador podrá dar por terminada la Póliza, con efecto a partir del día hábil siguiente al de la recepción de su comunicación escrita por parte de la Empresa de Seguros, o de cualquier fecha posterior que señale en la misma. En este caso, dentro de los quince (15) días continuos siguientes, la Empresa de Seguros deberá poner a disposición del Tomador la parte proporcional de la Prima, deducida la comisión pagada al intermediario de seguros, correspondiente al período que falte por transcurrir.

La terminación anticipada de la Póliza se efectuará sin perjuicio del derecho del Beneficiario a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada, en cuyo caso no procederá devolución de Prima cuando la indemnización sea por la totalidad de la Suma Asegurada contratada.

CLÁUSULA 10.- PAGO DE INDEMNIZACIONES

La Empresa de Seguros tendrá la obligación de indemnizar el monto del siniestro cubierto dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que la Empresa de Seguros haya recibido el último recaudo por parte del asegurado, salvo por causa extraña no imputable a la Empresa de Seguros.

CLÁUSULA 11.- RECHAZO DEL SINIESTRO

La Empresa de Seguros 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. Esta obligación existirá también cuando la Empresa de Seguros pague sólo parte de la indemnización reclamada por los Beneficiarios.

CLÁUSULA 12.- ARBITRAJE

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la Póliza. 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 designado 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 13.- CADUCIDAD

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra la Empresa de Seguros o convenir con ésta el Arbitraje previsto en la cláusula anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación:

1. En caso de rechazo del siniestro, un (1) año contado a partir de la fecha de notificación del rechazo.
2. En caso de inconformidad con el pago de la indemnización, un año (1) contado a partir de la fecha en que la Empresa de Seguros hubiere efectuado el pago.

En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado desde el momento en que haya un pronunciamiento por parte de la Empresa de Seguros.

A los efectos de esta cláusula se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea consignado el libelo de demanda por ante el tribunal competente.

CLÁUSULA 14.- PRESCRIPCIÓN

Salvo lo dispuesto en el Libro Primero, de las personas, Título XII, de los no presentes y de los ausentes, del Código Civil de Venezuela, las acciones derivadas de la Póliza prescriben a los tres (3) años contados a partir del siniestro que dio nacimiento a la obligación.

CLÁUSULA 15.- MODIFICACIONES

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 Empresa de Seguros o cuando ésta participe su aceptación a la solicitud de modificación propuesta por el Tomador.

Las modificaciones se harán constar mediante Anexos, debidamente firmados por un representante de la Empresa de Seguros y el Tomador, los cuales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las condiciones generales de la Póliza.

Si la modificación requiere pago de Prima adicional se aplicará lo dispuesto en la cláusula 4 y 7 de estas Condiciones Generales.

La modificación de la Suma Asegurada requerirá aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por la Empresa de Seguros con la emisión del recibo de Prima, en el que se modifique la Suma Asegurada, y por parte del Tomador mediante comunicación escrita o por el pago de la diferencia de Prima correspondiente, si la hubiere.

Se consideran aceptadas las solicitudes escritas de prorrogar o modificar la Póliza, si la Empresa de Seguros no rechaza la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido.

CLÁUSULA 16.- AVISOS

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a la Póliza deberá hacerse mediante comunicación escrita o telegrama, con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal o sucursal de la Empresa de Seguros o a la dirección del Tomador o del Asegurado que conste en la Póliza, según sea el caso.

CLÁUSULA 17.- PLURALIDAD DE SEGUROS

El Tomador o Asegurado debe comunicar a la Empresa de Seguros 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 Empresa de Seguros pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

CLÁUSULA 18.- SUBROGACIÓN DE DERECHOS

La Empresa de Seguros queda subrogada de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto indemnizado, en los derechos y acciones del Asegurado o del Beneficiario contra los terceros responsables.

Salvo el caso de dolo, la subrogación de no se efectuará si el daño hubiese sido causado por los descendientes, por el cónyuge, por la persona con quien mantenga unión estable de hecho, por otros parientes del Asegurado o por personas que convivan permanentemente con él o por las personas por las que deba responder civilmente.

El Asegurado o Beneficiario no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de recobrar de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado, bajo pena de perder todo derecho a indemnización por la póliza.

En caso de siniestro, el Asegurado o Beneficiario está obligado a realizar a expensas de la Empresa de Seguros los actos que ésta razonablemente le exija o que sean necesarios, con el objeto de que la Empresa de Seguros ejerza los derechos que le corresponda por subrogación, sean antes o después del pago de la indemnización.

CLÁUSULA 19.- DOMICILIO

Para todos los efectos de este contrato, sus derivados y consecuencias, las partes eligen como domicilio especial, único, exclusivo y excluyente de cualquier otro, a la ciudad de Caracas, a la Jurisdicción de cuyos Tribunales declaran expresamente someterse.

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES, EXTENSIÓN Y OBJETO DE LA PÓLIZA

ACCIDENTE: Lesión corporal sufrida por el Asegurado, por la acción repentina de un agente externo dejando heridas o contusiones visibles, originadas en forma súbita, violenta, fortuita, imprevista y ajena a su voluntad, directa e independientemente de cualquier otra causa.

GASTOS RAZONABLES: Se refiere al costo promedio, calculado por La Empresa de Seguros, de los gastos médicos quirúrgicos y hospitalarios de centros médicos asistenciales ubicados en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido el Asegurado, los cuales corresponden a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones, y que de acuerdo a las condiciones de esta Póliza se encuentren cubiertos. Dicho promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga La Empresa de Seguros 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 Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes, o de los baremos de los centros médicos asistenciales que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el costo razonable será el monto facturado.

El seguro es valedero para los accidentes que sufra el Asegurado:

- En el ejercicio de las ocupaciones declaradas.
 - En el desarrollo de cualquier otra actividad de la vida habitual.
1. La Póliza se extiende y comprende a amparar los eventos causados como consecuencia de:
 - a. Las consecuencias de insolaciones, congelaciones y efectos por la prolongada exposición al calor o frío, que no haya podido evitar el Asegurado y por lo tanto no sean por causas imputables a éste.
 - b. El envenenamiento, intoxicación y las consecuencias de la ingestión de cualesquier alimento, sustancia u objeto, siempre que no sean como consecuencia de actos intencionales de el Asegurado; quedando excluidas en cualquier caso las intoxicaciones debidas al uso de alcohol y psicofármacos o al uso de sustancias estupefacientes y alucinógenas.
 - c. Las quemaduras y la asfixia producida por fuga súbita de gases, vapores o caída de un rayo.
 - d. Las consecuencias de infecciones sobrevenidas de un accidente indemnizado bajo la Póliza.
 - e. Las consecuencias de todo tipo de mordeduras de animales y picaduras de insectos, excluidas en cualquier caso las que provoquen enfermedades infectocontagiosas, tales como: paludismo, dengue, fiebre amarilla y todas aquellas que sean decretadas por las autoridades competentes como epidemia.
 - f. Los accidentes sufridos en ocasión de actos realizados por deber de solidaridad humana, siempre que no sean producidos por eventos excluidos por la presente Póliza.
 - g. Los accidentes sufridos en estado de inconsciencia total o parcial, siempre que no deriven de abuso de alcohol, psicofármacos, uso de sustancias estupefacientes y alucinógenas. Se entiende por estado de embriaguez la presencia en la sangre de más de 0,80 gramos por mil de alcohol, siempre y cuando la muestra haya sido tomada como máximo dos (2) horas después de ocurrido el accidente. En el caso que la muestra de sangre se tome con posterioridad a las dos (2) horas de haber ocurrido el accidente, cualquier presencia de alcohol eximirá a La Empresa de Seguros de toda responsabilidad.

2. Deportes:

a. Práctica deportiva:

El Seguro tiene validez para todos los deportes, excepto para: Boxeo, luchas en sus distintas formas, esgrima, tiro, equitación, halterofilia,

andinismo con escalada de paredes rocosas o acceso a glaciares, saltos de trampolín con esquíes, jockey, rugby, inmersiones con emplea de aparatos respiratorios, deporte submarino, surfing, vela, bicicleta de montaña, coleo, rodeo, deportes aéreos y náuticos en general, uso de vehículos a motor o animales de cualquier tipo de competencia.

b. Participación en carreras o competencias y sus correspondientes pruebas y entrenamientos:

El Seguro tiene validez para la participación en carreras o competencias, y sus correspondientes pruebas y entrenamientos de todos los deportes no excluidos por el apartado anterior, quedando excluida en cualquier caso las personas no inscritas en las Federaciones respectivas como profesionales o semiprofesionales.

3. Accidentes de Aviación:

Las coberturas de esta Póliza se extienden a los accidentes de aviación que sufra el Asegurado siempre y cuando viaje como pasajero, piloto o personal a bordo en cualquier línea aérea regular y comercial de transporte de pasajeros.

CLÁUSULA 2.- PERSONAS ASEGURABLES

Además del Tomador quien podrá incluirse hasta los setenta (70) años, pueden inscribirse como asegurados en esta Póliza, mediante el pago de la prima que corresponda de acuerdo a la tarifa vigente de la Empresa de Seguros para la fecha de inscripción, los siguientes familiares que no hayan cumplido la edad de setenta (70) años, siempre y cuando vivan con el Tomador y a sus expensas:

- El cónyuge o la persona que tenga como tal.
- Los hijos solteros del Tomador, de su cónyuge o de la persona que tenga como tal; desde el momento de su nacimiento hasta los veinticinco (25) años de edad.

PARÁGRAFO ÚNICO:

El Tomador o los Asegurados, cuando lo soliciten por escrito antes de finalizar los treinta (30) días siguientes a la terminación del seguro de cualquiera de ellos, previa aceptación de La Empresa de Seguros, tendrán las siguientes opciones:

- a. Al cumplir la edad de setenta y un (71) años, podrán continuar en la Póliza, pagando la prima correspondiente a su ocupación más el recargo adicional por la edad alcanzada.
- b. Cuando la terminación del seguro de cualquiera de los Asegurados sea por cesar la dependencia económica o de relación familiar, podrá suscribir separadamente otra Póliza de seguros.
- c. En caso de fallecimiento del Tomador, cualesquiera de la personas mayores de edad amparadas por esta Póliza, podría solicitar la emisión de un nuevo contrato para sí y para las demás personas inscritas, con la presentación de una nueva solicitud de seguro obviando las relaciones de parentesco que pudieran existir. Todas las personas aseguradas y las sumas de las coberturas contratadas, estarán especificadas en el Cuadro Póliza.

CLÁUSULA 3.- COBERTURAS AMPARADAS

Las coberturas amparadas por esta Póliza son aquellas para las cuales se haya pagado la prima correspondiente, y cuyos montos máximos de indemnización para cada Asegurado figuran en el Cuadro Póliza.

A continuación se indican las coberturas que se podrán contratar en esta Póliza:

3.1 MUERTE ACCIDENTAL:

Si como consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado y amparado por esta Póliza, le sobreviniera la muerte dentro de un (1) año contado a partir de la fecha de ocurrencia del mismo, La Empresa de Seguros pagará a los beneficiarios designados, o a falta de éstos, a los herederos legales del Asegurado, el Monto de la Cobertura indicada en el Cuadro Póliza vigente para el momento del Accidente.

3.2 AUMENTO DE COBERTURA POR FALLECIMIENTO DE AMBOS CÓNYUGES:

Si como consecuencia de un mismo Accidente amparado por esta Póliza dentro del año siguiente a la fecha de ocurrencia del mismo, se produjera la muerte del Tomador y de su Cónyuge, inscritos bajo la misma Póliza, La Empresa de Seguros incrementará el Monto de la Cobertura por Muerte Accidental de cada uno de ellos en el porcentaje establecido en el Cuadro Póliza Vigente para el momento del accidente.

3.3 INVALIDEZ PERMANENTE:

Si como consecuencia de un Accidente sufrido por el Asegurado amparado por esta Póliza, le sobreviniere dentro de un (1) año contado a partir de la fecha de ocurrencia del mismo, cualquiera de las invalideces enumeradas en la Escala de Indemnizaciones, La Empresa de Seguros pagará al Tomador o en su defecto al beneficiario inválido, la cantidad resultante de aplicar el porcentaje estipulado en dicha escala, al Monto de la cobertura indicado en el Cuadro Póliza, vigente para el momento del Accidente.

ESCALA DE INDEMNIZACIONES

Pérdida total del maxilar inferior o ablación total de la mandíbula.	45%
Trastornos graves en las articulaciones de ambos maxilares.	25%
Pérdida total del olfato o el gusto.	10%
Pérdida total del movimiento de la columna cervical con o sin manifestaciones neurológicas.	45%
Pérdida total del movimiento de la columna dorsal con o sin manifestaciones neurológicas.	45%
Pérdida total del movimiento de la columna lumbar con o sin manifestaciones neurológicas.	45%
Pérdida total del movimiento de la cadera.	70%

• De las extremidades superiores

Pérdida total por amputación o mutilación de:	DERECHO	IZQUIERDO
Un brazo	75%	55%
Una mano	75%	55%
Dedo pulgar	35%	30%
Dedo índice	30%	25%
Dedo medio	20%	15%
Dedo anular	20%	15%
Dedo meñique	15%	10%
Dedo índice y pulgar	55%	45%
De una falange del dedo pulgar	20%	15%
De una falange del dedo índice	15%	10%
De una falange de cualquier otro dedo	10%	7%
De dos falanges del dedo índice	20%	15%
De dos falanges de cualquier otro dedo que no sea el pulgar	15%	10%
Pérdida total del movimiento de la muñeca.	30%	25%
Pérdida total del movimiento del hombro.	35%	30%
Pérdida total del movimiento del codo.	35%	30%
Fractura mal consolidada de un brazo.	30%	25%

Fractura mal consolidada del antebrazo:

De los dos huesos	30%	25%
De un solo hueso.	25%	20%

De las extremidades inferiores:

Pérdida por amputación o mutilación de:

Una pierna por encima de la rodilla.	75%
Una pierna por debajo de la rodilla.	65%
Un pie.	65%
Dedo gordo del pie.	25%
Cualquier otro dedo del pie.	15%
Pérdida total del movimiento de la rodilla.	55%
Pérdida total de los movimientos de la garganta de un pie.	35%
Pérdida total de movimiento de la articulación subastragalina.	25%
Fractura mal consolidada del fémur o de los huesos de la pierna.	55%
Fractura mal consolidada de un pie.	35%

Acortamiento de un miembro inferior:

Más de 8 cm	35%
Entre 4 y 8 cm	25%
Menos de 4 cm	15%

Las invalideces no identificadas específicamente en las mencionadas, serán indemnizadas con relación a su gravedad, comparando su alcance con las señaladas en la escala de indemnización.

PARÁGRAFO PRIMERO:

En caso de que el Asegurado haga constar en la Solicitud de Seguro que es zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnizaciones fijados por la pérdida de las extremidades superiores.

PARÁGRAFO SEGUNDO:

La pérdida de miembros u órganos ya imposibilitados antes del Accidente no darán lugar a indemnización, sino por la diferencia entre el grado de invalidez que presentare antes y después del accidente de la persona asegurada.

La indemnización de lesiones en miembros u órganos sanos sufridos en accidentes no pueden ser incrementadas por el estado de invalidez de otro miembro u órgano afectado por ese accidente. En caso de invalidez como consecuencia del mismo accidente que incluya varias de las indemnizaciones, el monto a pagar se calculará sumando los porcentajes correspondientes en cada invalidez, sin que el mismo exceda de la indemnización total y permanente. Cuando varias incapacidades afecten a un mismo miembro u órgano no se acumulan entre sí, sino que la indemnización se determina por la mayor de dichas incapacidades.

PARÁGRAFO TERCERO:

Si el Asegurado sufre una invalidez cubierta por esta Póliza y antes de que la Empresa de Seguros haya efectuado el pago correspondiente, El Asegurado falleciera como consecuencia del mismo accidente que originó tal invalidez, la indemnización sólo procederá por la cobertura de Muerte Accidental.

PARÁGRAFO CUARTO:

Si al Tomador le es declarada una Invalidez Total y Permanente, fungirá como Titular de la Póliza en la renovación, quedando inscrito en la misma, pero le serán excluidas las coberturas que en ocasión del Accidente fueron afectadas o que pudieran originar futuras indemnizaciones por concepto de la invalidez declarada.

3.4 INCREMENTO DE INDEMNIZACIÓN POR INVALIDEZ PERMANENTE:

Si como consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado y amparado por esta Póliza le sobreviniera cualesquiera de las invalideces enumeradas en la Escala de Indemnizaciones, dentro de un (1) año contado a partir de la fecha de ocurrencia del mismo, la Empresa de Seguros aumentará el porcentaje de indemnización estipulado en dicha escala, aplicado al Monto de la Cobertura indicada en el Cuadro Póliza, de la manera siguiente:

- El veinticinco por ciento (25%) por aquella parte donde el grado de la invalidez de acuerdo a la escala, alcance hasta el quince por ciento (15%).
- El cincuenta por ciento (50%) por aquella parte donde el grado de la invalidez de acuerdo a la escala, esté comprendida entre el dieciséis por ciento (16%) y el veinticinco por ciento (25%).

- El cien por ciento (100%) por aquella parte donde el grado de la invalidez de acuerdo a la escala, esté comprendida entre el veintiséis por ciento (26%) y el cincuenta por ciento (50%).
- El doscientos por ciento (200%) por aquella parte donde el grado de la invalidez de acuerdo a la escala, sea mayor al cincuenta por ciento (50%).

3.5 INCAPACIDAD TEMPORAL (Indemnización Semanal por Accidente):

3.5.1 INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL:

Si dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del Accidente cubierto por esta Póliza, se le produjera al Asegurado una Incapacidad Total y Temporal para desempeñar la ocupación declarada, la Empresa de Seguros pagará la indemnización semanal indicada en el Cuadro Póliza vigente para el momento del Accidente, mientras dure la expresada incapacidad, pero sin exceder de cincuenta y dos (52) semanas. Sin embargo, si el Asegurado incapacitado ha tomado en esta Póliza todas las coberturas comprendidas en la misma y si dicho accidente no diera lugar a reclamación por otro de las coberturas cubiertas, sino únicamente por Incapacidad Temporal, la indemnización semanal, en virtud de la misma no se limitará a las cincuenta y dos (52) semanas, por lo que podrá extenderse su duración hasta setenta y ocho (78) semanas, pagadero solamente mientras subsista la Incapacidad Total y Temporal para desempeñar todas las actividades propias de su ocupación.

3.5.2 INCAPACIDAD PARCIAL Y TEMPORAL:

Si dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del Accidente amparado por esta Póliza, o inmediatamente después de un período de Incapacidad Total y Temporal cubierta bajo el aparte 3.5.1, las lesiones sufridas por el Asegurado le causaren Incapacidad para desempeñar en parte la ocupación declarada, la Empresa de Seguros pagará mientras dure tal incapacidad, el sesenta por ciento (60%) de la indemnización indicada en el Cuadro Póliza, pero sin exceder de veintiséis (26) semanas consecutivas contadas desde la fecha del accidente o después de un período de Incapacidad Temporal Total que haya sido evaluado y certificado médicamente como incapacidad parcial, y en cualquier caso, la indemnización no será pagadera después que las lesiones se hayan curado.

La indemnización semanal por accidente se concede a partir del día siguiente al del comienzo de la asistencia médica, previa certificación del médico tratante. La misma puede ser liquidada en forma quincenal o por período más largos, a petición expresa del Asegurado mediante solicitud por escrito presentada dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del accidente.

3.6 GASTOS MÉDICOS:

Si dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de ocurrencia de un accidente amparado por esta Póliza y como consecuencia del mismo, el Asegurado se viere precisado a recibir atención médica, quirúrgica u hospitalaria,

la Empresa de Seguros pagará además de las indemnizaciones previstas para tal accidente, el monto de los gastos incurridos dentro del año siguiente a la ocurrencia del mismo y hasta por el monto de la cobertura máxima por este concepto, indicada en el Cuadro Póliza.

La indemnización está sujeta a las siguientes condiciones:

- a. **La Empresa de Seguros indemnizará los gastos razonables incurridos, ocasionados por atenciones médica, hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas que fueren médicamente necesarias, a las cuales deba someterse el Asegurado, por cada accidente originado durante la vigencia de la Póliza y cubierto por la misma.**
- b. **El personal médico o paramédico debe estar legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión. Si después de la emergencia el Asegurado debiere continuar tratamiento, éste deberá ser aplicado por un médico especialista.**
- c. **Los gastos de hospitalización serán los que se ocasionen dentro de una clínica u hospital debidamente habilitado para prestar tales servicios.**
- d. **Los medicamentos y el material necesario deben ser recetados por el médico tratante para ser aplicados exclusiva y necesariamente en la curación de lesiones sufridas en el accidente, y deberán presentarse los comprobantes y récipes originales.**
- e. **Si los gastos por atención médica, hospitalización o intervención quirúrgica que requiera el Asegurado, se incurriesen fuera del país, serán convertidos a moneda nacional a la tasa de cambio vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro, considerándose como tal la fecha en que se factura el pago de los gastos incurridos, reconociéndose el monto de los gastos correspondientes, hasta por un máximo equivalente al gastos razonable que dicho servicio tenga en Venezuela.**
- f. **Toda la documentación relacionada con estos gastos deberá estar autenticada ante el Consulado de Venezuela en el país en el cual se hubiese recibido la atención médica, hospitalización o intervención quirúrgica y estar legalmente traducida al idioma castellano.**

3.7 GASTOS DE REPATRIACIÓN:

En caso de fallecimiento de cualquiera de los Asegurados inscritos en la Póliza como consecuencia de un accidente cubierto por la misma, la Empresa de Seguros pagará los gastos incurridos, hasta por el Capital indicado en el Cuadro Póliza, ó el que se encuentre vigente para el momento del accidente, por el traslado del Asegurado desde el lugar donde ocurrió el fallecimiento hasta el señalado como su dirección de habitación en el Cuadro Póliza.

3.8 GASTOS DE COMUNICACIÓN, TRASLADO Y AUXILIO:

En caso de que cualquiera de los Asegurados inscritos en la Póliza sufrieren un accidente cubierto por esta Póliza, la Empresa de Seguros pagará hasta por el monto indicado en el Cuadro Póliza, los gastos que en que se incurriese por los siguientes conceptos:

- a. **La comunicación con sus familiares, con las autoridades competentes y con la**

- Empresa de Seguros.
- b. El traslado del Asegurado desde el lugar del Accidente al centro hospitalario más cercano, y de éste a su domicilio.
 - c. El hospedaje, alimentación y traslado de una persona a fin de prestarle auxilio al Asegurado, siempre que alguno de éstos hubiese requerido la atención médica en un centro hospitalario. La Empresa de Seguros reconocerá los días de hospedaje que sean necesarios de acuerdo a la gravedad de las lesiones sufridas por el Asegurado, en cuyo caso deberá ser presentado junto con la reclamación un informe detallado por el médico tratante.

3.9 RENTA DE PROTECCIÓN FAMILIAR

Esta cobertura tiene por objeto proporcionar una renta anual a los beneficiarios designados por el Tomador o su Cónyuge en caso de Muerte Accidental o la Invalidez Total y Permanente de éstos. El monto anual, la frecuencia de pago y la duración serán los indicados en el Cuadro Póliza vigente para el momento que ocurra el accidente. Si el Tomador ha optado por la opción de “Revalorización de Montos de las Coberturas”, como se indica en la Cláusula 5 de estas Condiciones Particulares, el monto de la renta inicial tendrá un incremento igual al porcentaje señalado en el Cuadro Póliza. Este incremento cesará automáticamente a partir de la fecha de fallecimiento del Asegurado, o cuando se haya declarado la Invalidez Total y Permanente.

En caso de siniestro, el primer pago se efectuará por el monto alcanzado en la última revalorización efectuada antes de ocurrir el accidente; la renta a pagar en los años subsiguientes tendrá un incremento anual igual al porcentaje indicado en el Cuadro Póliza según la modalidad de crecimiento escogida y durante todo el período contratado.

3.10 GASTOS FUNERARIOS:

En caso de fallecimiento de un Asegurado a consecuencia de un accidente cubierta por esta Póliza, la Empresa de Seguros indemnizará al tomador o en su defecto a beneficiarios señalados, el monto de la cobertura indicada en el Cuadro Póliza.

CLÁUSULA 4.- BENEFICIOS ADICIONALES:

Se incluyen en la presente Póliza, los siguientes beneficios adicionales:

4.1 EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMA EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL O INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:

La Empresa de Seguros conviene en pagar la prima de la siguiente renovación en caso de que el Tomador muera o le sea declarada una Invalidez Total y Permanente como consecuencia de un accidente, siempre y cuando las primas exigibles antes del fallecimiento o de ser sea declarada la invalidez, hayan sido pagadas dentro de los lapsos estipulados en esta Póliza.

Para esta renovación se tomarán en cuenta únicamente las personas que estaban incluidas en la Póliza al momento de la ocurrencia del siniestro que produjo la muerte o la invalidez del Tomador, limitados a las siguientes coberturas, siempre y cuando hubiesen sido contratadas al inicio de la Póliza:

Muerte Accidental, Invalidez Permanente, Incapacidad Temporal y Gastos Médicos; de acuerdo con los montos de coberturas vigentes a la fecha del accidente.

Esta garantía de renovación efectuada por la Empresa de Seguros, será por un período adicional de igual duración al transcurrido antes de dar origen a este beneficio. Cualquier incorporación adicional de nuevas personas, inclusión de alguna cobertura o aumentos en montos de las mismas, correrán por cuenta del Tomador.

Las renovaciones sucesivas, tendrán que ser pagadas por el Tomador y en caso de fallecimiento de éste, se harán con arreglo a lo establecido anteriormente.

4.2 BENEFICIO ACUMULATIVO:

Sin recargo o aumento de prima, el Capital pagadero en caso de Muerte Accidental o Invalidez Permanente aumentará cada año, a partir de la primera fecha anual de renovación en un veinte por ciento (20%) del Capital Asegurado inicialmente, sin exceder de dos millones de Bolívares (Bs.2.000.000,00) anuales, hasta alcanzar el aumento acumulado del cien por ciento (100%) de la referida cantidad estipulada como Capital Asegurado y sin exceder en ningún caso diez millones de Bolívares (Bs.10.000.000,00).

4.3 DOBLE INDEMNIZACIÓN:

Según las Condiciones Particulares de la Póliza, si el Asegurado o algún miembro del grupo familiar inscrito en esta Póliza sufriese un accidente que le causare la muerte, La Empresas de Seguros pagará el doble del capital suscrito en la emisión de la póliza por Muerte Accidental indicado en el Cuadro de la Póliza, siempre y cuando el accidente se hubiere producido en las siguientes circunstancias:

- a) Mientras esté en un ascensor destinado al servicio de personas.
- b) A causa de un incendio en un edificio público, habiéndose encontrado el Asegurado dentro de la propiedad siniestrada en el momento de iniciarse el incendio.
- c) Por la explosión de una caldera a vapor.
- d) Por un ciclón, tornado o huracán.
- e) Por fulminación de un rayo.
- f) Viajando como pasajero en un autobús de empresas de transporte público que cumpla con itinerario y ruta regular establecida.
- g) Por encontrarse como espectador en canchas, pistas, teatros, cines y locales cerrados destinados a espectáculos públicos, ó a eventos deportivos.
- h) A causa de una catástrofe originada por la explosión de gases o líquidos inflamables.

4.4 SALVAMENTO O BÚSQUEDA DEL ACCIDENTADO:

Si a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza se hubiese incurrido en gastos con ocasión de la búsqueda y salvamento de el Asegurado, entendiéndose por búsqueda, todas las diligencias pertinentes para encontrar a el Asegurado accidentado y por salvamento, los recursos y medios utilizados

para salvaguardar la vida del mismo, La Empresa de Seguros reembolsará el importe de dichos gastos, hasta con un máximo del treinta por ciento (30%) del monto de la cobertura de Gastos Médicos, siempre y cuando este amparo se haya contratado y esté vigente para el momento en que ocurra el siniestro.

4.5 AMPARO PARA EL RECIÉN NACIDO:

Si el Tomador tiene incluido en su Póliza a su Cónyuge o la persona que tenga como tal, La Empresa de Seguros conviene en incluir en la Póliza al recién nacido desde el mismo momento de su nacimiento, con las coberturas de: Muerte Accidental, Invalidez Permanente y Gastos Médicos, hasta por un monto máximo equivalente a una cuarta (1/4) parte de los montos de las coberturas contratadas por el Tomador. El Tomador, deberá notificar a la empresa de Seguros el advenimiento del recién nacido con sus debidos comprobantes en un plazo máximo de cuarenta y cinco (45) días después de su nacimiento, para proceder a inscribirlo en la Póliza. Si durante este plazo la inscripción no se efectuara, La empresa de Seguros quedará exenta de cualquier responsabilidad.

4.6 ATENCIÓN AL MENOR EN CASO DE INCAPACIDAD:

En caso de que la madre de un infante padezca alguna Incapacidad Total y Temporal y tenga contratada la cobertura de Incapacidad Temporal, La Empresa de Seguros conviene en indemnizar hasta su recuperación o hasta que esté apta para seguir desempeñándose en sus actividades habituales y con un máximo de tres (3) meses, la protección y custodia de su hijo mediante los servicios ofrecidos por un instituto de cuidados y atención a menores, hasta por un monto máximo mensual equivalente al período de una (1) semana de su cobertura de Incapacidad Total y Temporal. Este beneficio es aplicable para aquellos infantes menores de cinco (5) años de edad que requieran de la atención y cuidado directo de su madre. En caso de existir dos (2) o más menores de cinco (5) años dentro del grupo familiar, este beneficio será aumentado en un sesenta por ciento (60%).

Es indispensable para gozar de este beneficio, que los hijos menores estén asegurados en la presente Póliza, al menos en las coberturas de Muerte Accidental e Invalidez Permanente.

4.7 ASISTENCIA EDUCATIVA POR INCAPACIDAD:

Si por causa de un accidente, acaecido a un hijo menor de edad del Tomador de la Póliza, que se encuentre activo en el desempeño de sus estudios y como consecuencia del mismo le sea declarada una Incapacidad total y Temporal que le impida la asistencia regular a clases, La Empresa de Seguros conviene en pagar los honorarios de un docente autorizado por el Ministerio de Educación para prestar el servicio de enseñanza, evitando así poner en peligro de pérdida sus estudios. Este beneficio será hasta por un monto máximo mensual equivalente al período de una semana de la cobertura de Incapacidad Total y Temporal contratada por el Tomador y aplicable hasta que el menor esté recuperado ó apto para asistir a clase, con un período máximo de indemnización por este concepto de tres (3) meses. En caso de existir alguna incapacidad donde se vean afectados dos (2) o más hijo por un accidente amparado por esta

Póliza, este beneficio se incrementará en un sesenta por ciento (60%).

Para gozar de este beneficio es requisito fundamental que el Tomador de la Póliza haya contratado la cobertura de Incapacidad Temporal y los hijos estén asegurados en la presente Póliza, al menos en las coberturas de Muerte Accidental e Invalidez Permanente.

PARÁGRAFO ÚNICO:

Los beneficios señalados en los numerales 4.6 y 4.7 estarán sujetos a todos los trámites y diligencias tanto de buscar las personas e instituciones, como gestionar la aprobación de los institutos educativos para aplicar lo dispuesto en estos numerales, son actividades que le competen única y exclusivamente a los padres o representantes. Los montos a indemnizar por estos conceptos, en ningún caso excederán de los montos y tiempos previstos.

CLÁUSULA 5.- AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Tomador y el Asegurado, en caso de ser la misma persona, tienen la obligación de notificar con cinco (5) días continuos de anticipación a que se produzca las modificaciones del riesgo amparado o de las circunstancias que permitieron determinarlo ocurridas durante la duración del contrato.

Se consideran hechos que agravan el riesgo, toda modificación de las condiciones tales como ocupación, profesión o práctica de deportes, que alteren las circunstancias que se declararon en la solicitud de seguro, en los cuestionarios, declaraciones, documentos e informes que hayan servido para la evaluación del riesgo.

La Empresa de Seguros podrá rechazar la agravación del riesgo y dar por resuelto este contrato, devolviendo al Tomador la parte no consumido de la prima neta de la comisión pagada al intermediario de seguros, o proponer la modificación del contrato. En este caso, notificado el tomador de las modificaciones propuestas, el mismo debe responder si las acepta o no en un plazo de quince (15) días continuos, y de no hacerlo se entenderá que las modificaciones propuestas han sido rechazadas quedando rescindido este contrato.

CLÁUSULA 6.- DISMINUCIÓN DEL RIESGO

El Tomador o el Asegurado podrán, durante la duración de este contrato, poner en conocimiento de la Empresa de Seguros toda las circunstancias tales como cambios de ocupación, profesión o prácticas de deportes que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la celebración de este contrato de seguro, lo habría celebrado en condiciones más favorables para ellos. En este caso, en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la notificación, y determinada la magnitud de la disminución del riesgo, la Empresa de Seguros devolverá la prima cobrada en exceso por el período que falte por transcurrir, deducida la comisión pagada al intermediario de seguros.

CLÁUSULA 7.- EXCLUSIONES

A los efectos de esta Póliza, no quedarán cubiertos los daños o lesiones causados por:

- 1. Los eventos ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro, aunque sus consecuencias se manifiesten durante su vigencia.**

2. **Cualquier enfermedad corporal o mental, tratamientos, médicos quirúrgicos y sus consecuencias, que no sean motivados por accidentes amparados por esta Póliza.**
3. **Acto criminal del Asegurado o al encontrarse en estado de ebriedad, enajenación mental, bajo la influencia de drogas o en estado de sonambulismo.**
4. **Lesiones inferidas a sí mismo por el Asegurado, así como las provocadas por suicidio o tentativa del mismo.**
5. **Homicidio o tentativa de homicidio causado intencionalmente por cualquier beneficiario de la presente Póliza, o de cualquier otra Póliza que tenga el Asegurado fallecido contratada con ésta o con otra Empresa de Seguros, dejando a salvo los derechos que puedan corresponder a los demás beneficiarios designados en la Póliza, que no hayan sido partícipes o causantes del hecho.**
6. **Exposición deliberada a peligro excepcional; excepto en un intento por salvar la vida humana.**
7. **Guerra civil o militar, invasión acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas /haya habido o no declaración de guerra), alteración del orden público, motín, huelga, conmoción civil, insubordinación, levantamiento, insurrección, rebelión, revolución, terrorismo, guerra de guerrillas, poder militar o usurpación de poder, ley marcial o estado de sitio, o cualesquiera de los eventos o causas que determinen la proclamación o el mantenimiento de la ley marcial o estado de sitio, actos criminales o su tentativa, duelos o riñas.**
8. **Cumplimiento del Servicio Militar Obligatorio.**
9. **Catástrofes naturales (excepto los producidos por rayo).**
10. **Contaminación Radioactiva.**
11. **La práctica de deportes como semiprofesional o profesional, o actividades relacionadas con la tauromaquia, a menos que la Empresa de Seguros haya aceptado el riesgo y el Asegurado haya pagado la prima correspondiente.**
12. **Pilotar o ser miembro de la tripulación de una aeronave de cualquier clase, a menos que la Empresa de Seguros haya aceptado el riesgo y el Asegurado haya pagado la prima correspondiente.**

CLÁUSULA 8.- REVALORIZACIÓN DE MONTOS DE LAS COBERTURAS

Los Montos de las Coberturas y las primas indicadas en el Cuadro Póliza se ajustarán cada año de acuerdo a la modalidad de crecimiento y porcentaje elegido. El aumento comenzará a partir de la primera renovación anual y se mantendrá hasta que finalice el período indicado en el mismo.

Esta Revalorización cesará automáticamente para el Asegurado que se le declare algún grado de invalidez, aunque no haya causado indemnización por esta Póliza. Las coberturas que pueden optar por esta modalidad son: Muerte Accidental, Invalidez Permanente y Renta de Protección Familiar.

El Tomador podrá solicitar el cese de la Revalorización anual de los Montos de las Coberturas mediante aviso escrito al menos con treinta (30) días de anticipación a la fecha de la renovación de la Póliza.

PARÁGRAFO ÚNICO:

El aumento del monto de las coberturas en cada renovación no tendrá carácter retroactivo, por lo que si existieran indemnizaciones pendientes, las mismas se realizarán basándose en los montos de las coberturas y estipulaciones señaladas en el Cuadro Póliza vigente al momento de la ocurrencia del siniestro.

CLÁUSULA 9.- SINIESTRO

El siniestro es el acontecimiento futuro e incierto mediante el cual se materializa el riesgo objeto de este contrato de seguro y del cual depende la obligación de indemnizar de la Empresa de Seguros. La ocurrencia de un siniestro debe ser notificada a la Empresa de Seguros dentro del plazo indicado en las Condiciones Particulares de este contrato. La declaración del siniestro debe contener toda clase de formaciones sobre las circunstancias de y consecuencias del siniestro. La empresa de Seguros podrá solicitar, y el tomador o el asegurado están en la obligación de suministrarla, cualquier otra documentación o información adicional relacionada con el reclamo que le sea razonablemente requerida por escrito y de una sola vez.

CLÁUSULA 10.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

En caso de accidente que no ocasione la muerte del Asegurado, éste o su representante deberá dar aviso a la Empresa de Seguros en un plazo no mayor de treinta (30) días continuos a partir de la fecha del accidente, indicando fecha, hora, lugar y circunstancias del mismo, y, además, nombre y domicilio de los testigos si los hubiere, mencionando si han intervenido las autoridades y si se ha iniciado sumario. Si el accidente causó la muerte del Asegurado, el plazo señalado se reducirá a veinte (20) días continuos a partir de la fecha del accidente, debiendo enviar el certificado de defunción dentro de dicho plazo. La Empresa de Seguros quedará exenta de responsabilidad en los casos que los siniestros no sean participados en la forma prevista, salvo que se demuestre fehacientemente la imposibilidad material de haberlo efectuado. El Asegurado accidentado deberá hacer llegar a la Empresa de Seguros, dentro del plazo de aviso del accidente, un certificado del médico expresando las causas y la naturaleza de las lesiones, sus consecuencias conocidas o presuntas y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico.

La Empresa de Seguros se reserva el derecho de examinar al Asegurado accidentado por un médico designado por ella. En caso de fallecimiento del Asegurado, La Empresa de Seguros se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los beneficiarios prestar su conformidad y su concurso si fueren imprescindibles para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales.

La autopsia o exhumación deberá efectuarse con citación de los beneficiarios, quienes podrán designar a un médico para representarlos. Todos los gastos que se produzcan serán pagados por la Empresa de Seguros, excepto los derivados del médico representante de los beneficiarios.

CLÁUSULA 11.- PLAZO PARA PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS

La Empresa de Seguros quedará relevada de toda responsabilidad sobre cualquier siniestro y el tomador y demás beneficiarios de esta Póliza, perderán todo derecho a indemnización, salvo causa extraña no imputable al asegurado:

- a. Si después de notificada a la Empresa de Seguros la ocurrencia de un siniestro, no se hubiere presentado la documentación necesaria para el análisis de la reclamación dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha de aviso del mismo.
- b. Si después de solicitada la documentación faltante, para el análisis de la reclamación, la misma no se hubiese presentado dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha de la solicitud.

Las causas extrañas no imputables al Asegurado deberán ser demostradas, justificadas y soportadas con evidencia clara que según los propios hechos le den tal distinción.

CLÁUSULA 12.- PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

La Empresa de Seguros pagará las indemnizaciones que correspondieran en virtud de esta Póliza, de la manera siguiente:

1. En caso de muerte del Asegurado: a los beneficiarios designados, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes de presentada la documentación exigida por la Empresa de Seguros. Cuando los beneficiarios sean varios, la distribución del pago correspondiente en virtud de esta Póliza, se harán en partes iguales si no hay estipulación en contrario, y en caso de que alguno o algunos de los beneficiarios designados falleciere antes o simultáneamente con el Asegurado, la parte correspondiente a éstos acrecerá a favor de los beneficiarios sobrevivientes; y si todos han fallecido se pagará a los herederos legales del Asegurado. A falta de estipulación escrita los beneficiarios serán los herederos legales del Asegurado; la Empresa de Seguros queda autorizada por éste a pagar el monto de la cobertura a aquellos herederos legales que hubieren comprobado tal carácter, durante los noventa (90) días siguientes a partir de la muerte, quedando la Empresa de Seguros, exenta de toda responsabilidad para con los herederos legales que no hayan concurrido dentro del plazo señalado a reclamar por escrito sus beneficios y a comprobar su cualidad de herederos.
2. En caso de Invalidez Permanente: al Asegurado ó a su representante, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la prestación de los certificados que acrediten tal invalidez.
3. En caso de Incapacidad Temporal: al Asegurado ó a su representante, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación del informe médico en el cual se indique la evolución de las lesiones presentadas por el Asegurado.
4. Gastos Médicos: al Tomador o a su representante, y en caso de muerte de aquél, a la persona que acredite haber pagado las facturas, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de los originales de las mismas y los demás recaudos necesarios como radiografías, informes médicos, exámenes de laboratorio y similares.
5. Gastos Funerarios: al Tomador o a su representante, y si fuera el tomador quien falleciera, la indemnización serpa pagada a los beneficiarios designados, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de las facturas y del acta de defunción. En caso que, el monto de la cobertura establecido en ducho Cuadro Póliza vigente para el momento del fallecimiento sea superior al monto total de las facturas, la diferencia será entregada al Tomador o beneficiarios, según sea el caso. Si el monto de los gastos funerarios del Asegurado fuere mayor al monto de la cobertura suscrita, el excedente será a cargo del Tomador o de que se

responsabilizó por el pago de tales gastos, quedando entendido que en ningún caso serán absorbidos por otra cobertura contratada.

6. Renta de Protección Familiar: En caso de Muerte Accidental del Asegurado, la renta se hará efectiva a los beneficiarios designados por él, según la distribución establecida en el Cuadro Póliza vigente para el momento del accidente. En caso de Invalidez Total y Permanente la renta se hará efectiva al propio Asegurado; si éste falleciera con anterioridad a la finalización del plazo convenido para la indemnización de la renta, la Empresa de Seguros efectuará los pagos que falten por realizar a los beneficiarios designados en el Cuadro Póliza vigente para el momento en que se produzca la muerte, hasta la finalización del período estipulado, según la frecuencia de pago escogida.
7. Los demás beneficios que dependan de una cobertura principal, se indemnizarán en la forma y tiempos previstos para cada una de ellas.
8. Salvo disposición en contrario, los beneficios adicionales señalados en la Cláusula 4 de estas Condiciones Particulares que generen una indemnización, serán pagados al Tomador.

CLAÚSULA 13.- DESAPARICIÓN DEL ASEGURADO

Si en el curso de un viaje ocurriese un percance, no se tuvieren noticias del Asegurado y se declarará su desaparición por las autoridades competentes, por un período no inferior a un (1) año, la Empresa de Seguros hará efectivo el pago de la indemnización establecida para el caso de la Cobertura de Muerte Accidental. Si posteriormente apareciera vivo el Asegurado o si se tuvieren noticias ciertas de que efectivamente vive, la Empresa de Seguros tendrá derecho a la restitución de la suma pagada.

EL TOMADOR

LA EMPRESA DE SEGUROS