



Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 96

## PÓLIZA DE VIDA COLECTIVA

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 VIDA COLECTIVA

## CONDICIONES GENERALES

### CLÁUSULA 1.- OBJETO DEL SEGURO

Mediante este seguro de Persona, **Seguros Constitución, C.A.**, se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, y a pagar al Asegurado o Beneficiario una prestación en dinero por la Suma Asegurada establecida como límite en el Cuadro Recibo Póliza de esta Póliza, en el caso del eventual fallecimiento del Asegurado cubierto por esta Póliza.

### CLÁUSULA 2.- DEFINICIONES

**Empresa de Seguros:** Seguros Constitución, C.A.

**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 si misma está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las Condiciones Particulares y Anexos de la presente Póliza, si los hubiere.

**Beneficiario:** Persona natural o jurídica a favor de quien se ha establecido la prestación en dinero que deba pagar la Empresa de Seguros.

**Año-Póliza:** Periodo correspondiente a un año, que comienza a partir de la vigencia de 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 Recibo Póliza, Certificados Individuales de Seguro y los Anexos que se emitan para complementarla o modificarla.

**Cuadro Recibo Póliza:** Documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: número de la Póliza, nombre del Tomador, Asegurado y Beneficiarios, identificación completa de la Empresa de Seguros, de su representante y su domicilio principal, dirección del Tomador, dirección de cobro, nombre del intermediario de seguros, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma, frecuencia y lugar de pago, fecha de ingreso, fecha de emisión, período de vigencia de la Póliza, vigencia del recibo, firma de la Empresa de Seguros y del Tomador y demás datos relativos a este seguro.

**Certificado Individual de Seguro:** Documento donde se indican los datos particulares de la Póliza y los que correspondan a cada uno de los Asegurados.

Contiene como mínimo la siguiente información: número de la Póliza, número de certificado, identificación completa de la Empresa de Seguros, Tomador, Asegurado y Beneficiarios, riesgos cubiertos, suma asegurada, periodo de vigencia de la Póliza y del certificado, y firma de la Empresa de Seguros y del Tomador.

**Condiciones Particulares:** Aquellas que contemplan aspectos concretos y relativos al riesgo que se asegura.

**Prima:** Contraprestación, pagadera en dinero, que el Tomador debe pagar a la Empresa de Seguros, por razón del contrato de Póliza y en la oportunidad pactada en la misma.

**Suma Asegurada:** Monto que la Empresa de Seguros pagará al Beneficiario en caso de siniestro cubierto por la Póliza, y que está indicado en la Solicitud de Seguro, en el Cuadro Recibo Póliza y en el Certificado Individual de Seguro.

**Plan:** Documento comercial que identifica a una opción específica de cobertura

### **CLÁUSULA 3.- EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

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

- 1. Si el Tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios.**
- 2. Si el Tomador o el Beneficiario no notificare el siniestro dentro de los quince (15) días hábiles siguientes de haber tenido conocimiento de la ocurrencia del mismo, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario.**
- 3. Si el Tomador o los Beneficiarios no pudiesen probar la ocurrencia del siniestro.**
- 4. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares y Anexos de la Póliza.**

### **CLÁUSULA 4.- VIGENCIA DE LA PÓLIZA**

La Empresa de Seguros asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de la celebración del contrato de seguro, lo cual se producirá una vez que el Tomador notifique su consentimiento a la proposición formulada por la Empresa de Seguros o cuando ésta participe su aceptación a la solicitud efectuada por el Tomador, según corresponda. En todo caso, la vigencia de la Póliza se hará constar en el Cuadro Recibo Póliza, con indicación de la fecha en que se emita, la hora y día de su iniciación y vencimiento.

### **CLÁUSULA 5.- PRIMAS**

El Tomador debe la Prima desde el momento de la celebración del contrato, pero aquélla no será exigible sino contra la entrega por parte de la Empresa de Seguros de la Póliza, del Cuadro Recibo 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.

La Prima de la presente Póliza será por períodos anuales.

La Prima pagada en exceso no dará lugar a responsabilidad alguna por parte de la Empresa de Seguros por dicho exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses de dichas Primas.

#### **CLÁUSULA 6.- DURACIÓN Y RENOVACIÓN**

La Póliza tendrá una duración de un (1) año a partir de la fecha de emisión y podrá ser renovada por un período de un (1) año mediante el pago de la Prima correspondiente sin necesidad de emitir una nueva Póliza.

La renovación 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 consta en la Póliza, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso.

Para la emisión o renovación de la Póliza será condición indispensable que el número de Asegurados en la misma sea igual o superior a veinte (20)

#### **CLÁUSULA 7.- PLAZO DE GRACIA**

La Empresa de Seguros concede un plazo de gracia para el pago de la Prima 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 el fallecimiento del Asegurado, la Empresa de Seguros tendrá la obligación de pagar la prestación en dinero correspondiente a los Beneficiarios designados por el Asegurado, previa deducción de la Prima pendiente de pago.

Si una vez transcurrido el Plazo de Gracia, el Tomador no hubiere pagado la Prima correspondiente, la presente Póliza Colectiva de Vida quedará nula y sin efecto.

#### **CLÁUSULA 8.- EDAD E INEXACTITUD DE LA EDAD**

La edad del Asegurado será calculada de acuerdo a la fecha de nacimiento que aparezca en su cédula de identidad, partida de nacimiento o cualquiera de los demás medios permitidos por la Ley para tales fines.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, sin que se demuestre que hubo dolo o mala fe, la Empresa de Seguros no podrá resolver unilateralmente el contrato a menos que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Empresa de Seguros en la Cláusula 7 "CALCULO DE LA PRIMA" de las Condiciones Particulares, pero en este caso se devolverá al Asegurado la prima no consumida, en caso de que existiere.

Si la edad del Asegurado estuviese comprendida dentro de los límites de edad establecidos por la Empresa de Seguros, se aplicarán las reglas siguientes:

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Empresa de Seguros se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- b) 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 de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.

- c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Empresa de Seguros estará obligada a reembolsar el exceso de las primas percibidas. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad real.
- d) Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Empresa de Seguros estará obligada a pagar al Beneficiario la suma que por las primas pagadas corresponda de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige la presente Cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

### **CLÁUSULA 9.- BENEFICIARIOS**

El Asegurado tiene el derecho de designar en la Solicitud de Seguro a su Beneficiario; si la designación se hace a favor de varios Beneficiarios, la prestación convenida se distribuirá, salvo convención en contrario, en partes iguales.

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

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

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

Si la designación se hace a favor de los herederos del Asegurado sin mayor especificación, se consideran como Beneficiarios aquellos que tengan la condición de herederos legales, para el momento del fallecimiento del Asegurado.

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

En el caso de que los Beneficiarios fueren herederos legales del Asegurado, la Empresa de Seguros queda autorizada por éste a pagar el monto del seguro a aquellos herederos que hubieren comprobado tal carácter durante los noventa (90) días subsiguientes a la muerte del Asegurado, considerando a éstos como sus Beneficiarios y quedando exento de toda responsabilidad la Empresa de Seguros para con sus herederos que no hayan concurrido dentro del plazo señalado a comprobar su calidad de herederos.

El Asegurado tiene derecho en cualquier momento de cambiar de Beneficiarios.

El Tomador de la presente Póliza puede ser Beneficiario del Asegurado cuando tenga un interés económico lícito respecto de la vida de éste, en la medida del perjuicio concreto.

#### **CLÁUSULA 10.- 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 la Póliza será calculado a prorrata, por el período que falte por transcurrir hasta el próximo vencimiento de la prima, contado a partir del comienzo del mes Póliza de ingreso, si el ingreso se efectuó en la primera quincena del mismo, o contado a partir del inicio del mes siguiente, si el ingreso se efectuó en la segunda quincena del mes Póliza de ingreso. En el certificado individual de seguro constará la fecha de inicio de la cobertura para cada Asegurado, siendo la fecha de término la misma de la Póliza.

Con respecto a los Asegurados que se retiren del seguro antes de la fecha de vencimiento del mismo, la Empresa de Seguros calculará la prima del período que falte por transcurrir para el vencimiento de la prima, 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 o egresos de Asegurados de la Póliza, mediante la emisión y entrega del Cuadro Recio Póliza correspondiente. Dicho Cuadro Recibo Póliza estará soportado por una relación actualizada de Asegurados acompañada para los ingresos de los certificados individuales de seguro.

#### **CLÁUSULA 11.- DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD DE SEGURO**

La Empresa de Seguros deberá participar al Tomador, en un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la Solicitud de Seguros, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver la Póliza mediante comunicación dirigida al Tomador, en el plazo de un (1) mes contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el Tomador o el Asegurado Titular. En caso de resolución ésta se producirá a partir del decimosexto (16°) día siguiente a su notificación, siempre y cuando la devolución de la Prima correspondiente se encuentre a disposición del Tomador en la caja de la Empresa de Seguros. Corresponderán a la Empresa de Seguros las Primas relativas al período transcurrido hasta el momento en que haga esta notificación. La Empresa de Seguros no podrá resolver la Póliza cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que la Empresa de Seguros haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiese establecido de haber conocido la verdadera identidad del riesgo.

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

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador 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 12.- PAGO DE LA PRESTACIÓN**

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

La prestación en dinero deberá ser entregada al Beneficiario, en cumplimiento de la Póliza, aun contra las reclamaciones de los herederos legítimos y acreedores de cualquier clase del Asegurado. Unos y otros podrán, sin embargo, exigir al Beneficiario el pago de una cantidad equivalente al importe de las primas abonadas por el Tomador, en caso de que se demuestre que se ha efectuado en fraude de sus derechos.

#### **CLÁUSULA 13.- RECHAZO DEL SINIESTRO**

La Empresa de Seguros deberá notificar por escrito a los Beneficiarios dentro del plazo señalado en la cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo total de la indemnización exigida. Esta obligación existirá también cuando la Empresa de Seguros pague sólo parte de la indemnización reclamada por los Beneficiarios.

#### **CLÁUSULA 14.- TERMINACIÓN DEL CONTRATO**

Este contrato de seguro podrá darse por terminado en el siguiente caso:

1. Si a la Empresa de Seguros le fuere cancelada la autorización para operar en el ramo de vida. Esta terminación se producirá a partir del día hábil siguiente al de la recepción de la notificación de terminación enviada por el Tomador o de cualquier fecha posterior que señale en la misma. La devolución de prima a que hubiere lugar deberá estar a disposición del Tomador dentro de los quince (15) días continuos siguientes a la notificación.

Si la anulación de la póliza se efectúa a solicitud del Tomador o del Asegurado, la Empresa de Seguros deberá devolver la fracción de prima correspondiente al período que falte por transcurrir, deduciendo la comisión correspondiente a tal período. Si la anulación se efectúa por decisión de la Empresa de Seguros, ésta devolverá al Tomador la fracción de prima correspondiente al período por transcurrir.

La terminación del contrato se efectuará sin perjuicio del derecho del beneficiario a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación.

#### **CLÁUSULA 15.- ARBITRAJE**

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la Póliza. La tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil.

El Superintendente de Seguros actuará directamente o a través de los funcionarios que designe como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo

acuerdo entre ambas partes, con motivo de divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la Póliza. Las partes fijarán el procedimiento a seguir; en caso contrario se aplicará el procedimiento previsto en la ley que rige la materia de arbitraje. En este caso, la decisión deberá ser adoptada en un plazo que no exceda de treinta (30) días hábiles una vez finalizado el lapso probatorio. El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

#### **CLÁUSULA 16.- CADUCIDAD**

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

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

Cuando el Asegurado haya sido declarado ausente por un tribunal competente, se aplicarán los procedimientos y plazos previstos en el Código Civil de la República Bolivariana de Venezuela.

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 17.- 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 la República Bolivariana 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 18.- 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 5° "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 Cuadro Recibo Póliza, en el que se modifique la Suma Asegurada, y por parte del Tomador mediante comunicación escrita o por el pago de la diferencia de Prima correspondiente, si la hubiere.



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

**CLÁUSULA 19.- AVISOS**

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

**CLÁUSULA 20.- DOMICILIO**

Para todos los efectos de este contrato, sus derivados y consecuencias, las partes eligen como domicilio especial, único, exclusivo y excluyente de cualquier otro, la ciudad donde se celebró el contrato de seguro, a la jurisdicción de cuyos tribunales declaran expresamente someterse las partes.

---

**El Tomador**

---

**por la Empresa de Seguros**

## CONDICIONES PARTICULARES

### CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES ESPECÍFICAS

**Grupo:** Conjunto de personas que mantienen con el Tomador una relación laboral, profesional gremial, sindical o de cualquier otro tipo, siempre y cuando no esté formado por parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, los cónyuges y cualquier otra persona que viva habitualmente con el grupo familiar o aquel conjunto de personas que se constituyan con el propósito de asegurarse.

**Accidente:** Toda acción fortuita, repentina o violenta, producida por una fuerza o agente externo, independiente de la voluntad del Asegurado, que causare heridas o lesiones corporales objetivamente constatables y que puedan ser determinadas por los médicos de una manera cierta.

**Lesión:** Todo daño corporal causado exclusivamente por un hecho violento, accidental, externo y visible, ocurrido al Asegurado y que sea constatable por un médico.

**Enfermedad:** Alteración de la salud del Asegurado que origina reducción de su capacidad funcional.

**Reportes de Asegurados:** Relaciones de Asegurados donde se indica la identificación de cada uno de ellos, así como las coberturas y fecha de inicio y término de las mismas.

**Pasajero:** Persona que utiliza la aeronave 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.
- b) Los que para poder ejercer su trabajo, oficio o profesión necesiten como requisito indispensable y habitual el uso de aeronaves que no correspondan a líneas comerciales.

### CLÁUSULA 2.- RIESGOS GARANTIZADOS

La Empresa de Seguros garantiza el pago de la Suma Asegurada contratada al Beneficiario designado en caso del eventual fallecimiento del Asegurado, siempre que ocurra antes de que haya finalizado el período de vigencia estipulado en el Cuadro Recibo Póliza, cualquiera sea la causa que la produzca y el lugar donde ocurra.

### CLÁUSULA 3.- SUICIDIO

En caso de Suicidio del Asegurado ocurrido dentro del primer año de vigencia del contrato de seguro, la responsabilidad de la Empresa de Seguros quedará limitada a la devolución, al Beneficiario designado, de la prima no consumida hasta el momento del acaecimiento del suceso. En caso de haberse efectuado algún aumento de Suma Asegurada, solicitada por el Tomador o el Asegurado, el

plazo para la diferencia de suma asegurada de un (1) año, comenzará a contar a partir de la fecha de dicho aumento y la responsabilidad de la Empresa de Seguros, en caso de suicidio del Asegurado durante dicho año, quedará limitada al pago de la Suma Asegurada anteriormente contratada.

### CLÁUSULA 4.- EXCLUSIONES

La Empresa de Seguros no cubre Fallecimiento del Asegurado como consecuencia de: Reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva y hechos de guerra.

### **CLÁUSULA 5.- ELEGIBILIDAD**

Se consideran elegibles para esta Póliza de Vida Colectiva todas las personas que tengan un vínculo común con el Tomador, o relación laboral para la fecha en que la Póliza entre en vigencia.

No serán elegibles o no será grupo asegurable el formado por la familia y aquél que se constituya con el propósito de asegurarse.

A los efectos de esta Póliza forman la familia los parientes dentro del 4° grado de consanguinidad, 2° grado de afinidad, los cónyuges y cualquier otra persona que viva habitualmente con el grupo familiar.

### **CLÁUSULA 6.- CAMBIO DE PROFESIÓN O ACTIVIDAD**

En caso de existir un cambio de profesión o actividad de tal naturaleza que si hubiese existido, a la fecha de celebración de este contrato, la Empresa de Seguros sólo habría consentido este seguro mediante una prima más elevada, la prestación a su cargo será reducida proporcionalmente a la menor prima convenida comparada con la que hubiese sido fijada.

Si la Empresa de Seguros fuese notificada o tuviese conocimiento de los precitados cambios, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes deberá manifestar al Tomador si desea terminar el contrato, reducir la indemnización o elevar la prima. En caso de que la Empresa de Seguros manifieste la voluntad de terminar el contrato, siempre que ponga a disposición del Tomador la porción de prima no consumida, si los hubiere.

Si la Empresa de Seguros declara que desea modificar el contrato en uno de los sentidos arriba indicados, el Tomador, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes, deberá declarar si acepta o no la proposición.

Si el Tomador declara que no acepta la proposición, el contrato queda resuelto, salvo el derecho de la Empresa de Seguros a la prima correspondiente al período de seguro en curso que se hubiere causado.

El silencio del Tomador equivale a la aceptación de la propuesta de la Empresa de Seguros.

### **CLÁUSULA 7.- CÁLCULO DE LA PRIMA**

Para efectos del cálculo de la prima, se tomará como edad del Asegurado la edad alcanzada, a la fecha de comienzo de este seguro. Asimismo, la cobertura que ampara esta Póliza tendrá validez siempre y cuando el Asegurado tenga para el momento de contratación de la Póliza una edad comprendida entre quince (15) y noventa (90) años de edad.

Si para el momento de contratación o renovación de esta Póliza no se conocen las edades de todos los integrantes del Grupo Asegurado, la Empresa de Seguros utilizará una tasa provisional que como mínimo será la que corresponda a la edad de cuarenta y cinco (45) años por un período máximo de seis (6) meses, contado a partir de la fecha de contratación o renovación.

Cuando se tenga conocimiento de las edades de todos los integrantes del Grupo Asegurado, la Empresa de Seguros calculará la prima total multiplicando la suma asegurada de cada Asegurado por la correspondiente tasa anual de tarifa según la

edad alcanzada. La suma de las primas así obtenidas se dividirá entre el total de suma asegurada de todos los Asegurados, resultando así la tasa media del Grupo.

Una vez calculada la tasa media del Grupo para obtener la prima se utiliza el siguiente procedimiento:

1. Se determina la prima bruta anual a cobrar multiplicando la tasa media del Grupo por la suma asegurada de cada Asegurado.
2. Luego se determina el descuento, si lo hubiere, según el volumen de prima y escala de descuento según la tarifa vigente, si la hubiere.
3. Se calcula la tasa media del Grupo a cobrar neta de descuento. Esta tasa media se multiplica por la suma asegurada de cada Asegurado y se obtiene así la prima total a pagar por el Tomador.

Se cobrará o devolverá al Tomador la diferencia que llegare a existir entre la prima así calculada y la prima cobrada provisionalmente.

La tarifa a aplicar será la vigente a la fecha en que se esté realizando el cálculo de la prima.

#### **CLÁUSULA 8.- CONDICIÓN DE ASEGURABILIDAD**

Todas las personas que reúnan las condiciones que se establecen en la Cláusula 5 "Elegibilidad" de éstas Condiciones Particulares podrán quedar aseguradas a partir de la fecha en que la Póliza entre en vigencia, siempre y cuando, hayan llenado debidamente su Solicitud de Seguro, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha antes mencionadas. Las personas que comiencen a prestar sus servicios o se asocien al Tomador con posterioridad a la fecha en que entró en vigencia la Póliza y que sean elegibles, quedarán aseguradas a partir del primer día del mes siguiente a aquel en que el Tomador envió a la Empresa de Seguros la Solicitud de Seguro correspondiente.

#### **CLÁUSULA 9.- ADMINISTRACIÓN**

Corresponde al Tomador:

1. Proporcionar a la Empresa de Seguros al momento de contratar la presente Póliza y en cada renovación anual, una lista completa de todas las personas elegibles con sus respectivas Solicitudes de Seguro.
2. Proporcionar mensualmente y con diez (10) días de anticipación al final de cada mes, una lista de las nuevas admisiones que reúnan las condiciones de elegibilidad con sus respectivas Solicitudes de Seguro, así como también una lista de los egresos de los Asegurados.

#### **CLÁUSULA 10.- INDISPUTABILIDAD**

La cobertura de esta Póliza será indisputable para cada Asegurado después de que haya estado en vigor, en vida del Asegurado, por un período ininterrumpido de un (1) año de cobertura bajo la misma.

Cuando la Empresa de Seguros lo estime necesario, podrá realizar los exámenes médicos para determinar el estado de salud del Asegurado, únicamente para los casos de emisión de la Póliza o aumentos de suma asegurada.

En caso de efectuarse algún aumento de suma asegurada solicitado por el Tomador, el plazo de un (1) año se comenzará a contar a partir de la fecha de dicho aumento y lo establecido en esta Cláusula se aplicará únicamente al monto del incremento.

### **CLÁUSULA 11.- REHABILITACIÓN**

Si el Tomador no pagara la prima en la fecha de su exigibilidad y la Póliza perdiera su vigencia, la misma podrá ser rehabilitada a solicitud del Tomador, si los integrantes del Grupo Asegurado inscrito en la Póliza se encuentren en buen estado de salud. En este caso, se requiere la aceptación por parte de la Empresa de Seguros mediante un Anexo a esta Póliza, entrando de nuevo en vigor a partir del día señalado en dicho Anexo, y con sujeción a cualquier otra condición que establezca la Empresa de Seguros, previa aprobación de la Superintendencia de Seguros, en cada caso.

### **CLÁUSULA 12.- PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN**

Si el Asegurado dejare de pertenecer al Grupo Asegurado, después de haber estado amparado durante un (1) año por lo menos, podrá solicitar por escrito a la Empresa de Seguros, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de haber dejado de pertenecer al Grupo y sin ser sometido a pruebas de asegurabilidad, un Seguro de Vida Individual hasta por la misma suma asegurada que tenía en la Póliza Colectiva y por un máximo de quinientas unidades tributarias (500UT), sujeto al pago de una prima conforme a la tarifa vigente de la Empresa de Seguros, acorde con la edad alcanzada y el Plan de Seguro de Vida Individual escogido. La solicitud presentada en los términos anteriores será aceptada por la Empresa de Seguros. La Empresa de Seguros queda exceptuada de esta obligación cuando se solicite un Seguro de Vida Temporal.

### **CLÁUSULA 13.- DEVOLUCIÓN O REINTEGRO POR BUENA EXPERIENCIA**

Al finalizar la duración del seguro, igual al año Póliza y una vez el Tomador haya pagado la totalidad de la prima anual correspondiente a ese periodo, la Empresa de Seguros concederá al **Tomador**, un reintegro por experiencia favorable.

El Tomador se obliga a distribuir la devolución o el reintegro por experiencia favorable entre los Asegurados en forma proporcional a como ellos hayan contribuido con el pago de la prima.

### **CLÁUSULA 14.- NOTIFICACIÓN AL ASEGURADOR y TRÁMITES EN CASO DE RECLAMACIÓN**

Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, se deberá dar el Aviso por escrito a la Empresa de Seguros dentro de los quince (15) días hábiles continuos siguientes a la fecha en que se tuvo conocimiento del fallecimiento del mismo.

Los Beneficiarios deberán presentar a la Empresa de Seguros, dentro de los treinta (30) días hábiles continuos siguientes a la fecha en que se tuvo conocimiento del fallecimiento del mismo, el formulario denominado "Declaración de Siniestro" con todos los datos que en ella se especifican, y demás documentos exigibles por la Empresa de Seguros respecto al caso.

La Empresa de Seguros podrá requerir para el pago de la Suma Asegurada todas las pruebas que considere necesarias y legales para comprobar fehacientemente el fallecimiento y la edad del Asegurado y la identificación de los Beneficiarios, así como la presentación del original del contrato de seguro, sus Anexos, si los hubiere y el Certificado Individual de Seguro.

## **CLÁUSULA 15.- DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE UNA RECLAMACIÓN**

### **A.- INDEMNIZACIÓN POR MUERTE NATURAL**

- a) Original del **Certificado Individual de Seguro.**
- b) Partida de nacimiento y cédula de identidad del Asegurado (original y fotocopia)
- c) Acta de defunción del Asegurado (original y fotocopia)
- d) Declaración del médico que atendió al Asegurado.
- e) Certificado de la medicatura forense: "Certificación de defunción" en la que conste el tipo de muerte y el número de la cédula con la que fue identificado el cuerpo (original y fotocopia)
- f) Declaración de herederos legales, si no hubiere Beneficiarios designados
- g) Registro de nacimiento o documentos de identidad de los Beneficiarios y heredero(s) legal(es) (original y fotocopia)
- h) Planilla de declaración de siniestro completamente llena.

### **B.- INDEMNIZACIÓN POR 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 ( sí fuese el caso)
- d) Informe médico detallado

En caso que el fallecimiento ocurra en el exterior, los documentos exigidos por la Empresa de Seguros deberán ser certificados por el consulado o embajada de la República Bolivariana de Venezuela establecida en el país de ocurrencia.

Cuando la Empresa de Seguros requiera documentos razonables adicionales, podrá solicitarlos posteriormente por una sola vez y dentro de los treinta (30) días siguientes contados desde la fecha en que se entregó el último de los recaudos solicitados, y éstos deberán ser entregados a la Empresa de Seguros dentro de los treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de la solicitud.

Si no se cumpliera con los lapsos de tiempo especificados en los apartados anteriores, excepto por causa extraña no imputable a los Beneficiarios, debidamente comprobadas, se perderá todo derecho de percibir cualquier indemnización correspondiente a esta cobertura.

## **CLÁUSULA 16.- EXTENSIÓN DEL SEGURO PARA LOS JUBILADOS**

Las personas jubiladas por el Tomador podrán mantenerse dentro del grupo asegurado, por la misma suma asegurada y mediante el pago de la respectiva prima, si lo manifiesta por escrito dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de jubilación.

## **CLÁUSULA 17.- BENEFICIO DE EXENCIÓN DEL PAGO DE LA PRIMA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

Si el Asegurado llegare a inhabilitarse total y permanentemente, antes de cumplir sesenta (60) años de edad, a consecuencia de un accidente ocurrido o de una enfermedad diagnosticada mientras estuviese amparado bajo la cobertura de esta Póliza, que le impida seguir su ocupación habitual o cualquier otra de acuerdo con su

experiencia y entrenamiento, la Empresa de Seguros se compromete a pagar la prima correspondiente a la cobertura del Asegurado al momento de ocurrencia del accidente o del diagnóstico de la enfermedad, previa demostración a satisfacción de la Empresa de Seguros, del carácter permanente y total de dicha inhabilitación.

Esta indemnización se hará efectiva bajo las siguientes condiciones:

- a) Que el contrato de seguro haya estado en vigor por lo menos tres (3) meses, con anterioridad al momento de producirse la incapacidad. En caso de rehabilitación del contrato, el plazo de tres (3) meses empezará a contarse desde la fecha de rehabilitación.
- b) Que hayan transcurrido por lo menos tres (3) meses consecutivos desde la declaración médica de la incapacidad.
- c) Que la incapacidad total y permanente ocurra antes del día cuando el Asegurado cumpla sesenta (60) años de edad.
- d) Que sean presentados los informes de los médicos que hayan tratado al Asegurado desde el principio de la enfermedad o del accidente hasta que haya sido declarada la incapacidad, lo cual quedará sujeto a posteriores revisiones.
- e) Que el Asegurado autorice a los médicos que lo hubieren tratado, a suministrar al Asegurado las informaciones que éste solicite en relación con su estado de salud y condición física.
- f) Que el Asegurado no haya hecho uso del BENEFICIO DE CONVERSIÓN, previsto en la cláusula 12 de estas Condiciones Particulares.
- g) Que la continuación de la incapacidad sea notificada anualmente a la Empresa de Seguros, dentro de los tres (3) meses inmediatamente anteriores al aniversario de la inclusión del Asegurado bajo la cobertura de muerte. La Empresa de Seguros puede exigir al Asegurado incapacitado que se someta, dentro del mismo lapso a examen de dos facultativos que certifiquen que estuvo y sigue estando incapacitado totalmente y sin interrupción, desde el inicio de su incapacidad. Los gastos médicos de este examen correrán por cuenta de la Empresa de Seguros.

#### **TRAMITES PARA LA RECLAMACIÓN DE LA EXENCIÓN DE PAGO**

El Asegurado o los Beneficiarios deberán dar Aviso por escrito a la Empresa de Seguros dentro de los quince (15) días continuos posteriores a la fecha de ocurrencia del accidente o del diagnóstico de la enfermedad.

#### **TRAMITES PARA LA RECLAMACIÓN DE LA EXENCIÓN DE PAGO**

El Asegurado o los Beneficiarios deberán dar Aviso por escrito a la Empresa de Seguros dentro de los quince (15) días continuos posteriores a la fecha de ocurrencia del accidente o del diagnóstico de la enfermedad.

El Asegurado o Beneficiarios deberán presentar a la Empresa de Seguros, dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha del accidente o del diagnóstico de la enfermedad, el formulario denominado "Declaración de Siniestro" con todos los datos que en él se especifican, y demás documentos exigibles por la Empresa de Seguros respecto al caso.

En cualquier momento la Empresa de Seguros tiene el derecho de hacer examinar por su propia cuenta y por los médicos que ella designe al Asegurado; así como también de solicitar a las autoridades respectivas, centro(s) hospitalario(s) que asistieron o

atendieron al Asegurado y a los médicos que lo trataron, cualesquiera otras informaciones adicionales que estime necesarias y razonables que se requieran para la evaluación de la reclamación.

La Empresa de Seguros se reserva el derecho de exigir pruebas fehacientes de la identificación y edad del Asegurado.

Si no se cumpliera con los lapsos de tiempo especificados en los apartados anteriores, excepto por causa extraña no imputable al Asegurado o a los Beneficiarios, debidamente comprobados, se perderá todo derecho de percibir cualquier indemnización correspondiente a este beneficio.

## **DOCUMENTOS MÍNIMOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE LAS RECLAMACIONES**

- a)** Planilla de declaración de siniestro completamente llena.
- b)** Carta narrativa de las circunstancias de cómo se produjo el accidente (si fuese el caso), indicando lugar y hora.
- c)** Informe de la autoridad competente que intervino en el accidente (si fuese el caso).
- d)** Original del Certificado Individual de Seguro.
- e)** Cédula de identidad del Asegurado (original y fotocopia).
- f)** Informe médico detallado, en el cual conste el grado de Invalidez del Asegurado, si la hubiere.
- g)** Informe médico anual con detalles de la evolución de la incapacidad.

En los casos que la Empresa de Seguros requiera posteriormente documentos razonables adicionales los requerirá una sola vez, deberán ser entregados a la Empresa de Seguros dentro de los treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de la solicitud.

## **EXCLUSIONES**

**No darán derecho a indemnización las incapacidades ocasionadas por:**

- a) Suicidio o tentativa de suicidio, lesiones auto inferidas o causadas por otra persona con el consentimiento del Asegurado;**
- b) 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 del estado de excepción, acto de terrorismo o cualquier acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con cualquier organización que realice actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante terrorismo o la violencia.**
- c) Actividades submarinas o de exploración, navegación aérea, excepto en los casos en que el Asegurado se encuentre viajando como pasajero en aerolíneas comerciales con vuelos e itinerarios establecidos, horario regular y entre aeropuertos permanentes;**
- d) Participación en carreras de velocidad, apuestas o concursos o por la práctica de boxeo, lucha, montañismo, vuelo en ícaro, paracaidismo, o de deportes extremos**



- e) Accidente ocurrido en estado de embriaguez del Asegurado o mientras se encuentre bajo la influencia de estupefacientes, drogas tóxicas o heroicas no prescritas médicamente;
- f) Accidente ocurrido antes de la fecha de entrada en vigor de la presente cobertura para el Asegurado, aunque sus consecuencias se manifiesten durante la vigencia de la misma.
- g) Enfermedades corporales o mentales y lesiones con ellas relacionadas, así como también lesiones y consecuencias de intervenciones quirúrgicas o tratamientos.

**CLÁUSULA 18.- MONEDA.**

Todos los pagos hechos por el Tomador deben ser ejecutados en moneda de curso legal en el país. A su vez, es obligatorio para la Empresa de Seguros atender el cumplimiento de sus compromisos en el mismo tipo de moneda.

---

**El Tomador**

---

**Por la Empresa de Seguros**