



Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 96

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE SERVICIOS FUNERARIOS

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 COLECTIVO DE SERVICIOS FUNERARIOS 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 el costo del servicio funerario contratado por la pérdida de la vida del Asegurado y hasta por la suma asegurada indicada como límite en el Cuadro Póliza.

CLÁUSULA 2 DEFINICIONES

EMPRESA DE SEGUROS: Seguros Constitución, 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 Familiares.

ASEGURADO TITULAR: Es la persona natural indicada como tal en el Cuadro Póliza y que tenga una relación laboral con el Tomador.

FAMILIARES: Son aquellas personas que tiene un vínculo con el Asegurado Titular y 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. El Asegurado Titular será el Beneficiario de sus familiares inscritos en la Póliza.

DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGUROS: Las Condiciones

Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, el 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, firma del representante de la Empresa de Seguros, el carácter con el que actúa y los datos del documento en donde consta su representación y firma del 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, en la oportunidad pactada en el Cuadro Póliza.

SOLICITUD DE SEGUROS: Es el documento contestado por el Tomador y el Asegurado Titular, 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 Titular, 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 Titular 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 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 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 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 Titular, 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 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 Titular o el Beneficiario haya entregado todos los recaudos requeridos que se indican en la Cláusula 7 (Presentación de Reclamos) de las Condiciones Particulares de esta Póliza.

CLÁUSULA 10 RECHAZO DEL SINIESTRO

El Asegurado Titular 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 11 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 12 CADUCIDAD DE ACCIONES

El Tomador, el Asegurado Titular 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:

- a) En caso de rechazo del siniestro, un (1) año contado a partir de la fecha del rechazo.
- b) 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.
- c) En caso de inconformidad con el servicio recibido, un (1) año contado a partir de la fecha en que se prestó el servicio.

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 13 TERMINACIÓN DEL CONTRATO

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

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.

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 la Prima correspondiente al Asegurado fallecido.

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 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 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 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 17 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.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 96

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 que le ocasione la muerte.

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.

PLAZO DE ESPERA: Es aquel período, dentro de la vigencia de la cobertura de este contrato de seguro, durante el cual la Empresa de Seguros no cubre determinados riesgos.

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

La Empresa de Seguros se compromete a pagar los gastos incurridos por concepto de la prestación del Servicio Funerario a quien demuestre fehacientemente haber pagado los gastos hasta la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza; todo esto como consecuencia del fallecimiento del Asegurado, siempre y cuando, el siniestro se encuentre cubierto por esta Póliza.

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.

CLÁUSULA 3 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 la persona con quien mantenga unión estable de hecho, 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.

4. Padres del Asegurado Titular o de su Cónyuge, que convivan y dependan económicamente de alguno de éstos, siempre y cuando al momento de suscribirse este seguro sea menor de sesenta y cinco (65) años y siempre que sea residente de la República Bolivariana de Venezuela.

CLÁUSULA 4 PLAZO DE ESPERA

Este plazo comenzará a contarse a partir de la fecha efectiva de perfeccionamiento del contrato, inclusión de un nuevo Asegurado o aumento de suma asegurada. Para el aumento de suma asegurada, el plazo de espera sólo se aplicará para la diferencia de suma asegurada.

Se establecen los siguientes Plazos de Espera:

1. En caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un accidente.... **Sin Plazo de Espera.**
2. En caso de fallecimiento del Asegurado por cualquier otra causa.....**Cuatro (4) meses.**

CLÁUSULA 5 EDAD Y DECLARACIÓN INEXACTA DE LA EDAD

La Empresa de Seguros tiene derecho a exigir pruebas satisfactorias de la edad del Asegurado. Para todos los efectos de este contrato de seguro, la edad del Asegurado es la edad cronológica alcanzada para la fecha de su inclusión en la Póliza, o a la fecha de renovación de la misma, cumpliendo años sucesivamente en cada aniversario de dicha fecha. En caso de inexactitud de buena fe en la edad del Asegurado y si ésta estuviere dentro de los límites de admisibilidad de la Empresa de Seguros, se aplicará lo siguiente:

1. Si la edad del Asegurado resultare mayor de la declarada y estuviera fuera del intervalo que le corresponde, la obligación de la Empresa de Seguros se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa correspondiente para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
2. Si la Empresa de Seguros hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado demás conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los respectivos intereses.
3. Si la edad del Asegurado resultare menor que la declarada y estuviera fuera del intervalo que le corresponde, la Empresa de Seguros devolverá el exceso de primas cobradas al Asegurado o al Beneficiario en caso de fallecimiento del Asegurado, sin intereses.
4. Si después de la muerte del Asegurado se descubriere que la edad declarada en la solicitud fue incorrecta, la Empresa de Seguros pagará al Beneficiario la suma que por las primas pagadas corresponda a la edad real del Asegurado.

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 INCLUSIÓN DE FAMILIARES

Las personas asegurables que no hayan sido inscritas en la Póliza al momento de la formalización de la misma, podrán inscribirse en cualquier momento, comenzando la cobertura de seguro desde el momento en que se reciba la Solicitud de Seguros y la Empresa de Seguros la haya aceptado. Los nuevos Asegurados estarán sujetos a las condiciones y restricciones establecidas en esta Póliza. Se establece cobertura automática para los hijos del Asegurado Titular que nazcan durante la vigencia de la Póliza, siempre y cuando se haga la solicitud formal de inscripción a más tardar, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de nacimiento.

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 FORMA DE LA INDEMNIZACIÓN

La Empresa de Seguros pagará la indemnización que corresponda bajo cualquiera de las siguientes opciones:

Pago directo al Proveedor del Servicio:

Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, La Empresa de Seguros podrá otorgar una clave de acceso y hacer un pago directo a la funeraria. Corresponderá a la funeraria comunicarse con la Empresa de Seguros y enviar toda la documentación inherente a los gastos por los servicios funerarios a ser prestados al Asegurado fallecido.

Pago contra reembolso:

Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, La Empresa de Seguros indemnizará a quien demuestre fehacientemente haber pagado los gastos por servicios funerarios a ser prestados al Asegurado fallecido.

Pago de la Diferencia:

En caso de que los gastos por la prestación del Servicio Funerario sea menor a la suma asegurada contratada, la Empresa de Seguros pagará 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.

CLÁUSULA 12 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 Asegurado Titular, o el Beneficiario deberá(n):

1. En los casos de reclamaciones hechas por reembolso, dar aviso por escrito a la Empresa de Seguros dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de haber conocido la ocurrencia del siniestro.

2. 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 Natural:

a) Cédula de identidad del Asegurado.

b) Acta de defunción del Asegurado.

c) Declaración del médico que atendió al Asegurado.

d) 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.

e) 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 niño, niña o adolescente.

f) Declaración de herederos legales, si no hubiere otros Beneficiarios designados.

g) Registro de nacimiento o documentos de identidad de los Beneficiarios o heredero(s) legal(es).

h) Planilla de declaración de siniestro completamente contestada y firmada por los Beneficiarios.

En caso de Muerte Accidental:

- a) Los documentos anteriormente señalados para el caso de muerte natural.
- b) Carta narrativa de las circunstancias de cómo se produjo el siniestro, indicando lugar y hora.
- c) Informe de la autoridad competente que intervino en el accidente (si fuese el caso).
- d) Informe médico detallado.
- e) 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.

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 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 para la venta de la fecha del pago.

CLÁUSULA 13 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 Titular 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 Titular, o el Beneficiario deberá probar la ocurrencia del siniestro.
8. El Asegurado Titular, o el Beneficiario deberá certificar la exactitud de su reclamación y de cuantos aspectos estén consignados en la misma.
9. El Asegurado autoriza 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 14 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. Por Contaminación Radioactiva.
4. 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.
5. Por participación activa del Asegurado en actos delictivos, riñas y alteraciones de orden público.
6. 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.
7. Mientras se encuentre prestando servicio como miembro de alguna unidad policíaca o militar.

CLÁUSULA 15 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. Incumpliere cualquiera de las obligaciones establecidas en las cláusulas 13 (Obligaciones del Tomador, Asegurado y Beneficiario) y 12 (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.
3. 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

Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N° 11421 de fecha 06/12/2006