



Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 96

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO 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 FARIÁS 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.”

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1 OBJETO DEL SEGURO

Mediante este seguro de personas 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 y en el certificado individual de seguro.

CLÁUSULA 2 DEFINICIONES

EMPRESA DE SEGUROS: Seguros Constitución C.A., quien asume los riesgos y se obliga en virtud de la presente Póliza.

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.

FAMILIARES: Son aquellas personas que tiene un vínculo entre sí y con el Asegurado Titular que pueden ser incluidos en la cobertura de esta Póliza.

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

DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGUROS: Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud o Cuestionario de Seguro, el Cuadro Póliza, 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, nombre del Tomador y Asegurado, identificación completa de la Empresa de Seguros, de su representante y domicilio principal, dirección del Tomador, dirección de cobro, nombre del intermediario de seguros, ubicación y riesgos cubiertos, Suma Asegurada, monto de la prima, forma y lugar de pago, período de vigencia y firmas de la Empresa de Seguros y Tomador.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: Documento que forma parte de este contrato de seguro, emitido por la Empresa de Seguros, donde se especifican los datos de identificación del Asegurado Titular y la de los Familiares que se hayan inscrito en la Póliza, así como también los datos relativos al seguro.

COLECTIVO: Es aquel seguro que se toma entre un grupo de personas que tienen un nexo en común distinto al sólo interés de asegurarse.

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

PRIMA: Es la única contraprestación pagadera en dinero, que el Tomador debe pagar a la Empresa de Seguros en virtud de la celebración del contrato de seguro.

SOLICITUD DE SEGUROS: Es el documento contestado por el Tomador y el Asegurado, donde se indican los datos particulares de la Póliza, a saber: Tipo de solicitud, nombre del Tomador, Asegurado y Beneficiarios, identificación de la Empresa de Seguros, de su representante y su domicilio principal, dirección de cobro y de habitación del Tomador y Asegurado, teléfono(s), datos del intermediario de seguros, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma y lugar de pago, período de vigencia de la Póliza, firma del Tomador y del Asegurado y demás datos referente al riesgo.

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

SINIESTRO: Acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte de la Empresa de Seguros.

CLÁUSULA 3 EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD

La Empresa de Seguros no estará obligada a indemnizar en los siguientes casos:

1. Si el Tomador, el Asegurado 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 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 Empresa de Seguros 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 Empresa de Seguros en lo que respecta a la Póliza.
4. Si el Tomador o el Asegurado 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 Empresa de Seguros.
5. 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.
6. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares de esta 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 y la hora y día de su iniciación y vencimiento.

CLÁUSULA 5 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 comunicación 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.

CLÁUSULA 7 PRIMAS

El Tomador debe la prima desde el momento de la celebración del contrato, pero aquella 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, 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. 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 se 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.

Las falsedades o reticencias de mala fe por parte del Tomador o del Asegurado, 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 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 accidente 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 10 AGRAVACIÓN O DISMINUCIÓN DEL RIESGO

El Tomador o el Asegurado deberá, durante la vigencia de la Póliza, comunicar a la Empresa de Seguros, todas las circunstancias que, posterior a la celebración del presente contrato, 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. Tal notificación deberá hacerla dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que hubiera tenido conocimiento. No obstante, si la agravación del riesgo depende de un acto del Tomador o del Asegurado, deberá comunicarse a la Empresa de Seguros antes de que se produzca y en un plazo no inferior a diez (10) días hábiles antes de la fecha en que se presume se efectuará la agravación del riesgo.

Conocido por la Empresa de Seguros 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. Las modificaciones del contrato que la Empresa de Seguros propondrá al Tomador o al Asegurado pondrán ser:

- 1) La aplicación de una nueva tasa de prima, de ser procedente de acuerdo con la tarifa vigente de la Empresa de Seguros, en cuyo caso la prima adicional será calculada desde la fecha en que la agravación del riesgo ocurra o haya ocurrido, hasta el vencimiento de la vigencia de la Póliza.
- 2) Recomendaciones o cambios tendientes a minimizar los efectos de la agravación del riesgo.

Notificada la modificación al Tomador o al Asegurado éste deberá dar cumplimiento a las condiciones exigidas en un plazo que no exceda de (15) días continuos, en caso contrario se entenderá que el contrato ha quedado sin efecto a partir de la fecha de vencimiento del plazo.

En el caso de que el Tomador o el Asegurado no haya efectuado la declaración en el plazo de cinco (5) días hábiles antes mencionados y sobreviniere un siniestro en dicho plazo, el deber de indemnización de la Empresa de Seguros se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera identidad del riesgo. De no haber sido procedente el pago de dicha prima adicional, el deber de indemnización de la Empresa de Seguros no se verá afectado. Si la falta de declaración por parte del Tomador o del Asegurado es atribuible a dolo o culpa grave, la Empresa de Seguros quedará liberada de responsabilidad.

Asimismo, transcurridos los plazos, previstos en esta cláusula, sin haberse hecho la debida notificación a la Empresa de Seguros de la agravación del riesgo, esta quedará exonerada de cualquier responsabilidad de producirse un siniestro por causa de dicha agravación o si dicha falta de notificación es atribuible a dolo o culpa grave de parte del Asegurado o del Tomador.

Cuando el contrato se refiere a varios intereses, y el riesgo se hubiere agravado respecto de uno o algunos de ellos, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto a los restantes, en este caso, el Tomador deberá pagar, de ser procedente y al primer requerimiento, el exceso de prima eventualmente debida. Caso contrario el contrato quedará si efecto solamente con respecto al riesgo agravado.

El Tomador o el Asegurado deberán comunicar conforme a lo indicado en esta cláusula cualquiera de las siguientes circunstancias que podrían constituir una agravación del riesgo:

- 1) Modificaciones en la naturaleza de las actividades, ocupaciones, profesiones y práctica de deportes declarados en la solicitud de seguro.
- 2) Otras circunstancias, establecidas en el Cuadro Póliza o en Anexo, que atendiendo a la índole de las actividades declaradas por el Asegurado puedan constituir una agravación del riesgo.

CLÁUSULA 11 AGRAVACIÓN DEL RIESGO QUE NO AFECTA EL CONTRATO

La agravación del riesgo no producirá los efectos previstos en la cláusula precedente en los siguientes casos:

- 1) Cuando no haya habido influencia sobre el siniestro ni sobre la extensión de la responsabilidad que incumbe a la Empresa de Seguros.
- 2) Cuando haya tenido lugar para proteger los intereses de la Empresa de Seguros con respecto de la Póliza.
- 3) Cuando se haya impuesto para cumplir el deber de socorro que le impone la Ley.
- 4) Cuando la Empresa de Seguros haya tenido conocimiento por otros medios de la agravación del riesgo, y no haya hecho uso de su derecho a terminar el contrato en el plazo de quince (15) días continuos.
- 5) Cuando la Empresa de Seguros haya renunciado expresa o tácitamente al derecho de proponer la modificación del contrato o terminarlo unilateralmente por cualquier causa. Se tendrá por hecha la renuncia a la propuesta de modificación o terminación unilateral si no la lleva a cabo en el plazo señalado en el artículo anterior.

CLÁUSULA 12 DISMINUCIÓN DEL RIESGO

El Tomador o el Asegurado podrá, durante la vigencia del contrato poner en conocimiento de la Empresa de Seguros todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento del perfeccionamiento del contrato, lo habría celebrado en condiciones más favorables para el Tomador. La Empresa de Seguros deberá devolver la prima cobrada en exceso por el período que falte por transcurrir, en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la notificación, deducida la comisión pagada al intermediario de seguros.

CLÁUSULA 13 PAGO DE INDEMNIZACIONES

La Empresa de Seguros está obligada a satisfacer la indemnización de ser el caso, dentro de un plazo que no exceda de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que el Asegurado haya entregado todos los recaudos requeridos que se indican en la Cláusula 11 (Presentación de Reclamos) de las Condiciones Particulares de esta Póliza.

CLÁUSULA 14 RECHAZO DEL SINIESTRO

El Asegurado o los Beneficiarios tienen derecho a ser notificados por escrito, dentro del plazo señalado en la Cláusula anterior, de las causas de hecho y de derecho que a juicio de la Empresa de Seguros justifican el rechazo, total o parcial, de la indemnización exigida.

CLÁUSULA 15 PERITAJE

Si surgiere desacuerdo para la fijación del importe de la indemnización, en caso de Incapacidad Total, las partes podrán someterse al siguiente procedimiento:

- a) Nombrar por escrito un Perito único de común acuerdo entre las partes.
- b)** En caso de desacuerdo sobre la designación del Perito único, se nombrarán por escrito dos (2) Peritos, uno por cada parte, en el plazo de un (1) mes calendario a partir del día en que una de las dos partes haya requerido a la otra dicha designación.
- c) En el caso de que una de las dos partes se negara a designar o dejare de nombrar un Perito en el plazo antes indicado, la otra parte tendrá el derecho de nombrar un amigable componedor.

d) Si los dos (2) Peritos así nombrados no llegaren a un acuerdo, el o los puntos de discrepancia serán sometidos al fallo de un tercer Perito nombrado por ellos, por escrito, y su apreciación agotará el procedimiento.

e) El Perito único, los dos (2) Peritos o el perito tercero, según el caso decidirán en qué proporción las partes han de soportar los gastos relativos al peritaje.

El fallecimiento de cualquiera de los dos (2) Peritos, que aconteciere en el curso de las operaciones de peritaje, no anulará ni mermará los poderes, derechos, o atribuciones del Perito sobreviviente. Asimismo, si el Perito único o el perito tercero falleciere antes del dictamen final, las partes o los Peritos que le hubieren nombrado, según sea el caso, quedan facultados para sustituirlo por otro.

El Perito único, los dos (2) Peritos o el Perito tercero, según el caso deberán conocer la materia relativa al peritaje.

Los Peritos deberán presentar su informe de apreciación y acuerdos en un plazo no mayor de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha de su designación.

CLÁUSULA 16 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 o Superintendente de Seguros deberá actuar 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.

CLAUSULA 17 CADUCIDAD DE ACCIONES

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario perderán todo derecho a ejercer acción judicial (demanda) 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: En caso de rechazo del siniestro, un (1) año contado a partir de la fecha del rechazo.

a) En caso de inconformidad con el pago de la indemnización, un (1) año 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 18 TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Si a la Empresa de Seguros le fuere cancelada la autorización para operar en el ramo de seguros de que se trate, el Tomador o el Asegurado podrá dar por terminada la Póliza con efecto a partir del decimosexto (16°) día siguiente a la fecha del acuse de recibo de la comunicación recibida del Tomador o del Asegurado, 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.

La terminación 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 19 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 20 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 las Cláusulas 4 (Vigencia de la Póliza) y 7 (Primas) 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 o de rehabilitar la Póliza suspendida, si la Empresa de Seguros no rechaza la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido.

CLÁUSULA 21 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 que conste en la Póliza o a la dirección del Tomador o del Asegurado que se indique en el Cuadro Póliza, según sea el caso.

CLÁUSULA 22 DOMICILIO

Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse de la Póliza, las partes eligen como domicilio especial, único y excluyente de cualquier otro, el lugar donde se suscribió la Póliza de Seguros, a cuya jurisdicción declaran someterse.

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1 DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entiende por:

ACCIDENTE: Hecho fortuito en el cual el Asegurado sufre una lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Tomador o del Asegurado. Se consideran accidentes:

- 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 del Asegurado; cuando no se trate de 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, cuando no se trate de las que provoquen enfermedades infectocontagiosas: paludismo, dengue, fiebre amarilla y todas aquellas que sean decretadas por las autoridades competentes como epidemia.
- f. Los accidentes sufridos con 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 eventos excluidos por esta Póliza.

ESTADO DE EMBRIAGUEZ: Se entiende por estado de embriaguez la presencia en la sangre de más de 0,80 gramos de alcohol por mil centímetros cúbicos de sangre, 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.

GASTOS RAZONABLES: Se consideran gastos razonables al costo promedio calculado por la Empresa de Seguros, de los gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios de clínicas ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella en donde fue atendido el Asegurado, los cuales correspondan 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 de los gastos facturados dentro de los treinta (30) días anteriores a la fecha en que el Asegurado incurrió en dichos gastos, incrementados según el índice de precio al consumidor (IPC) del “Banco Central de Venezuela” registrados en el mismo mes, o los baremos de los centros hospitalarios que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el gasto razonable será el monto facturado amparado. Para aquellos casos atendidos fuera del territorio nacional, será el monto que usualmente cobraría el proveedor de servicios médicos por un servicio igual o similar en el caso de que existiera el seguro, el cual no debe exceder de lo que usualmente es cobrado por la mayoría de los proveedores de similar naturaleza, especialidad y condición por el mismo o similar servicio o suministro, dentro de la área geográfica en la que fue prestado el servicio.

MÉDICAMENTE NECESARIO: Son servicios o suministros ordenados por un médico y proporcionados por centros clínicos u hospitalarios o centros de transplantes que cumplen con las siguientes condiciones:

- a) Que sean apropiados y esenciales para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del Asegurado.
- b) Que sean cónsonos con las normas médicas farmacológicamente aceptadas.
- c) Que el servicio, tratamiento o suministro proporcionado sea conveniente al estado de salud del Asegurado y no sea de naturaleza experimental o investigativa.
- d) Que sea en alcance, duración o intensidad para proporcionar un tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
- e) La necesidad médica es avalada por la Empresa de Seguros, basándose en la definición anterior. El hecho de que un tratamiento, servicio o suministro haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un médico, no es necesariamente suficiente para considerarlo médicamente necesario.

PASAJERO: Persona que utiliza una aeronave de línea comercial única y exclusivamente como medio de transporte, por lo tanto, quedan excluidos de la categoría de pasajeros:

- a) Los que con ocasión del medio de transporte reciban habitualmente un aprendizaje o instrucción.
- b) Los usuarios de aeronaves que no correspondan a líneas comerciales.

SERVICIO FUNERARIO: Son los servicios prestados por las funerarias legalmente establecidas, tales como: oficios religiosos, servicios de capilla y cafetín (dentro de la funeraria), vehículos fúnebres para el traslado del fallecido, vehículos de acompañamiento de los familiares, preparación y arreglo del fallecido, ataúd, aviso de prensa, traslado del fallecido vía terrestre dentro del territorio Nacional, realización de las diligencias legales, cremación o parcelas en el cementerio y cruz de flores.

CLÁUSULA 2 COBERTURA BÁSICA

2.1 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 accidente, la Empresa de Seguros indemnizará a los beneficiarios designados, o a falta de éstos, a los herederos legales del Asegurado, el monto de la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza para esta cobertura, vigente para el momento del accidente.

2.2 INCAPACIDAD TOTAL 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 incapacidades enumeradas en la Escala de Indemnizaciones, la Empresa de Seguros pagará al Asegurado, la cantidad resultante de aplicar el porcentaje estipulado en dicha escala, al monto de suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza para esta cobertura, vigente para el momento del accidente.

ESCALA DE INDEMNIZACIONES

Incapacidad Total y Permanente:

Parálisis Completa.	100%
Enajenación Mental, absoluta e incurable o pérdida de la conciencia.	100%
Ceguera absoluta bilateral.	100%
Pérdida Total de la audición y el habla.	100%
Lesiones incurables de la médula espinal que impidan por completo el movimiento.	100%
Pérdida completa o impotencia funcional absoluta y permanente de dos miembros superiores o inferiores, o una superior y uno inferior, entendiéndose por tales inclusive las manos o pies.	100%

Incapacidad Parcial y Permanente por amputación o inutilización por impotencia funcional absoluta de:

Un ojo con disminución de la agudeza visual del otro en más de un 50%, siempre y cuando éste sea incorregible	75%
Un ojo con enucleación	55%
Un ojo sin enucleación	40%
Reducción de la visión de ambos ojos en más de un 50%	45%
Sordera total bilateral	65%
Sordera total unilateral	35%
Pérdida total de una oreja	25%
Pérdida total de las dos orejas	45%
Pérdida total de la nariz	40%
Pérdida total del habla	60%
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%

Las incapacidades no identificadas específicamente en la Escala de Indemnizaciones, serán indemnizadas con relación a su gravedad, comparando su alcance con las señaladas en dicha escala.

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.

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

La indemnización de lesiones en miembros u órganos sanos sufridos en accidentes no puede ser incrementada por el estado de incapacidad de otro miembro u órgano afectado por ese accidente. En caso de incapacidad 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.

Cualquier pago efectuado por la pérdida de extremidades, audición o vista, será descontado del monto indemnizable por Incapacidad Total Permanente.

CLÁUSULA 3 COBERTURAS OPCIONALES

Mediante la contratación de estas coberturas el Tomador se obliga al pago de la prima adicional que corresponde en su fecha de exigibilidad, contra la entrega por parte de la Empresa de Seguros del Cuadro Póliza y queda entendido que el Asegurado estará amparado por las coberturas opcionales indicadas en el Cuadro Póliza.

3.1 GASTOS MÉDICOS

Si como consecuencia de un accidente amparado por esta póliza, el Asegurado requiere una atención médica dentro de un (1) año contado a partir de la fecha del accidente, la Empresa de Seguros indemnizará los gastos razonables y médicamente necesarios incurridos por el Asegurado, hasta por la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza para esta cobertura, vigente para el momento del accidente.

La suma asegurada para esta cobertura aplica para cada accidente en el año póliza.

3.2 GASTOS FUNERARIOS

Si el Asegurado como consecuencia de un accidente amparado por esta Póliza, fallece durante la vigencia de la Póliza, la Empresa de Seguros cubre la totalidad de los gastos incurridos por concepto de servicios funerarios, sin exceder la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza para esta cobertura. La indemnización de este beneficio se pagará a la (las) persona(s) que incurra(n) en dichos gastos, previa presentación a la Empresa de Seguros de los documentos que así lo demuestren.

En caso de que los gastos por la prestación del Servicio Funerario sea menor a la suma asegurada contratada, la Empresa de Seguros se compromete a pagar la diferencia que exista entre la suma asegurada y el gasto del servicio funerario a los Beneficiarios o los Heredero(s) Legal(es) del Asegurado fallecido, según sea el caso.

3.3 INCAPACIDAD TEMPORAL

Si el Asegurado como consecuencia de un accidente amparado por esta Póliza, queda totalmente incapacitado en forma temporal para desempeñar todos y cada uno de los deberes o funciones de la ocupación declarada y siempre que dicha incapacidad le sobreviniere dentro de los treinta (30) días siguientes a la ocurrencia del accidente, la Empresa de Seguros pagará al Asegurado, la indemnización semanal indicada en el Cuadro Póliza, mientras subsista la mencionada incapacidad, pero sin exceder de ciento cuatro (104) semanas.

Si el Asegurado puede desarrollar en parte las actividades de su ocupación habitual, la indemnización correspondiente a este beneficio se reduce al sesenta por ciento (60%) de la indemnización semanal indicada en el Cuadro Póliza, mientras subsista la incapacidad, pero sin exceder de cincuenta y cuatro (54) semanas.

3.4 BENEFICIO ACUMULATIVO

La suma asegurada pagadera bajo la cobertura de las cláusulas 2.1 (Muerte Accidental), 2.2 (Incapacidad Permanente), 3.2 (Gastos Funerarios) aumentará cada año, a partir de la primera fecha anual de renovación y durante cinco (5) años, en el porcentaje de incremento indicado en el Cuadro Póliza aplicado sobre la suma asegurada inicial.

Cuando se produzcan aumentos de suma asegurada a solicitud del Asegurado durante la vigencia de la Póliza, el beneficio de incremento estipulado en esta cobertura correspondiente a dichos aumentos, se aplicará a partir de la segunda renovación posterior al aumento en cuestión. Si el aumento coincide con la fecha de renovación, el beneficio de incremento se hará efectivo en la próxima renovación de la Póliza.

CLÁUSULA 4 COBERTURA EN HORARIO LABORAL

El Tomador podrá optar por coberturas restringidas que sólo amparan cuando el Asegurado sufre un accidente en horario laboral.

CLÁUSULA 5 PERSONAS ASEGURABLES

Son asegurables las siguientes personas:

Asegurado Titular:

1. Podrá suscribir la presente Póliza como Asegurado Titular, toda persona mayor de dieciocho (18) años de edad y menor de sesenta y cinco (65) años de edad, siempre que sea residente de la República Bolivariana de Venezuela.

Familiares:

2. Cónyuge del Asegurado Titular o quien conviva con él en tal calidad, siempre y cuando al momento de suscribirse este seguro sea menor de sesenta y cinco (65) años y siempre que sea residente en la República Bolivariana de Venezuela.

3. Hijos del Asegurado Titular o de su cónyuge inscrito en la Póliza, que convivan y dependan económicamente de él, siempre y cuando al momento de su inclusión en la Póliza sean menores de veinticinco (25) años, y siempre que sea residente de la República Bolivariana de Venezuela.

CLÁUSULA 6 SOLICITUDES Y CERTIFICADOS INDIVIDUALES

Cada Asegurado Titular para ingresar en esta Póliza deberá llenar una Solicitud de Seguros en la que hará constar: sus datos personales y la de sus familiares a asegurar. Igualmente lo hará al incluir o excluir cualquier familiar, en cuyo caso, se deberá enviar la Solicitud de Seguros a la Empresa de Seguros en un plazo de quince (15) días hábiles, contados a partir de la fecha de elegibilidad (nacimientos, nupcias, entre otros). Cuando la Empresa de Seguros acepte la Solicitud de Seguros presentada, emitirá un Certificado Individual donde se hará constar además de los datos del Asegurado Titular, los de sus familiares amparados, así como las características del seguro contratado.

CLÁUSULA 7 INGRESOS Y EGRESOS DE ASEGURADOS

El Tomador se obliga a enviar a la Empresa de Seguros la relación de solicitudes de seguros de ingresos y la relación de egresos de Asegurados que se produzcan en la Póliza.

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 de la fecha de ingreso del Asegurado en la Póliza.

Con respecto a los Asegurados que se retiren del seguro antes de la fecha de vencimiento del mismo, la Empresa de Seguros calculará la Prima del período que falte por transcurrir hasta el próximo vencimiento de la Póliza, de forma análoga al caso anterior.

Según sea procedente, la Empresa de Seguros cobrará o devolverá al Tomador el monto del ajuste de Prima por ingresos y egresos de Asegurados de la Póliza, mediante la emisión y entrega del recibo de Prima correspondiente. Dicho recibo estará soportado con una relación actualizada de Asegurados acompañada para los ingresos de los certificados individuales de seguro.

CLÁUSULA 8 FECHA DE EFECTIVIDAD DEL SEGURO

La fecha efectiva de comienzo de esta Póliza será:

1. Para los Asegurados Titulares:

- a) En la fecha de otorgamiento de este contrato, para el grupo inicial.
- b) La fecha de recepción de la Solicitud de Seguros, para los nuevos integrantes del Colectivo, siempre que dicha solicitud de inscripción en este seguro se realice ante la Empresa de Seguros dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de admisión definitiva por el Tomador. En el entendido, que los nuevos integrantes de la organización del Tomador, sólo podrán inscribirse en el seguro cuando pasen a desempeñar labores regulares o sean admitidos definitivamente como integrantes del Colectivo; cumplidas estas condiciones las coberturas que proporciona esta Póliza serán de aplicación inmediata.

2. Para los familiares

- a) En la fecha de otorgamiento de este contrato, para el grupo inicial.

- b) La fecha de recepción de la Solicitud de Seguros, para los nuevos integrantes del Colectivo, siempre que dicha solicitud de inscripción en este seguro se realice ante la Empresa de Seguros dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de admisión definitiva del Asegurado Titular en la organización del Tomador.
- c) La fecha en que el Asegurado Titular contraiga nupcias o tenga el nacimiento o la adopción de un hijo, siempre y cuando, la inclusión en este seguro se realice a más tardar dentro de los siguientes treinta (30) días continuos de haber ocurrido el evento.

Todas aquellas personas asegurables que no hayan sido incluidas en este seguro en los plazos establecidos anteriormente, podrán ser aceptadas por la Empresa de Seguros en cualquier momento, sujetas a los Plazos de Espera y demás condiciones y restricciones establecidas en esta Póliza.

CLÁUSULA 9 TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA CADA ASEGURADO

Este seguro terminará para el Asegurado Titular y/o Familiares:

1. Cuando no se pague la prima de seguro correspondiente en la fecha, forma y frecuencia convenida
2. Cuando así lo decida el Tomador o el Asegurado Titular.
3. Al finalizar el año póliza cuando el Asegurado cumpla la edad de setenta y cinco (75) años.
4. Cuando culmine la relación laboral del Asegurado Titular con el Tomador.

En todos los casos citados en este artículo, la Empresa de Seguros solo reintegrará la prima no consumida, si corresponde.

CLÁUSULA 10 PAGO DE PRIMAS Y FRECUENCIA DE PAGO

Las primas correspondientes a este seguro son pagaderas anualmente o en cualquier otra modalidad que el Tomador acuerde con la Empresa de Seguros y debe ser pagada en efectivo y en las oficinas de la Empresa de Seguros.

La Empresa de Seguros no está obligada a cobrar las primas a domicilio ni a dar avisos de su vencimiento y si lo hiciere no sentará precedente de obligación y podrá suspender esta gestión en cualquier momento sin previo aviso.

La prima que ha de pagar el Tomador se determinará basándose en la tarifa de prima vigente para el momento de la suscripción de la Póliza y en atención al número de Asegurados especificados en las Solicitudes de Seguros de los integrantes del colectivo que inicialmente ingresen al seguro. Posteriormente y según sea la frecuencia de pago de la prima, se harán los ajustes de primas correspondientes tomando en cuenta los ingresos y egresos de Asegurados Titulares y Familiares. A tal efecto la Empresa de Seguros emitirá el recibo de prima correspondiente con una relación de los Asegurados Titulares y Familiares amparados. Para los casos de renovación, la Empresa de Seguros podrá realizar ajustes de primas por actualización de sumas aseguradas que haya acordado con el Tomador o por actualización de tarifas; en los casos en que la actualización de sumas aseguradas sea por parte de la Empresa de Seguros y haya sido aceptadas por el Tomador, serán respetados los derechos de antigüedad, estos cambios serán comunicados por escrito al Tomador con un plazo mínimo de un (1) mes antes de la renovación.

Cualquier devolución de prima que la Empresa de Seguros haga, será pagada directamente al Tomador, quien se encargará de efectuar la distribución que corresponda a los Asegurados Titulares.

CLÁUSULA 11 PRESENTACION DE RECLAMO

Las reclamaciones según la presente Póliza, se procesarán sobre la base de la presentación de los documentos originales concernientes a servicios expresamente cubiertos por esta Póliza. Para tramitar un reclamo ante la Empresa de Seguros, el Tomador, el Asegurado Titular, o el Beneficiario deberá(n):

- a) En los casos de reclamaciones hechas por reembolso, dar aviso por escrito a la ASEGURADORA inmediatamente ó a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de haber conocido la ocurrencia del siniestro, indicando la existencia de cualquier otro contrato de seguro sobre los mismos riesgos cubiertos por esta Póliza.
- b) Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del fallecimiento del Asegurado, presentar en original y fotocopia los siguientes recaudos:

En caso de Muerte Accidental:

- a) Cédula de identidad del asegurado.
- b) Acta de defunción del asegurado.
- c) Certificado de la medicatura forense (si fuere el caso): "Certificación de defunción" en la que conste la causa de la muerte y el número de la cédula con la que fue identificado el cuerpo.
- d) Autorización del Juez del Tribunal del niño, niña y del adolescente, nombrando a la persona que deberá retirar la prestación correspondiente, cuando los Beneficiarios sean niños, niñas y adolescentes.
- e) Declaración de herederos legales, si no hubiere otros Beneficiarios designados.
- f) Registro de nacimiento o documentos de identidad de los Beneficiarios o heredero(s) legal(es).
- g) Planilla de declaración de siniestro completamente contestada y firmada por los Beneficiarios.
- h) Informe de la autoridad competente que intervino en el accidente (si fuese el caso).
- i) Informe médico detallado.
- j) En los casos de desaparición del Asegurado se aplicará lo dispuesto en el Libro Primero "De las Personas, Título XII de los no presentes y de los ausentes, del Código Civil de la República Bolivariana de Venezuela.

En caso de Incapacidad:

Informe del Médico tratante, en el cual conste el grado de Invalidez o Incapacidad y duración de la incapacidad del Asegurado.

En caso de Gastos Médicos:

Planilla de aviso de declaración e informe de siniestro.

- a) Facturas de los gastos incurridos emitida por el Centro Clínico u Hospitalario con sus respectivos récipes médicos.
- b) Ordenes de exámenes practicados con sus respectivos resultados.
- c) Informe médico detallado.

Documentación Adicional:

- a) La Empresa de Seguros podrá solicitar documentos adicionales a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad adicional. Dicha solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó, a satisfacción de la Empresa de Seguros, el último de los documentos requeridos en párrafo anterior. En este caso, se establece un plazo de diez (10) días hábiles para la presentación de los recaudos solicitados por la Empresa de Seguros, contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos.

- b) En caso de gastos incurridos en el exterior, toda la documentación a presentar debe ser autenticada en el Consulado de la República Bolivariana de Venezuela que se encuentre en el país donde se originó el gasto y, el pago de los servicios causados será reembolsado, en moneda de curso legal y considerando el cambio oficial de la fecha del pago.

CLÁUSULA 12 OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO y BENEFICIARIO.

1. El Asegurado Titular y el Tomador deberán llenar la Solicitud de Seguros y declarar con sinceridad todas las circunstancias necesarias hechas por la Empresa de Seguros, para apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en este contrato.
2. El Asegurado deberá prestar toda la colaboración para facilitar la realización de los trámites necesarios para determinar y calcular la indemnización.
3. El Tomador deberá pagar la prima en la forma, frecuencia y tiempo convenido, en el Cuadro Póliza.
4. El Asegurado o el Beneficiario deberá emplear el cuidado de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro.
5. El Asegurado o el Beneficiario, en caso de siniestro, deberá tomar las medidas necesarias para conservar las evidencias y pruebas que demuestren el hecho.
6. El Asegurado, el Tomador o el Beneficiario deberá hacer saber por escrito a la Empresa de Seguros, el advenimiento de cualquier incidente que afecte su responsabilidad, expresando claramente las causas y circunstancias de lo ocurrido.
7. El Asegurado, o el Beneficiario deberá probar la ocurrencia del siniestro.
8. El Asegurado, o el Beneficiario deberá certificar la exactitud de su reclamación y de cuantos aspectos estén consignados en la misma.
9. El Asegurado deberá autorizar al Médico Tratante y al Centro Clínico u Hospitalario para dar información acerca de su estado físico, historia clínica y demás circunstancias que originaron la reclamación, relevándolos de guardar el secreto médico.
10. El Tomador, Asegurado y el Beneficiario deberán cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran la Póliza.

CLÁUSULA 13 EXCLUSIONES

La Empresa de Seguros no indemnizará el pago de ningún beneficio en caso de fallecimiento del Asegurado en cualquiera de los casos siguientes:

1. Suicidio del Asegurado ocurrido dentro del primer año de vigencia del contrato de seguro. El plazo de un (1) año se contará a partir de la fecha de inicio de duración del contrato. En caso de haberse efectuado algún aumento de Suma Asegurada, el plazo de un (1) año se comenzará a contar a partir de la fecha de dicho aumento y lo establecido en este numeral se aplicará únicamente al monto del incremento.
2. Como consecuencia o se de en el curso de: guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra intestina, guerra civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación de estado de excepción, acto de terrorismo o cualquier acto de cualquier persona que

- actué 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.
3. Como consecuencia o se de en el curso de motín, conmoción civil, disturbios populares, disturbios laborales y daños maliciosos.
 4. Como consecuencia de: movimientos sísmicos, inundaciones, tormenta, huracán, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos, así como cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o extraordinario, o de acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados por las autoridades competentes como de "catástrofe o calamidad nacional".
 5. Por Enfermedades Epidémicas declaradas como tales por las autoridades competentes.
 6. Por Contaminación Radioactiva.
 7. Por Accidentes y sus consecuencias, sufridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza.
 8. Por lesiones sufridas por el Asegurado infringidas directamente por el o los Beneficiarios de la Póliza, homicidio o tentativa de homicidio, quedando a salvo el derecho de los Beneficiarios que no participaron en el hecho.
 9. Por participación activa del Asegurado en actos delictivos, riñas y alteraciones de orden público.
 10. Por Accidentes y sus consecuencias por el uso de vehículos de motor o animales de cualquier tipo de competencia.
 11. Lesiones a consecuencia de la práctica de: 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 empleo de aparatos respiratorios, deporte submarino, surfing, vela, bicicleta de montaña, coleo, rodeo, deportes aéreos y náuticos en general.
 12. Como consecuencia de viajes en cualquier tipo de aeronave donde el Asegurado no viaje en calidad de pasajero y/o viaje en aeronaves militares y/o entre aeropuertos no registrados.
 13. Por Accidentes ocurridos bajo la influencia del alcohol, drogas estupefacientes o psicotrópicas.
 14. Por descensos en paracaídas no exigidos por situación de aeronave.
 15. Mientras se encuentre prestando servicio como miembro de alguna unidad policíaca o militar.

CLÁUSULA 14 OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD

La Empresa de Seguros no pagará la indemnización cuando el Tomador, Asegurado o el Beneficiario:

1. Causare(n) o provocare(n) intencionalmente el siniestro o fuese(n) cómplice del hecho. En el supuesto de que el Beneficiario cause dolosamente el daño quedará nula la designación hecha a su favor.
2. Sin el consentimiento de ella y sin haber evaluado el siniestro, efectúen cambios o modificaciones a las pruebas o evidencias que pueda hacer más difícil o imposible la determinación de la causa del siniestro, siempre que tal cambio o modificación no se imponga a favor del interés público o para evitar que sobrevenga un daño mayor.
3. Incumpliere cualquiera de las obligaciones establecidas en las cláusulas 12 (Obligaciones del Tomador, Asegurado y Beneficiario) y 11 (Presentación de Reclamo)

de estas Condiciones Particulares, a menos que el incumplimiento se deba a causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario u otra que lo exonere de responsabilidad.

4. Infrinja las leyes como Código Penal, Ley Orgánica de Protección del niño, niña y del adolescente, vigentes en la República Bolivariana de Venezuela o leyes similares en cualquier otro país donde ocurran por parte del Asegurado, siempre y cuando tal infracción constituya un delito en el País que ocurra.

EL TOMADOR

LA EMPRESA DE SEGUROS