



Seguros Caracas

RIF. J-00038923-3

PÓLIZA DE SEGURO DE

Accidentes Personales Individual

SEGUROS CARACAS, C.A., Sociedad Mercantil, domiciliada en Caracas, antes denominada Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A., e inscrita originalmente como C.A. Venezolana Seguros Caracas, por ante el Registro de Comercio que se llevaba en el Juzgado de Primera Instancia en lo Mercantil del Distrito Federal, el 12 y 19 de mayo de 1943, bajo los Nros. 2134 y 2193, modificado sus Estatutos en diversas oportunidades, las últimas de las cuales se encuentran inscritas por ante el Registro Mercantil Segundo de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda, el 09 de julio de 1999, bajo el N° 16, Tomo 189-A Sgdo., y modificada su denominación comercial por la actual mediante documentos inscritos ante la citada Oficina de Registro el 07 de febrero de 2020, bajo los N° 26 y 33, Tomo 24-A SDO., inscrita en la Superintendencia de Seguros, hoy Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 13 y ante el Registro de Información Fiscal bajo el N° J-00038923-3, representada por el ciudadano **GUSTAVO EDUARDO LUENGO DECARLI**, Venezolano, mayor de edad, domiciliado en Caracas, Distrito Capital, titular de la cédula de identidad N° **V-6.155.477**, 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

El Asegurador se compromete a asumir los riesgos indicados en este Contrato, producto de accidentes sufridos durante la vigencia del mismo, hasta la Suma Asegurada señalada en el Cuadro Póliza Recibo.

CLÁUSULA 2: DEFINICIONES GENERALES

A los efectos de este Contrato, queda expresamente convenido entre las partes que los siguientes términos tendrán los significados que se indican, siendo que el género masculino incluirá también al femenino, cuando corresponda, salvo que del texto de este Contrato se desprenda una interpretación diferente:

1. **ASEGURADO:** persona natural expuesta a los riesgos cubiertos y amparada por este Contrato. El Asegurado debe estar identificado en el Cuadro Póliza Recibo.
2. **ASEGURADO RESIDENTE:** Asegurado que vive en la República Bolivariana de Venezuela, por más de doscientos setenta (270) días acumulativos por año Póliza.
3. **ASEGURADO TITULAR:** Asegurado indicado con este carácter en el Cuadro Póliza Recibo, quien ejerce los derechos de los Asegurados ante el Asegurador.
4. **ASEGURADOR:** Seguros Caracas, C.A., quien asume los riesgos cubiertos en este Contrato.
5. **BENEFICIARIO:** persona que tiene el derecho de recibir el pago de la indemnización a que hubiere lugar. En caso de reembolso, el Asegurador pagará la indemnización al Asegurado Titular, independientemente de la persona que haya incurrido en los gastos.
6. **CONDICIONES PARTICULARES:** aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.
7. **CUADRO PÓLIZA RECIBO:** documento en el que se indica, como mínimo, la siguiente información: número del contrato, identificación completa del Asegurador y de su domicilio principal, identificación completa del Tomador, de los Asegurados y de los Beneficiarios, dirección del Tomador, dirección de cobro, dirección del Asegurado Titular, nombre del Intermediario de la Actividad Aseguradora, riesgos cubiertos, Suma Asegurada, monto de la Prima, forma de pago, vigencia del Contrato, fecha de emisión del Contrato, Deducible, si lo hubiere, y firmas del Asegurador y del Tomador.

El Cuadro Póliza Recibo será entregado al Tomador conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los Anexos, si los hubiere, y los demás documentos que formen parte integrante del contrato, así mismo estarán a disposición del Asegurado a través de medios electrónicos. En la renovación la obligación procederá para los nuevos documentos o para aquellos que hayan sido modificados.

- 8. DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO:** las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud o Cuestionario de Seguro, el Cuadro Póliza Recibo, los anexos que se emitan para complementar el contrato y los demás documentos que por su naturaleza formen parte del Contrato.
- 9. EDAD:** es la correspondiente a la fecha de cumpleaños más cercana, anterior o posterior, al momento de emisión o renovación de la Póliza.
- 10. PRIMA:** contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración de este Contrato. Salvo pacto en contrario, la prima es pagadera en dinero.
- 11. RESIDENCIA HABITUAL:** domicilio permanente del Asegurado, indicado en el Cuadro de la Póliza, el cual debe estar ubicado en la República Bolivariana de Venezuela, entendiéndose como permanente, residir en el mismo por no menos de doscientos setenta (270) días acumulativos por año Póliza.
- 12. SINIESTRO:** Materialización del riesgo que da origen a la obligación de indemnizar por parte del Asegurador.
- 13. SOLICITUD DE SEGURO:** cuestionario que proporciona el Asegurador, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del Tomador, de los Propuestos Asegurados y de los Beneficiarios, así como también del estado de salud de cada una de las personas que estarán amparadas por el contrato y datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el Tomador o Propuesto Asegurado Titular, según corresponda, constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión de este contrato de seguro.
- 14. SUMA ASEGURADA:** límite máximo de responsabilidad del Asegurador, indicado en el Cuadro Póliza Recibo. La Suma Asegurada de cada Asegurado será aplicada por accidente, cobertura contratada y vigencia del Contrato.
- 15. TIPO DE CAMBIO DE REFERENCIA (TCR):** tipo de cambio oficial de la moneda de mayor valor, publicado por el Banco Central de Venezuela, según el promedio ponderado resultante de las operaciones diarias de las mesas de cambio activas de las instituciones bancarias participantes.
- 16. TOMADOR:** persona natural o jurídica que, obrando por cuenta propia o ajena, contrata el seguro con el Asegurador, trasladándole los riesgos y obligándose al pago de la Prima.

CLÁUSULA 3: EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

El Asegurador no estará obligado 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 estos, 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 relacionados con este Contrato.**

2. Si el Siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, Asegurado o Beneficiario.
3. Si el Siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, Asegurado o Beneficiario o de cualquier persona que obrare por cuenta de ellos. No obstante, el Asegurador estará obligado 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 el Asegurador en lo que respecta a este Contrato.
4. Si el Tomador, el Asegurado Titular o Beneficiario actúa con dolo o culpa grave, según lo señalado en la **CLÁUSULA 8: DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO**, de estas Condiciones Generales.
5. Si el Siniestro se inicia antes de la vigencia del Contrato y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador.
6. Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no empleare los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del Siniestro, siempre que este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador.
7. Si el Asegurado o el Beneficiario incumpliere lo establecido en la **CLÁUSULA 12: SUBROGACIÓN DE DERECHOS**, de estas Condiciones Generales, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.
8. Si el Tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, actuando con dolo o culpa grave, obstaculiza los derechos del Asegurador estipulados en este Contrato.
9. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares de este Contrato.

CLÁUSULA 4: DURACIÓN DEL CONTRATO

La duración del Contrato se hará constar en el Cuadro Póliza Recibo, con indicación de la fecha de emisión, la hora y día de su iniciación y vencimiento.

CLÁUSULA 5: PAGO DE LA PRIMA

El Tomador debe pagar la primera prima anual en el plazo de diez (10) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la duración del contrato. Si la prima no es pagada o se hace imposible su cobro por causa imputable al tomador en el plazo establecido, el Asegurador tendrá derecho a exigir el pago correspondiente o resolver el contrato. En caso de resolución, esta tendrá efecto desde el inicio de la duración del contrato. Si el Asegurador no ejerce su derecho a resolver el contrato de seguro, no podrá negarse a recibir el pago de la prima vencida. Si ocurriese un siniestro en el plazo convenido para el pago de la primera prima, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el tomador pague antes de su vencimiento la prima correspondiente.

El pago de la prima solamente conserva en vigor el contrato por el tiempo al cual corresponda dicho pago, según conste en el Cuadro Póliza Recibo.

Contra el pago de la prima, el Asegurador entregará al tomador el Cuadro Póliza Recibo o recibo de prima correspondiente, según sea el caso, firmado y sellado. La entrega podrá efectuarse en

forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, que consten en la solicitud de seguro, con su acuse de recibo.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del Asegurador por el exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses del excedente, aun cuando aquellas hubieren sido aceptadas formalmente por éste.

CLÁUSULA 6: RENOVACIÓN

El Contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior y por un plazo igual, siempre que el Tomador pague la Prima correspondiente al nuevo período, de acuerdo a lo establecido en la CLÁUSULA 7: PLAZO DE GRACIA, de estas Condiciones Generales, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo Contrato, sino la prórroga del anterior.

Las partes pueden negarse a la prórroga del contrato mediante una notificación efectuada a la otra parte en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados, con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de duración en curso.

CLÁUSULA 7: PLAZO DE GRACIA

Se conceden treinta (30) días continuos de gracia para el pago de la Prima de renovación, contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia del Contrato anterior. Si ocurriere un Siniestro en este plazo, el Asegurador pagará la indemnización, previa deducción de la Prima correspondiente. Si el monto del Siniestro es menor a la Prima de renovación, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague la Prima en el plazo de gracia concedido. Si la Prima no es pagada en el referido período, el Contrato quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación de la vigencia del Contrato anterior.

CLÁUSULA 8: DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO

El Tomador y el propuesto Asegurado titular, al llenar la solicitud, debe declarar con exactitud al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario y demás requerimientos que este le indique, todas las circunstancias por él conocidas que pueden influir en la valoración del riesgo.

El Asegurador deberá participar al Tomador o Asegurado, en un lapso de cinco (5) días hábiles siguientes, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la Solicitud de Seguro, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver el Contrato, mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, dirigida al Tomador o Asegurado según corresponda, en el plazo de un (1) mes, contado a partir del conocimiento de los hechos. En caso de resolución, ésta se producirá a partir del décimosexto (16°) día continuo siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al Intermediario de la Actividad Aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir se encuentre a disposición del Tomador en la caja del Asegurador. Corresponderán al Asegurador las primas relativas al período transcurrido hasta el momento en que se haga esta notificación. El Asegurador no podrá resolver el Contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del Siniestro.

Si el Siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la indemnización se reducirá en la misma proporción que existe entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haber conocido la verdadera entidad del riesgo. Igualmente, si ocurre un Siniestro antes del vencimiento de los plazos de un (1) mes o de dieciséis (16) días antes mencionados, según sea el caso, el pago de la prestación también se reducirá en los términos mencionados en este párrafo. Si el Tomador o el Asegurado actúa con dolo o culpa grave, el Asegurador quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la prima.

Cuando el contrato esté referido a varias personas y la reserva o inexactitud se contrajese solo a una o varias de ellas, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto a las restantes, si ello fuere técnicamente posible.

CLÁUSULA 9: FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador o Asegurado realizadas en la solicitud de seguros, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato, si son de tal naturaleza que el Asegurador, de haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, Asegurado o Beneficiario en la reclamación del siniestro, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato y exoneran del pago de la indemnización al Asegurador. No hay lugar a la devolución de prima en los supuestos de nulidad del contrato contemplados en esta cláusula.

CLÁUSULA 10: PAGO DE INDEMNIZACIONES

El Asegurador deberá pagar la indemnización que corresponda en un plazo que no exceda de veinte (20) días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que haya recibido el último recaudo solicitado, salvo por causa extraña no imputable al Asegurador.

CLÁUSULA 11: RECHAZO DEL SINIESTRO

El Asegurador deberá notificar por escrito al Tomador o Beneficiario, en el plazo señalado en la cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifiquen el rechazo, de la indemnización exigida.

CLÁUSULA 12: SUBROGACIÓN DE DERECHOS

El Asegurador que ha pagado la indemnización, queda subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto pagado, en los derechos y acciones del Tomador, Asegurado o Beneficiario contra los terceros responsables. Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará si el daño hubiese sido causado por: los descendientes, el cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho, otros parientes del Asegurado o las personas que conviven permanentemente con él o aquellas por las que deba responder civilmente.

El Asegurado o el Beneficiario no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de exigir a otras personas la reparación por los daños y pérdidas que estas le hubiesen ocasionado.

En caso de Siniestro, el Asegurado o el Beneficiario está obligado a realizar a expensas del Asegurador, cuantos actos sean necesarios y todo lo que este pueda razonablemente requerir, con el objeto de permitir que ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago.

Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario incumplieren lo establecido en esta cláusula, perderá el derecho al pago que le otorga este Contrato, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.

CLÁUSULA 13: OTROS SEGUROS

El Tomador debe notificar al Asegurador la tenencia o contratación de cualquier otro Seguro de Personas a su nombre o el de cualquier persona inscrita en este Contrato.

Cuando el Asegurado se encuentre amparado por varios Seguros de Personas que estén obligados a pagar la indemnización sobre un mismo Siniestro, el Asegurado escogerá el orden en que presentará las reclamaciones.

Queda expresamente entendido que el Asegurador solo responderá como máximo hasta la cantidad establecida como Suma Asegurada y de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares de este Contrato, indemnizando en función de la cobertura contratada, previa deducción de lo pagado por los otros Contratos, no excediendo en ningún caso el ciento por ciento (100%) de los gastos incurridos y cubiertos por este Contrato, sujeto al Costo Razonable indicado en las Condiciones Particulares, CLÁUSULA 2: DEFINICIONES, del presente Contrato. En este caso se deberá presentar el finiquito y las facturas originales indemnizadas por los otros Aseguradores, conviniendo además que no se cubrirá la insolvencia o incumplimiento de cualquier otro Asegurador

CLÁUSULA 14: ARBITRAJE

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del Contrato. La tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en las normas regulan el arbitraje en la Actividad Aseguradora.

El Superintendente de la Actividad Aseguradora actuará como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de las controversias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del Contrato. En este supuesto, La tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en las normas que regulan el arbitraje en la Actividad Aseguradora.

Si las partes acuerdan someterse a un procedimiento de arbitraje, la tramitación se ajustará a lo dispuesto en la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLÁUSULA 15: CADUCIDAD

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra el Asegurador o convenir con éste a someterse al Arbitraje previsto en la cláusula anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo de un (1) año contado a partir de la fecha de la notificación, por escrito:

1. Del rechazo, total o parcial, del Siniestro.
2. De la decisión del Asegurador sobre la inconformidad del Tomador, Asegurado o Beneficiario respecto a la indemnización o al cumplimiento de la obligación a través de proveedores de insumos o servicios.

A los efectos de esta disposición, se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea consignado el libelo de demanda por ante los órganos jurisdiccionales.

CLAUSULA 16: PRESCRIPCIÓN

Salvo lo dispuesto en leyes especiales, las acciones derivadas de este Contrato prescriben a los tres (3) años contados a partir del Siniestro que dio nacimiento a la obligación.

CLÁUSULA 17: MODIFICACIÓN Y REHABILITACIÓN

El Contrato de Seguros puede ser rehabilitado a solicitud del Tomador o el Asegurado Titular, siempre que los Asegurados se encuentren en buen estado de salud, según declaración de salud o reconocimiento médico a cargo del Asegurado. En este supuesto, se requiere la aceptación del Asegurador y el pago de la prima pendiente, entrando el Contrato nuevamente en vigor en la fecha indicada en el Cuadro Póliza Recibo. El Asegurador reconocerá la antigüedad obtenida por los Asegurados para efectos de la aplicación de los plazos de espera, pero no estarán amparados los gastos incurridos desde la fecha de resolución del Contrato hasta treinta (30) días siguientes a la fecha de inicio de su rehabilitación. No se convendrá la rehabilitación, una vez transcurridos noventa (90) días continuos desde la fecha de resolución del Contrato.

Se consideran aceptadas las solicitudes escritas de prorrogar o modificar un Contrato o de rehabilitar un Contrato suspendido, si el Asegurador no rechaza por escrito la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido. Este plazo será de veinte (20) días hábiles cuando la prórroga, modificación o rehabilitación hagan necesario un reconocimiento médico. El requerimiento del Asegurador de que el Asegurado se realice el examen médico, no implica aceptación.

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

Si la modificación es efectiva a partir de la prórroga del Contrato la solicitud debe ser comunicada al Tomador o al Asegurado Titular mediante notificación efectuada en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con un plazo de un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso. En caso de desacuerdo del Tomador o del

Asegurado Titular, el Asegurador mantendrá o renovará el Contrato bajo las mismas condiciones de Suma Asegurada vigente al momento de la propuesta de modificación.

Las modificaciones se harán constar mediante Anexos, debidamente firmados por un representante del Asegurador y el Tomador, los cuales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales de este contrato.

Si la modificación requiere pago de prima adicional se aplicará lo dispuesto al respecto en este contrato.

CLÁUSULA 18: AVISOS

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto al Contrato deberá hacerse mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal o sucursal del Asegurador o a la dirección del Tomador o del Asegurado que conste en el Contrato, según sea el caso.

Las comunicaciones relacionadas con la tramitación de Siniestros que sean proporcionadas, por cualquier medio, al Intermediario de la Actividad Aseguradora, producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte, salvo estipulación en contrario indicada expresamente en el Contrato.

El Intermediario de la Actividad Aseguradora será administrativamente y civilmente responsable en caso que no haya entregado la correspondencia a su destinatario en un plazo de cinco (03) días hábiles, contados a partir de su recepción.

CLÁUSULA 19: DOMICILIO ESPECIAL

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

CLÁUSULA 20: APLICACIÓN DE LAS NORMAS QUE REGULAN LOS CONTRATOS DE SEGURO Y MEDICINA PREPAGADA

Los artículos establecidos en las Normas que Regulan Los Contratos de Seguro y Medicina Prepagada publicadas en Gaceta Oficial Extraordinaria N° 6.835 de fecha 3 de septiembre de 2024, Providencia Administrativa SAA-01-0506-2024 del 29 de agosto del 2024, serán aplicables a la presente Póliza.

CLÁUSULA 21: OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

1. El Tomador y el Propuesto Asegurado deberán llenar la Solicitud de Seguro y declarar, con absoluta sinceridad, todas las circunstancias necesarias para identificar el bien o interés asegurado y apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en este Contrato.
2. El Asegurado deberá prestar toda la colaboración necesaria para facilitar la realización de la evaluación del riesgo.

3. El Tomador deberá pagar la prima en la forma, frecuencia y tiempo convenido en este Contrato.
4. El Asegurado deberá emplear el cuidado de un diligente padre de familia para prevenir el Siniestro.
5. El Tomador o el Beneficiario le hará saber al Asegurador, dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares, la ocurrencia de un Siniestro, expresando claramente las causas y circunstancias de lo ocurrido.
6. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberá declarar, al momento de contratar la Póliza y al tiempo de exigir el pago del Siniestro, los Contratos de seguros que existen y que cubren el mismo riesgo.
7. El Tomador o el Beneficiario deberá probar la ocurrencia del Siniestro a través de la consignación de toda aquella información necesaria para la indemnización del Siniestro, que sea solicitada por el Asegurador.
8. El Tomador o el Asegurado, en caso de cambio de dirección de cobro, domicilio, habitación u oficina, según sea el caso, debe notificar por escrito al Asegurador dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de haber efectuado el cambio.
9. Realizar todas las acciones necesarias para garantizar al Asegurador el ejercicio de su derecho de subrogación, si fuere el caso.
10. El Asegurado debe cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el presente Contrato

CLÁUSULA 22: OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

1. Informar al Tomador y Asegurado, mediante la entrega de la Póliza y demás documentos, la extensión de los riesgos asumidos y aclarar, en cualquier tiempo, todas las dudas y consultas que éste le formule.
2. Entregar el Cuadro Póliza Recibo al Tomador junto con copia de la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los Anexos, si los hubiere, y los demás documentos que formen parte integrante del Contrato de Seguro.
3. Proceder al pago de la indemnización, conforme con lo establecido en las Condiciones Particulares de este Contrato.
4. Pagar la indemnización que corresponda en caso de Siniestro, en los plazos establecidos en este Contrato o rechazar la cobertura del Siniestro, mediante aviso por escrito y debidamente motivado.
5. Cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el Contrato de Seguro.

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1: INTERPRETACIÓN DE TÉRMINOS

A los efectos de este Contrato, los términos que se señalan a continuación tendrán el siguiente significado:

1. ACCIDENTE: suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del Tomador, Asegurado o Beneficiario que le cause al Asegurado lesiones corporales.

Para los efectos de esta Póliza sin que ello tenga carácter limitativo, se consideran los accidentes ocasionados por los siguientes hechos:

- A. Casos de legítima defensa.
 - B. Descargas eléctricas, incluido el rayo.
 - C. Muerte que resulte a consecuencia de asfixia por agua o gases.
 - D. Insolaciones o congelaciones, siempre y cuando la exposición a estos fenómenos sea por causas accidentales.
 - E. Mordeduras de animales no hostigados previamente por el Asegurado.
 - F. Práctica de cualquier deporte como no profesional, siempre que no pueda catalogarse como un acto temerario o imprudente.
 - G. Viajes como pasajeros en embarcaciones, aviones, autobuses y ferrocarriles, tanto en líneas comerciales como privadas de pasajeros a nivel nacional e internacional.
 - H. Manejo o viajes en automóviles, tanto en Venezuela como en el extranjero.
 - I. Terremotos, inundaciones, volcanes u otros cataclismos de la naturaleza.
 - J. Hechos que le ocurran al Asegurado hallándose en estado de embriaguez.
- 2. ATENCIÓN AMBULATORIA:** atención médica suministrada a un Asegurado cuando su permanencia en la Institución Hospitalaria sea menor de 24 horas.
- 3. COSTO RAZONABLE:** promedio calculado por el Asegurador de los gastos cubiertos por tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas de Instituciones Hospitalarias ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido el Asegurado, los cuales correspondan a una intervención quirúrgica o tratamiento médico igual o similar, libre de complicaciones y que, de acuerdo a las condiciones de este Contrato de seguro, se encuentran cubiertos. Este promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga el Asegurador de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en dichos gastos, incrementado según el Índice Nacional de Precios al Consumidor (I.N.P.C.) del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes. Cuando este promedio no

pueda ser obtenido, el gasto razonable será el monto facturado. No obstante, si el Asegurador hubiere acordado con algún proveedor un baremo, deberá efectuar la indemnización de los servicios prestados por este proveedor de acuerdo con el referido baremo. De ser el caso, el costo razonable de los gastos cubiertos debe ajustarse a los baremos o la estructura de precios que el Estado haya fijado en el área de prestación de servicios de salud. Este concepto es aplicable a toda adquisición de insumos, suministros, instrumentos especiales o equipo médicos o a cualquier otro gasto médico amparado e incurrido con motivo de la asistencia.

4. **FUNERARIA:** empresa autorizada para suministrar servicios funerarios.
5. **LESION:** daño corporal sufrido por el asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por este Contrato.
6. **INSTITUCIÓN HOSPITALARIA:** Establecimiento permanente con permiso sanitario vigente para suministrar asistencia médica, autorizado por el organismo público competente. No serán consideradas Instituciones Hospitalarias para los efectos de este Contrato, lugares de descanso, geriátricos, spas, hidroclínicas y cualquier institución que suministre tratamientos similares, centros exclusivos para tratamiento de farmacodependientes, de dipsómanos (alcohólicos), enfermos mentales o desórdenes de conducta, ni lugares donde se proporcionen tratamientos naturistas, terapias alternativas y acupuntura.
7. **TRATAMIENTO MÉDICO:** conjunto de medidas realizadas u ordenadas por un Médico que se ponen en práctica para la curación o alivio de una enfermedad o lesión, incluyendo medicamentos prescritos, insumos o prótesis.
8. **PRÓTESIS:** dispositivo o aparato diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo trabaje mejor
9. **MEDICAMENTO NECESARIO:** conjunto de medidas o procedimientos ordenados y suministrados por un Médico o institución hospitalaria que se ponen en práctica para el tratamiento, curación o alivio de una enfermedad o lesión, bajo las siguientes características:
 - A. Que sea apropiado para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión consecuencia de un accidente, padecido por el Asegurado.
 - B. Que sean congruentes con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina en la República Bolivariana de Venezuela y por la Federación Médica Venezolana o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.
 - C. Que el nivel de servicio o suministro sea el más idóneo y pueda ser proporcionado sin riesgo para el Asegurado.
 - D. Que no sea primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado de su familia o de su médico.
 - E. Que el uso de técnicas, dispositivos o equipos médicos sea obligatorio para el tratamiento o lesión del asegurado, siempre que se demuestre que la intervención o tratamiento no puede realizarse sin los mismos.

CLÁUSULA 2: COBERTURAS DE LA PÓLIZA

El Asegurador conviene indemnizar al Asegurado o Beneficiarios, según corresponda hasta la Suma Asegurada contratada por las siguientes coberturas:

1. MUERTE ACCIDENTAL

Si a consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado y amparado por este Contrato, le sobreviene la muerte dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la ocurrencia del mismo, el Asegurador pagará a los Beneficiarios designados en el Cuadro Póliza Recibo la Suma Asegurada vigente de esta cobertura indicada en el Cuadro Póliza Recibo para el momento del accidente.

2. INVALIDEZ PERMANENTE

Si a consecuencia directa y exclusiva de un accidente sufrido por el Asegurado y amparado por este Contrato, le sobreviene dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la ocurrencia del mismo, cualquiera de las invalideces enumeradas en la Escala de Indemnizaciones, el Asegurador pagará la cantidad resultante de aplicar el porcentaje estipulado en dicha escala a la Suma Asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo que corresponda a esta cobertura para el momento de la ocurrencia del accidente.

La determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad, conforme a lo previsto en este Contrato.

El Asegurador notificará al asegurado, a través de los mecanismos acordados, la cuantía de la indemnización que le corresponda, de acuerdo con el grado de invalidez que conste en el certificado médico de incapacidad y de los parámetros fijados en este Contrato.

Si el asegurado no aceptare la propuesta de indemnización del Asegurador, en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de peritos médicos, según el procedimiento establecido en el Contrato.

ESCALA DE INDEMNIZACIONES

PORCENTAJE DE INDEMNIZACIÓN

Invalidez Total y Permanente

- | | |
|--|-------|
| a) Enajenación mental absoluta e incurable | 100 % |
| b) Lesiones de la médula espinal que imposibiliten caminar, parálisis total | 100 % |
| c) Ceguera completa por ambos ojos | 100 % |
| d) Pérdida total de la audición y el habla | 100 % |
| e) Pérdida completa o inutilización de ambas manos o ambos pies, o una mano y un pie, ambos brazos o ambas piernas o un brazo y una pierna | 100 % |

Invalidez Parcial y Permanente

a) Sordera total bilateral	65 %
b) Pérdida del habla	60 %
c) Pérdida de un ojo con enucleación	50 %
d) Reducción de visión de ambos ojos en más del 50%	50 %
e) Pérdida de la visión de un ojo	40 %
f) Pérdida total del maxilar inferior o ablación total de la mandíbula	40 %
g) Sordera total unilateral	35 %
h) Pérdida total del olfato o el gusto	30 %
i) Pérdida total de:	
- Un brazo o una mano	70 %
- Dedo pulgar o índice	30 %
- Cualquier otro dedo de una mano	20 %
j) Pérdida de una falange del dedo pulgar	15 %
k) Pérdida de cada falange de cualquier otro dedo	5 %
l) Pérdida total del movimiento del hombro o del codo	40 %
m) Fractura mal consolidada de un brazo, que afecte su movilidad	30 %
n) Fractura mal consolidada del antebrazo, que afecte su movilidad:	
- De los dos huesos	30 %
- De un solo hueso	20 %
o) Pérdida total por amputación o inutilización de:	
- Una pierna por encima de la rodilla	70 %
- Una pierna por debajo de la rodilla o un pie	60 %
- Dedo gordo del pie	20 %
- Cualquier otro dedo del pie	15 %
p) Pérdida total del movimiento de la cadera	65 %
q) Pérdida total del movimiento de la rodilla	50 %
r) Pérdida total de los movimientos del tobillo	30 %
s) Pérdida total del movimiento de la articulación subastragalina	20 %
t) Fractura mal consolidada del fémur o de los huesos de la pierna que afecte su movilidad	50 %



u) Fractura mal consolidada de un pie que afecte su movilidad

30 %

A los efectos anteriores se entiende por pérdida total, la amputación o inutilización total e irreparable del uso del miembro o la parte del cuerpo afectada.

Cuando la pérdida o inutilización sea parcial, la indemnización que hubiese correspondido por pérdida total o inutilización total e irreparable será disminuida en forma proporcional.

La Invalidez no mencionada en la escala anterior, pero que sean consideradas de carácter permanente, serán evaluadas por el Médico que designe el Asegurador, comparándolas de ser posible con la presente Escala de Indemnizaciones, a los efectos de la determinación del porcentaje a indemnizar.

En los casos de enajenación mental, parálisis, pérdida del habla y sordera, además de su condición de ser irreparable, a juicio del médico que designe el Asegurador, se requiere que hayan tenido una duración ininterrumpida igual o mayor de ciento ochenta (180) días continuos y siguientes, contados estos desde la fecha del accidente.

Si las consecuencias de un accidente fueren agravadas por efecto de una enfermedad o un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, desconociendo el Asegurador tal circunstancia, la indemnización se fijará de acuerdo a las consecuencias que presumiblemente, el mismo accidente hubiere producido sin la mencionada agravación, salvo que esta fuere la consecuencia del accidente cubierto por este Contrato y ocurrido durante la vigencia del mismo.

2.1 ACUMULACIÓN DE INVALIDECES

Si un accidente produce varias invalideces, a los efectos de la indemnización se acumularán los porcentajes fijados para cada una de ellas, sin que en ningún caso el monto total a pagar pueda exceder el cien por ciento (100%) de la Suma Asegurada vigente para la Cobertura de Invalidez Permanente en el momento de la ocurrencia del accidente.

Cuando varios tipos de invalidez afecten a un mismo miembro u órgano, estas no se acumularán entre si y el Asegurador indemnizara el porcentaje correspondiente a la mayor invalidez.

Cuando la suma de tales porcentajes sobrepase el setenta y cinco por ciento (75%), el monto a indemnizar se elevará al noventa por ciento (90%) y si tal acumulación es igual o superior al ochenta por ciento (80%), la indemnización será por el cien por ciento (100%) de la Suma Asegurada que corresponda por la Cobertura de Invalidez Permanente en el momento de la ocurrencia del accidente.

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

2.2 FALLECIMIENTO DESPUÉS DEL PAGO DE UNA INVALIDEZ PARCIAL PERMANENTE

Si el Asegurador ha indemnizado una Invalidez Parcial Permanente y posteriormente el Asegurado fallece dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la ocurrencia del Siniestro, a consecuencia de las lesiones sufridas en el mismo accidente, el monto que corresponda por Muerte Accidental se indemnizará sin deducción alguna.

2.3 MUERTE ACCIDENTAL O INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE CONJUNTA

Si el Asegurado y su cónyuge se encuentran amparados bajo la Cobertura de la Póliza y como consecuencia del mismo accidente, fallecen ambos o le sobrevienen dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la ocurrencia del mismo a ambos, cualquiera de las Invalideces Total y Permanente mencionadas en el aparte B. de la presente cláusula, el Asegurador incrementará en un cincuenta por ciento (50%) la Suma Asegurada correspondiente a cada uno de ellos para el momento de la ocurrencia del accidente.

CLÁUSULA 3: BENEFICIO ACUMULATIVO

Beneficio opcional que puede ser elegido por el Asegurado, con recargo aplicado en la prima, en el que la Suma Asegurada por Muerte Accidental e Invalidez aumentará cada año, a partir de la primera fecha anual de renovación, en un diez por ciento (10%) de la cantidad indicada en el Cuadro Póliza Recibo para dichas coberturas hasta alcanzar el aumento acumulado del cincuenta por ciento (50%) de la Suma Asegurada a la fecha inicial de este Contrato.

Cuando se produzcan incrementos de Suma Asegurada después de la fecha de inicio de una vigencia, el beneficio acumulativo correspondiente a cada incremento se activará a partir de la segunda renovación de la Póliza, posterior al aumento en cuestión, hasta alcanzar el cincuenta por ciento (50%) de incremento de Suma Asegurada que corresponda en cada caso. Si el incremento coincide con la fecha de renovación, el beneficio acumulativo correspondiente se activará en la próxima renovación de la Póliza.

CLÁUSULA 4: DOBLE INDEMNIZACIÓN

El Asegurador pagará el doble de la indemnización que corresponda por las Coberturas de Muerte Accidental o Invalidez Permanente, no aplicable al beneficio acumulativo a que refiere la Cláusula 3 si la muerte o la invalidez sobrevienen al Asegurado como consecuencia de un accidente originado por:

- a) El mal funcionamiento de un ascensor destinado al transporte de personas, mientras el Asegurado viaje en dicho ascensor.
- b) Incendio en un edificio el cual no se encuentre en abandono o en construcción, habiéndose encontrado el Asegurado dentro de la propiedad, así siniestrada en el momento de iniciarse el fuego.
- c) Explosiones producto de gases, líquidos inflamables o calderas de vapor.
- d) Ciclón, huracán, tornado o por fulminación de rayo.

- e) La participación como espectador del Asegurado en un evento deportivo en cancha cerrada, teatro, cine o locales cerrados destinados a espectáculos.

CLÁUSULA 5: COBERTURAS OPCIONALES DE LA PÓLIZA

El Asegurado estará amparado únicamente por las coberturas opcionales que haya contratado y que estén indicadas en el Cuadro Póliza Recibo correspondiente. El Tomador deberá pagar la Prima adicional correspondiente por las coberturas opcionales contratadas contra la entrega por parte del Asegurador del Cuadro Póliza Recibo, conforme a lo dispuesto en la **CLÁUSULA 5: PAGO DE LA PRIMA**, de las Condiciones Generales de la Póliza.

1. GASTOS MÉDICOS

Si a consecuencia directa y exclusiva de un accidente sufrido por el Asegurado y amparado por este Contrato, el asegurado requiere asistencia médica dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente el Asegurador pagará los gastos médicos hasta la Suma Asegurada de esta cobertura indicada en el Cuadro Póliza Recibo. Están cubiertos los gastos generados por tratamientos médicos, intervención quirúrgica (incluyendo tratamiento post operatorio), servicios hospitalarios, procedimientos médicos, medicamentos, suministros, equipos médicos e instrumentos especiales medicamente necesarios.

A los efectos de esta cobertura y sin que ello tenga carácter limitativo, se consideran Gastos Médicos los costos de los procedimientos, exámenes y tratamientos prescritos por el Médico o Médicos tratantes, que sean médicamente necesarios, que se relacionan a continuación:

- a. Medicinas, radiografías, exámenes de laboratorio, resonancias magnéticas, tomografías axiales computarizadas y similares.
- b. Honorarios profesionales del personal médico o paramédico.
- c. Servicio de ambulancias.
- d. Fisiatría y rehabilitación, practicada por profesionales autorizados en la materia y destinada a la recuperación de la capacidad física perdida a consecuencia del accidente, encontrándose amparado dentro de este concepto:
- e. El alquiler de sillas de ruedas, muletas u otros aparatos o equipos necesarios o la compra de los mismos, cuando el costo del alquiler por el tiempo estimado de uso de acuerdo al criterio del médico tratante, supere el costo de adquisición.
- f. Las prótesis o aparatos ortopédicos necesarios en los casos de amputaciones, adquiridos por el Asegurado tanto en la República Bolivariana de Venezuela como en el extranjero, pero, en este último caso, no más del costo que tenga en el país un implemento igual o similar.

El pago de las prestaciones aquí previstas se efectuará al Asegurado o si hubiese fallecido, antes del pago, a sus Beneficiarios nombrados en la Solicitud de Seguro y en su defecto, a sus causahabientes.

El Asegurador efectuará las indemnizaciones de los Gastos Médicos Cubiertos según este Contrato, en la República Bolivariana de Venezuela y en moneda nacional. En los casos en que el gasto sea incurrido en el exterior, toda la documentación a presentar debe estar legalmente traducida al idioma Castellano y las facturas debidamente pagadas. La indemnización se efectuará en moneda nacional, dentro de los veinte 20 días hábiles siguientes, al recibo en la oficina del Asegurador de toda la documentación requerida, a la tasa de cambio oficial, establecida por el Banco Central de Venezuela, para el momento del pago y siempre que la reclamación resulte válida según las condiciones de este Contrato, efectuando la indemnización al Costo Razonable que dicha operación, hospitalización o tratamiento tenga en la República Bolivariana de Venezuela en la fecha en que ocurrió el evento.

En adición a los Gastos Médicos, si el Asegurado sufre un accidente fuera de su lugar habitual de residencia quedan amparados los gastos, debidamente soportados, de comunicación con sus familiares o el Asegurador, hasta un máximo del uno por ciento (1%) de la Suma Asegurada contratada para la presente cobertura.

2. GASTOS DE ENTIERRO

Se conviene en indemnizar al Asegurado Titular en caso de fallecimiento de alguno de los inscritos o a los Beneficiarios designados por el Titular en caso de su fallecimiento, el monto indicado en el Cuadro Póliza Recibo para esta cobertura, cualquiera sea la causa del deceso.

Salvo que el fallecimiento tenga por causa un accidente, según la definición contenida en esta Póliza, en todos los demás casos, la presente cobertura comienza a surtir efecto después de un período de noventa (90) días contados desde la fecha de contratación de la Póliza. Este plazo se aplicará igualmente para cualquier aumento de Suma Asegurada o inclusión de personas, contado desde la fecha de tal aumento o inclusión.

3. INCAPACIDAD TEMPORAL

Si dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del accidente, las lesiones sufridas en el mismo, independientemente de cualquiera otra secuela, le causan al Asegurado una Incapacidad Temporal Total o Parcial para el desempeño de las actividades inherentes a la ocupación habitual declarada en la Solicitud de Seguros, durante un período continuo y limitado de tiempo, el Asegurador pagará un monto semanal mientras dure tal incapacidad, sujeto a previa evaluación y autorización del departamento médico del Asegurador, el cual determinará en función al tipo de lesión sufrida por el Asegurado el período de incapacidad a indemnizar, con arreglo a lo siguiente:

3.1. INCAPACIDAD TEMPORAL TOTAL

Si el Asegurado queda totalmente inhabilitado para atender todos los deberes propios de su actividad comercial u ocupación laboral, el Asegurador le indemnizará la cantidad semanal fijada en la Póliza, mientras dure tal incapacidad, pero sin exceder en ningún caso de ciento cuatro (104) semanas consecutivas, contadas a partir de la fecha de inicio del reposo médico originado por el accidente.

3.2. INCAPACIDAD TEMPORAL PARCIAL

Si el Asegurado puede desarrollar en parte las actividades propias de su actividad comercial u ocupación laboral, el Asegurador procederá a indemnizar el sesenta por ciento (60%) del monto semanal fijado para la Incapacidad Temporal Total, por un período máximo de cincuenta y dos (52) semanas, contadas a partir de la fecha de inicio del reposo médico originado por la incapacidad. Este tipo de incapacidad puede generarse desde un comienzo o a continuación de un período de Incapacidad Temporal Total.

Si un mismo accidente diere origen a los dos (2) tipos de incapacidad, el período máximo a reconocer por la combinación de ambas no excederá de las cincuenta y dos (52) semanas, salvo que se haya indemnizado un período mayor por Incapacidad Temporal Total, en cuyo caso corresponde solo dicha indemnización.

Las incapacidades mencionadas surtirán efecto a partir del comienzo de las mismas o de la fecha de las primeras atenciones médicas, si estas fuesen posteriores. El Asegurador efectuará el pago por esta cobertura al término de la incapacidad o a solicitud del Asegurado por períodos mensuales transcurridos.

3.3 INCAPACIDAD PROFESIONAL U OCUPACIONAL

Si a consecuencia de un accidente cubierto por este Contrato, se le origina o causa una incapacidad Parcial Permanente, que dé lugar a indemnización bajo la Cobertura de Invalidez Permanente que a la vez lo imposibilite en forma total y definitiva para seguir dedicándose a la profesión u ocupación declarada en la Solicitud de Seguro, El Asegurador le pagará la diferencia existente entre el monto indemnizado y la Suma Asegurada que corresponda para la mencionada Cobertura de Invalidez Permanente.

La incapacidad aquí amparada debe sobrevenir y ser determinada dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente y haber tenido, por los menos, una duración ininterrumpida de noventa (90) días antes de ser establecida como tal.

La Incapacidad Profesional u Ocupacional tendrá que ser confirmada por dos (2) peritos especialistas en la materia, uno nombrado por el Tomador y el otro por el Asegurador. De no existir concordancia entre ambos dictámenes, los puntos en contradicción se someterán a la consideración de un tercer perito nombrado por los dos primeros, quien deliberará con ellos, a fin de fijar la incapacidad que en definitiva exista y determinar el porcentaje (%) que se aplicará para el pago de la indemnización, según la Incapacidad Profesional u Ocupacional.

Si la Incapacidad Profesional u Ocupacional no fuese total, se le pagará al Asegurado la diferencia entre el porcentaje que se fije para esta y el correspondiente a la indemnización efectuada por la Invalidez Permanente, en el entendido que si tal incapacidad fuese igual o superior al ochenta por ciento (80%), se considerará total y definitiva.

CLÁUSULA 6: PERSONAS ASEGURABLES

Son asegurables bajo el presente Contrato las siguientes personas residentes en la República Bolivariana de Venezuela, considerándose que el género masculino incluirá también al femenino, los cuales deben estar identificados en el Cuadro Póliza Recibo:



- 6.1. El Asegurado Titular, en forma individual, siempre y cuando su edad al momento de la contratación sea inferior a los setenta (70) años.
- 6.1.1. El cónyuge del Asegurado Titular o la persona con quien mantenga unión estable de hecho, menor de setenta (70) años de edad.
 - 6.1.2. Los hijos del Asegurado Titular menores de 21 años. Para los hijos con edad comprendida entre veintiún (21) años y veintiocho (28) años, siempre que sean dependientes económicamente de este.
 - 6.1.3. Los padres del Asegurado Titular o de su cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho, menores de setenta (70) años de edad.
 - 6.1.4. Los hermanos del Asegurado Titular menores de 21 años. Para los hermanos solteros con edad comprendida entre veintiún (21) años y veintiocho (28) años, siempre que sean dependientes económicamente de este.

El Asegurado Titular, cónyuge o padre (madre) que haya contratado la Póliza o incluido en el seguro antes de cumplir los cincuenta y cinco años (55) de edad, no tendrá fecha límite de permanencia en la Póliza.

Las mencionadas personas deberán estar identificadas en el Cuadro Póliza Recibo conforme a lo declarado en la solicitud de seguros.

CLÁUSULA 7: CAMBIOS DE PROFESIÓN OCUPACIÓN O ACTIVIDAD

Si el Asegurador fuese notificado o tuviese conocimiento de algún cambio de profesión, ocupación o actividad del asegurado, debe manifestar al tomador, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, su decisión de terminar el Contrato, modificar sus condiciones o elevar la prima.

En caso de que el asegurador manifieste la voluntad de terminar el Contrato, éste dejará de tener efecto a partir del decimosexto (16°) día hábil siguiente a la notificación, siempre que ponga a disposición del tomador la porción de la prima no consumida.

Notificada la modificación o el incremento de prima, el tomador o asegurado, debe manifestar su decisión o dar cumplimiento a las condiciones exigidas, en un plazo que no excederá de quince (15) días hábiles, caso contrario, se entenderá que el Contrato ha quedado sin efecto a partir del vencimiento del plazo.

Si el Siniestro ocurriese antes de que surtan efecto las consecuencias de los supuestos considerados en esta Cláusula, la indemnización será reducida en la proporción que exista entre la prima cobrada y la que se hubiese fijado de haberse conocido la nueva profesión, ocupación o actividad al momento de la suscripción.

Si el tomador o asegurado declara que no acepta la modificación o el incremento de prima, el Contrato queda resuelto, salvo el derecho del Asegurador a la prima correspondiente al período del seguro en curso que se hubiere causado.

CLÁUSULA 8: BENEFICIARIOS

La designación del Beneficiario debe ser hecha por el Tomador o Asegurado Titular a través de la Solicitud de Seguro que dispone el Asegurador para tal fin en la oportunidad de la celebración del Contrato de Seguro, siempre que no existiere cesión alguna de la Póliza o en un momento posterior, mediante declaración escrita comunicada al Asegurador.

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

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

A falta de designación de la proporción que corresponda a todos los Beneficiarios o para alguno en particular, la prestación convenida se pagará en partes iguales, para el primer caso, o acrecerá para el resto de los Beneficiarios, en el segundo caso. Si la designación se hace a favor de los herederos del Asegurado Titular, sin mayor especificación, se considerarán como Beneficiarios aquellos que tengan la condición de herederos legales, para el momento del fallecimiento del Asegurado Titular.

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

El Tomador o Asegurado Titular tiene el derecho, en cualquier momento, de cambiar de Beneficiarios solicitándolo por escrito al Asegurador, teniendo validez el cambio a partir de la fecha de recepción de la comunicación en las oficinas de del Asegurador.

CLÁUSULA 9: EXCLUSIONES

No se consideran accidentes para los efectos de este Contrato y por lo tanto quedan excluidos del alcance de las coberturas del mismo:

- a) Cualquier enfermedad corporal o mental o agravamiento de ella y los tratamientos médicos o quirúrgicos, incluyendo la cirugía estética o reconstructiva, que no sean originados a consecuencia de accidentes amparados por este Contrato.**
- b) Los accidentes como consecuencia de desvanecimientos, síncope, infartos, ataques de apoplejía, epilepsia, roturas de aneurismas, várices.**

- c) Los accidentes ocurridos hallándose el Asegurado bajo el efecto de drogas estupefacientes y psicotrópicas no prescritas por un Médico legalmente autorizado.
- d) Suicidio o su tentativa u homicidio intencional causado por los Beneficiarios de este Contrato.
- e) Intervención del Asegurado en duelos o riñas a menos que se compruebe que no han sido provocados por el Asegurado.
- f) Participación del Asegurado en certámenes de velocidad de automotores o náuticos (en caso de que no sea declarada en la Solicitud de Seguro).
- g) Participación deportiva del Asegurado como profesional (en caso de que no sea declarada en la Solicitud de Seguro).
- h) Los accidentes causados por actos de guerra (sea declarada o no), invasión, hostilidades u operaciones de guerra, motín, acto de terrorismo, insurrección, rebelión, revolución, conmoción civil.
- i) Los accidentes ocasionados por reacción y radiación nuclear o contaminación radiactiva.
- j) Las hernias de cualquier naturaleza y sus complicaciones, aun cuando un accidente haya contribuido a agravar la enfermedad por causas del efecto sufrido.
- k) Accidentes ocasionados como consecuencia de: negligencia del Asegurado, actos temerarios, actos imprudentes del Asegurado o participación del Asegurado en actos delictivos.
- l) Si un accidente agrava el curso de una enfermedad, las consecuencias serán consideradas como una enfermedad y no como un accidente, para los efectos de esta cláusula.

CLÁUSULA 10: OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD

El Asegurador quedará relevado de toda responsabilidad sobre cualquier Siniestro y el Asegurado perderá todo derecho a indemnización, si después de solicitada la documentación faltante para el análisis del reclamo o haberse efectuado por parte del Asegurador una solicitud de reconocimiento médico, no hubiere presentado los recaudos solicitados o no haya asistido al reconocimiento médico requerido dentro de los sesenta (60) días continuos y siguientes a la fecha de la solicitud del requerimiento efectuado, a menos que el incumplimiento se deba por causa extraña no imputable al Asegurado.

El Asegurador quedará relevado de toda responsabilidad sobre cualquier Siniestro y los Beneficiarios perderán todo derecho al pago de la indemnización originada por la presente Póliza sí:

- a) Después de la ocurrencia de un Siniestro, los Beneficiarios no dieron aviso al Asegurador dentro del plazo estipulado en la CLÁUSULA 11: DEBERES DEL

ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO, de las Condiciones Particulares de la presente Póliza.

- b) Después de dar aviso al Asegurador de la ocurrencia de un Siniestro, la documentación necesaria para el análisis del mismo, no se hubiere presentado dentro del plazo estipulado en la CLÁUSULA 11: DEBERES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO, de las Condiciones Particulares de la presente Póliza.**
- c) Después de solicitada la documentación faltante para el análisis del Siniestro, no la hubiere presentado dentro de los plazos estipulados en la CLÁUSULA 11 DEBERES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO, de las Condiciones Particulares de la presente Póliza.**

El Asegurador quedará relevada de la obligación de indemnizar, si el Asegurado o sus Beneficiarios incumplieren cualquiera de los deberes establecidos en esta cláusula, a menos que el incumplimiento se deba a causa extraña no imputable al Asegurado o Beneficiarios.

CLÁUSULA 11: DEBERES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

1. El Tomador, Asegurado o Beneficiario podrá solicitar el reembolso de los gastos incurridos. El Asegurador pagará la indemnización al Asegurado Titular con base en los documentos originales de: las certificaciones médicas, informaciones del proveedor del servicio, facturas, récipes con indicación médica concernientes a los productos o servicios expresamente cubiertos por este Contrato y dispensados al Asegurado, que cumplan con las exigencias legales. Si otro Asegurador hubiere pagado parte de los gastos incurridos por el Asegurado, deben entregarse al Asegurador el finiquito y las facturas originales indemnizadas, con el sello correspondiente.
2. Adoptar y permitir que se adopten todas las medidas que fueran razonables para reducir al mínimo las consecuencias del accidente que motivó el Siniestro.
3. En caso de Accidente, el Asegurado entregará al Asegurador una declaración por escrito, suministrando todos los datos razonables que se le pudieran exigir acerca de la ocurrencia del mismo.
4. Entregar de forma obligatoria al Asegurador en cualquier tiempo, todos los recibos originales, facturas originales debidamente pagadas, radiografías, resultados de exámenes y cualquier otra documentación que el Asegurador solicite, directamente o por medio de sus representantes.
5. Certificar la exactitud del Siniestro y de cuantos aspectos estén consignados en la misma, mediante una declaración hecha, sea bajo juramento o en cualquier forma legal.
6. Autorizar al Asegurador para solicitar informes sobre la evolución de lesiones o enfermedades y las consecuencias que estas pudieran generar, para la comprobación de cualquier evento, así como para solicitar a cualquier institución hospitalaria o médico su historia clínica. Igualmente tendrá el Asegurador la oportunidad y el derecho, durante el curso de un Siniestro a examinar mediante los servicios de su personal facultativo la persona Asegurada objeto del reclamo y a solicitar los exámenes que considere necesarios, así como

también autorizará el Asegurado al Asegurador a realizar las autopsias que considere necesarias en caso de muerte, salvo que estas estén prohibidas por la ley. El Asegurador a su propio costo, tendrá el derecho de hacer examinar por un Médico a cualquier persona Asegurada, durante la vigencia de esta Póliza, haya habido reclamación o no. El Asegurador tiene derecho a recuperar del Asegurado, las sumas de dinero que por error hubiere pagado en virtud de las coberturas de este Contrato, pudiendo descontarla de otras indemnizaciones o de una eventual devolución de Prima a favor del Asegurado originada por cualquier concepto.

En caso de accidente, el Asegurado deberá:

- a) Tomar las providencias necesarias y oportunas para evitar que sobrevengan lesiones ulteriores.
- b) Notificarlo a las autoridades competentes en tiempo, forma y lugar.
- c) Notificarlo al Asegurador dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a su ocurrencia.
- d) Suministrar al Asegurador:

En caso de Fallecimiento Accidental:

- a) Acta de defunción.
- b) Informe médico forense.
- c) Cédula de identidad.
- d) Informe de las autoridades que intervinieron en el hecho y los documentos de identidad de los Beneficiarios designados o justificativo de herederos universales, cuando no se designasen Beneficiarios con sus respectivos documentos de identidad y carácter.

En caso de Invalidez Permanente, Total o Parcial:

- a) Certificados médicos y exámenes que acrediten la invalidez resultante.

En caso de Gastos Médicos:

- a) Comprobantes y facturas originales debidamente pagadas de los gastos generados en la curación de las lesiones producidas por el accidente, el Asegurado deberá formular una reclamación acompañada de los recaudos anteriormente señalados dentro de los sesenta (60) días continuos y siguientes de haber incurrido en el Gasto Médico, por el suceso que determina la reclamación, en los formularios usuales del Asegurador.

En caso de Incapacidades Temporales:

- a) Certificaciones médicas con indicación del tipo y duración de la incapacidad.

En caso de Gastos de Entierro:

- a) Acta de defunción
- b) Informe médico
- c) Cédula de identidad o partida de nacimiento.

En caso de Incapacidad Profesional:

- a) Dictámenes médicos y exámenes que determinen la inhabilitación para seguir desarrollando su ocupación habitual.

El Asegurador quedará relevado de la obligación de indemnizar, si el Asegurado o sus Beneficiarios incumplieren cualquiera de los deberes establecidos en esta cláusula, a menos que el incumplimiento se deba a causa extraña no imputable al Tomador, Asegurado o Beneficiarios.

CLÁUSULA 12: ÁMBITO DE LA PÓLIZA

La cobertura de este Contrato se extiende a cualquier parte del mundo.

CLÁUSULA 13: MONEDA DEL CONTRATO

Las obligaciones de las partes en el presente Contrato deberán ser cumplidas en la moneda indicada en el Cuadro Póliza Recibo. No obstante, los pagos en bolívares se efectuarán a la tasa de cambio oficial establecida por el Banco Central de Venezuela (BCV) para el momento del pago.

CLÁUSULA 14: DEFENSOR DEL TOMADOR ASEGURADO O BENEFICIARIO

El Asegurador se obliga a atender y resolver cualquier denuncia, reclamo, queja o sugerencias que presente el Tomador, Asegurado, Beneficiario, con ocasión de las controversias derivadas de la ejecución del presente Contrato de seguro, a través de la figura del Defensor del Tomador, Asegurado, Beneficiario, Contratante, Usuario y Afiliado. A tales fines el Tomador, Asegurado, Beneficiario, podrá acudir a la respectiva Unidad de Defensa, o comunicarse a través de los mecanismos dispuestos para ello.

El Tomador

Por El Asegurador

SEGUROS CARACAS C. A. RIF: J-00038923-3.

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular para la Economía y Finanzas bajo el N° 13. **“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N° SAA-09-0043-2025, de fecha 30 de Enero de 2025”**

