



Liberty Accidentes

PÓLIZA DE SEGURO DE

Liberty Accidentes Personales Individual

Por cuanto el Tomador, cuyo nombre aparece inscrito en el “Cuadro de la Póliza” (en adelante llamado el Cuadro Póliza), el cual forma parte integrante de esta, ha presentado una Solicitud de Seguro a **SEGUROS CARACAS de LIBERTY MUTUAL, C.A.**, antes denominada **Seguros Caracas C.A.**, constituida y domiciliada en la ciudad de Caracas según consta de documento inscrito por ante el Registro Mercantil Primero de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda, en fecha 18 de febrero de 1966, bajo el N° 64, Tomo 4-A Pro.; modificados sus Estatutos en varias oportunidades, siendo la última según asiento registrado en el mismo Registro Mercantil el día 30 de abril del 2001, bajo el N° 46, Tomo 74-A Pro.; representada en este acto por su Presidente **GUSTAVO LUENGO**, Venezolano, mayor de edad, de este domicilio y portador de la cédula de identidad de Venezolano **N° V- 6.155.477**, suficientemente facultado por el documento constitutivo estatutario, emite la presente Póliza, cuyo objeto es indemnizar al Asegurado por las lesiones sufridas como consecuencia directa de los riesgos cubiertos, de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares de esta Póliza, hasta los montos convenidos.

Las declaraciones e informaciones contenidas en la Solicitud de Seguro firmada por el Tomador, junto con las Condiciones Generales y Particulares establecidas y los Anexos incorporados a esta Póliza, constituyen el Contrato de Seguro entre la Empresa de Seguros y el Tomador.



Seguros Caracas
de Liberty Mutual®

RIF. J-00038923-3

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1: OBJETO DEL SEGURO

Mediante la presente Póliza, la Empresa de Seguros se compromete a cubrir los riesgos indicados en las Condiciones Particulares y Anexos contratados y al Asegurado por las lesiones sufridas, como consecuencia directa de los riesgos cubiertos que le ocurran al Asegurado producto de accidentes sufridos durante la vigencia de la misma, hasta la Suma Asegurada contratada indicada en el Cuadro Póliza y sujeto a las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza.

CLÁUSULA 2: 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 esta participe su aceptación a la solicitud efectuada por el Tomador, a partir del mediodía de la fecha indicada en el Cuadro Póliza, según corresponda, siempre y cuando el Tomador hubiere pagado la Prima correspondiente, dentro de los quince (15) días continuos y siguientes a la fecha de celebración del contrato, de lo contrario el presente contrato, quedará sin efecto alguno a partir del momento de la exigibilidad de la Prima.

En todo caso, la vigencia de la Póliza se hará constar en el Cuadro Póliza, con indicación de la fecha en que se emita, la hora y el día de su inicio y vencimiento.

CLÁUSULA 3: DEFINICIONES

A los efectos de esta Póliza, los términos que seguidamente aparecen, tendrán el significado indicado:

- 3.1. **EMPRESA DE SEGUROS:** Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A., quien asume los riesgos cubiertos en las Condiciones Particulares y Anexos de la Póliza.
- 3.2. **TOMADOR:** Persona Natural o Jurídica que, contrata el seguro y se obliga a pagar la Prima correspondiente a la Empresa de Seguros.
- 3.3. **ASEGURADO TITULAR:** la persona a nombre de quien se emite esta Póliza. Es quien ejerce los derechos del grupo Asegurado ante la Empresa de Seguros.
- 3.4. **BENEFICIARIO:** la persona o personas, Naturales o Jurídicas, designadas por el Asegurado Titular con derecho a recibir las indemnizaciones de esta Póliza.

El Asegurado Titular es Beneficiario de todas las indemnizaciones que pueden corresponder por los accidentes sufridos durante la vigencia de la Póliza a cualquiera de los Asegurados amparados bajo la cobertura de la Póliza.

- 3.5. ASEGURADO:** se entenderá como tal, a los efectos de esta Póliza, todas aquellas personas inscritas que se indican en el Cuadro Póliza y que están expuestas a los riesgos cubiertos señalados en las Condiciones Particulares y Anexos que se contraten con la presente Póliza.
- 3.6. CUADRO PÓLIZA:** documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: número de la Póliza, nombre del Tomador, Asegurado y Beneficiario en caso de muerte, identificación completa de la Empresa de Seguros, de su representante y domicilio principal, dirección del Tomador, dirección de cobro, nombre del Intermediario de Seguros, Suma Asegurada, monto de la Prima, forma y lugar de pago, período de vigencia, Deducible y firmas de la Empresa de Seguros y del Tomador.
- 3.7. INDEMNIZACION:** entiéndase por indemnización para los efectos de la presente Póliza, la suma que pagará la Empresa de Seguros al Tomador, suma que debe cumplir con las siguientes condiciones:
1. Que el motivo de la reclamación esté cubierto por la cobertura de la Póliza.
 2. Que sea motivo de reembolso por gastos efectivamente incurridos, facturados y debidamente cancelados por el Tomador durante la vigencia de la Póliza hasta el máximo de la Suma Asegurada contratada e indicada en el Cuadro Póliza.
- 3.8. SUMA ASEGURADA:** es el límite máximo de responsabilidad de la Empresa de Seguros y que está indicado en el Cuadro Póliza.
- 3.9. PRIMA:** es la única contraprestación pagadera en dinero por el Tomador a la Empresa de Seguros.
- 3.10. SINIESTRO:** es el acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte de la Empresa de Seguros.
- 3.11. CONDICIONES PARTICULARES:** aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.
- 3.12. RIESGO:** es el suceso futuro e incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario en caso de muerte y cuya materialización, da origen a la obligación de la Empresa de Seguros.
- 3.13. DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DE LA PÓLIZA:** las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud o Cuestionario de Seguro, el Cuadro Póliza y los Anexos que se emitan para complementarla o modificarla.

CLÁUSULA 4: RENOVACIONES

La vigencia de esta Póliza es por el término de la primera Prima pagada, a contar de la fecha de comienzo de la Póliza y el pago de las Primas subsiguientes a su vencimiento, renovará la

vigencia por los períodos a que corresponda cada pago, de acuerdo a lo previsto en la presente cláusula.

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 del seguro, de acuerdo a lo establecido en la CLÁUSULA 10: PLAZO DE GRACIA, de las Condiciones Particulares de la presente Póliza, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior.

La prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante una notificación escrita a la otra parte, dirigida al último domicilio que conste en el Cuadro Póliza, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso.

CLÁUSULA 5: PRIMAS

El Tomador debe la Prima desde el momento de la celebración del contrato y es exigible por parte de la Empresa de Seguros al momento de la entrega de la Póliza, del Cuadro Póliza o de la Nota de Cobertura Provisional, dentro de los quince (15) días continuos y siguientes a la fecha de celebración del contrato. En caso que la Prima no sea pagada en el lapso establecido o se haga imposible su cobro por causa imputable al Tomador, el presente contrato quedará sin efecto alguno, desde el momento de su exigibilidad.

El pago de la Prima solamente conserva en vigor la Póliza, por el tiempo al cual corresponde dicho pago, según se haga constar en el Cuadro Póliza.

Las Primas pagadas en exceso, ya sea al momento de la suscripción o al momento de ocurrir el Siniestro, no darán lugar a responsabilidad alguna por parte de la Empresa de Seguros por dicho exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses de dichas Primas.

CLÁUSULA 6: 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 en caso de muerte 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 un Siniestro o para derivar otros beneficios.**
- 2. Si el Siniestro se inicia antes de la vigencia del contrato y continúa después que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta de la Empresa de Seguros.**
- 3. Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario en caso de muerte no notificare el Siniestro o no entregare los documentos requeridos por la Empresa de Seguros, dentro de los plazos señalados en la CLÁUSULA 8: DEBERES DEL ASEGURADO**

EN CASO DE SINIESTRO, de las Condiciones Particulares; a menos que compruebe que la misma dejó de realizarse por una causa extraña no imputable.

- 4. Cuando el pago de la Prima se hubiera realizado con posterioridad a la fecha de ocurrencia de un Siniestro, la Empresa de Seguros no tendrá responsabilidad alguna, salvo que se efectúe, dentro del plazo establecido en la CLÁUSULA 2: VIGENCIA DE LA PÓLIZA, de las Condiciones Generales de la Póliza o dentro del plazo de gracia estipulado en la CLÁUSULA 10: PLAZO DE GRACIA, de las Condiciones Particulares de la Póliza.**
- 5. En caso de omisión, ocultamiento de información o reticencia en las declaraciones suministradas por el Asegurado o por terceras personas, que obren por cuenta de este en la presentación de Siniestros, con el propósito de ocultar o disimular la reclamación de un procedimiento no amparado por la presente Póliza.**
- 6. En caso que se compruebe que el Tomador o el Asegurado ha provocado intencionalmente el accidente, la Empresa de Seguros quedará liberada del cumplimiento de su obligación. En el supuesto de que el Beneficiario, cause dolosamente el daño quedará nula la designación hecha a su favor. La indemnización corresponderá a los otros Beneficiarios designados en la Póliza o en su defecto, a los herederos del Asegurado afectado.**
- 7. Otras exoneraciones de responsabilidad establecidas en las Condiciones Particulares y Anexos de la presente Póliza.**

CLÁUSULA 7: CADUCIDAD

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario en caso de muerte perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra la Empresa de Seguros o convenir con esta el Arbitraje previsto en la CLÁUSULA 16: OTROS SEGUROS, de las Condiciones Generales, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación:

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

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 8: TERMINACIÓN DEL CONTRATO

El Contrato de Seguro se dará por terminado, si el Tomador conoce que a la Empresa de Seguros, le fuere cancelada la autorización para operar en el ramo de que se trate. En este caso la terminación del contrato, tendrá efecto a partir del día hábil siguiente al de la recepción por parte de la Empresa de Seguros de su comunicación escrita o de cualquier fecha posterior que señale en la misma. La Empresa de Seguros, dentro de los quince (15) días continuos siguientes deberá poner a disposición del Tomador, la parte proporcional de la Prima, deducida la comisión pagada al Intermediario de Seguros, correspondiente al período que falte por transcurrir.

CLÁUSULA 9: 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 esta 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 estas sobre las Condiciones Generales de la Póliza.

Si la modificación requiere pago de Prima adicional se aplicará lo dispuesto en la CLÁUSULA 2: VIGENCIA DE LA PÓLIZA y CLÁUSULA 5: PRIMAS, de estas Condiciones Generales.

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

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

CLÁUSULA 10: ANEXOS

Solamente los funcionarios autorizados de la Empresa de Seguros tendrán facultad para extender Anexos a la presente Póliza. Para que tengan validez y puedan considerarse parte integrante de la Póliza, los Anexos a que se hace referencia en la misma, deben ser emitidos por la oficina de la Empresa de Seguros, en formularios impresos debidamente sellados y firmados por uno de sus funcionarios autorizados y si fuera el caso, el Tomador deberá pagar la Prima correspondiente contra la entrega del Cuadro Póliza.

Los Anexos de las Pólizas que modifiquen sus condiciones para su validez, deberán estar firmados por la Empresa de Seguros y el Tomador. En caso de discrepancia entre lo indicado en los Anexos y en la Póliza, prevalecerá lo señalado en el Anexo debidamente firmado.

CLÁUSULA 11: AVISOS

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

CLÁUSULA 12: DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD

El Tomador tiene el deber, antes de la celebración del contrato, de declarar con exactitud a la Empresa de Seguros, de acuerdo con el cuestionario que esta le proporcione o los requerimientos que le indique, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

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, que pueda influir en la valoración del riesgo y podrá ajustar o resolver el contrato 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. En caso de resolución, esta 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 Compañía de Seguros. Corresponderán a la Empresa de Seguros, las Primas relativas al período en curso en el momento en que haga esta notificación.

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 esta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiese establecido, de haber conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador o Asegurado actúa con dolo o culpa grave, la Empresa de Seguros quedará liberada del pago de la indemnización y de la devolución de la Prima.

La Empresa de Seguros, no podrá resolver la Póliza si el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del Siniestro.

CLÁUSULA 13: FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador o del Asegurado, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato, si son de tal naturaleza que la Empresa de Seguros de haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones, quedando limitada la obligación de la Empresa de Seguros únicamente a reintegrar sin intereses la Prima pagada, desde la emisión o renovación, lo que sea más reciente.

La Empresa de Seguros podrá, si el Asegurado presenta una reclamación fraudulenta o engañosa o si en cualquier tiempo, se emplearen medios o documentos engañosos o dolosos por el Tomador, el Asegurado, Beneficiarios o por terceros que obren por cuenta de

estos, para sustentar la reclamación o para derivar beneficios del seguro, según la presente Póliza, anula esta Póliza en todas sus partes, quedando limitada su obligación a reintegrar sin intereses la Prima pagada, desde la emisión o renovación, lo que sea más reciente.

CLÁUSULA 14: RECHAZO DEL SINIESTRO

La Empresa de Seguros deberá notificar por escrito al Asegurado o al/los Beneficiario(s) en caso de muerte de aquel, dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días hábiles y siguientes, contados a partir de la fecha en que la Empresa de Seguros haya recibido el último recaudo por parte del Asegurado, salvo por causa extraña no imputable a la Empresa de Seguros, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo, total o parcial de la indemnización reclamada por el o los Beneficiarios.

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.

CLÁUSULA 16: OTROS SEGUROS

El Tomador debe notificar a la Empresa de Seguros la tenencia o contratación de cualquier otro Seguro de Salud a su nombre o el de cualquier persona inscrita en esta Póliza.

Cuando el Asegurado se encuentre amparado por varios Seguros de Hospitalización, Cirugía y Maternidad 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 la Empresa de Seguros solo responderá como máximo hasta la cantidad establecida como Suma Asegurada y de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares de esta Póliza, indemnizando en función de la cobertura contratada, previa deducción de lo pagado por las otras Pólizas, no excediendo en ningún caso el ciento por ciento (100%) de los gastos incurridos y cubiertos por esta Póliza, sujeto al Costo Razonable indicado en la CLÁUSULA 1: DEFINICIONES PARTICULARES ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL, numeral 1.8. Costo Razonable, de las Condiciones Particulares de la presente Póliza. En este caso se deberá presentar el Finiquito y las facturas originales

indemnizadas por las otras Empresas de Seguros, conviniendo además que no se cubrirá la insolvencia o incumplimiento de cualquier otro Asegurador.

CLÁUSULA 17: DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

La designación del Beneficiario debe ser hecha por el Asegurado Titular a través de la Solicitud de Seguro que dispone la Empresa de Seguros 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 a la Empresa de Seguros.

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.

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, sin mayor especificación, se considerarán 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 el Beneficiario de que se trate ha fallecido simultáneamente con el Asegurado cuando el suceso que da origen al fallecimiento, ocurra en un mismo momento, independientemente de que el fallecimiento ocurra en una fecha posterior.

CLÁUSULA 18: CAMBIOS DE PROFESIÓN O ACTIVIDAD

Los cambios de profesión o de actividad del Asegurado no harán cesar los efectos del presente Contrato de Seguro.

Cuando los cambios sean de tal naturaleza que, si la nueva profesión o actividad hubiese existido en la fecha del contrato, la Empresa de Seguros solo habría consentido en el 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 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, este dejará de tener efecto a partir del decimosexto (16°) día hábil siguiente a la notificación, siempre que ponga a disposición del Asegurado la porción de la Prima no consumida.

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, 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 del seguro en curso que se hubiere causado. El silencio del Tomador equivale a la aceptación de la propuesta de la Empresa de Seguros.

CLÁUSULA 19: DOMICILIO ESPECIAL

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

CONDICIONES PARTICULARES

PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL LIBERTY ACCIDENTES

CLÁUSULA 1: DEFINICIONES PARTICULARES ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL

1.1. MÉDICO: cualquier Persona Natural que está legalmente autorizado para ejercer la medicina de acuerdo a las leyes del país donde ejerza su actividad profesional.

El término "Médico" no incluye a: dentista (odontólogo, ortodoncista), quiropráctico, optómetra, podiatra o cualquier otro profesional, cuya especialidad no esté reconocida por la Federación Médica Venezolana.

1.2. INSTITUCIÓN HOSPITALARIA: institución pública o privada legalmente autorizada para mantener instalaciones permanentes de asistencia médica a pacientes internados, que tenga Médicos en forma regular y permanente, que suministre en forma continua servicio de enfermería y que preste servicio de hospitalización, asistencia médica quirúrgica a personas lesionadas o enfermas.

No serán considerados para los efectos de esta Póliza, los lugares de descanso para ancianos, centros para tratamiento de drogadictos, alcohólicos o afectados por cualquier enfermedad infecto contagiosa o de desórdenes, enfermedades mentales, ni lugares donde se proporcionen tratamientos naturistas.

1.3. ACCIDENTE: los hechos que le ocurran al Asegurado, ajenos a su voluntad o intención, por causas externas, violentas y fortuitas y las cuales no pudo razonablemente prever y que le hayan provocado lesiones en el organismo, que no puedan atribuirse en forma alguna a condiciones patológicas.

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

- Casos de legítima defensa.
- Descargas eléctricas, incluido el rayo.
- Muerte que resulte a consecuencia de asfixia por agua o gases.
- Insolaciones o congelaciones, siempre y cuando la exposición a estos fenómenos sea por causas accidentales.
- Mordeduras de animales no hostigados previamente por el Asegurado.
- Práctica de cualquier deporte como no profesional, siempre que no pueda catalogarse como un acto temerario o imprudente.

- Viajes como pasajeros en embarcaciones, aviones, autobuses y ferrocarriles, tanto en líneas comerciales como privadas de pasajeros a nivel nacional e internacional.
- Manejo o viajes en automóviles, tanto en Venezuela como en el extranjero.
- Terremotos, inundaciones, volcanes u otros cataclismos de la naturaleza.
- Hechos que le ocurran al Asegurado hallándose en estado de embriaguez.

1.4. TRATAMIENTO: conjunto de medidas ordenadas por un Médico que se ponen en práctica para la curación o alivio de una enfermedad o lesión.

1.5. GASTO MÉDICO CUBIERTO: son los gastos generados por concepto de tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades o accidentes amparados por la Póliza e incluye los gastos por concepto de servicios hospitalarios, honorarios profesionales, exámenes, medicinas y suministros.

1.6. GASTO NO CUBIERTO: son todos aquellos gastos no amparados bajo la cobertura de la presente Póliza.

1.7. MEDICAMENTO NECESARIO: conjunto de medidas o procedimientos suministrados por un Médico o institución hospitalaria que se ponen en práctica para el tratamiento, curación o alivio de una enfermedad, que implique una mejora funcional en la salud física del Asegurado, bajo las siguientes características:

- Que sean apropiados al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión consecuencia de un accidente, padecido por el Asegurado.
- Que sean congruentes con las normas prácticas médicas o profesionales aceptadas.
- Que el nivel de servicio o suministro médico u hospitalario sea el más idóneo y que pueda ser proporcionado sin peligro para el Asegurado.

1.8. COSTO RAZONABLE: se entiende por "Costo Razonable" el promedio calculado por la Empresa de Seguros de los gastos médicos quirúrgicos y hospitalarios de clínicas ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido el Asegurado, los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de esta Póliza se encuentran cubiertos. Dicho promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga la Empresa de Seguros de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en dichos gastos, 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.

1.9. CLÍNICA TIPO A: se entiende por clínica tipo A aquellos centros hospitalarios que están en capacidad de ofrecer servicios médicos para todas las especialidades

médicas y quirúrgicas y que cuenta con equipos y exámenes especiales como: tomografías, resonancias magnéticas, radiografías, otros. Así como también cuentan con una infraestructura moderna y lujosa, con habitaciones privadas, servicios de áreas comunes tales como: estacionamiento, cafetín, salón de estar, vigilancia privada, entre otros.

CLÁUSULA 2: COBERTURAS DE LA PÓLIZA

A. MUERTE ACCIDENTAL

Si a consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado y amparado por esta Póliza, le sobreviene la muerte dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la ocurrencia del mismo, la Empresa de Seguros pagará la Suma Asegurada vigente para el momento del accidente.

B. INVALIDEZ PERMANENTE

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

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, la amputación o inutilización total e irreparable del uso del miembro o la parte del cuerpo afectada.

Para el caso de lesiones no mencionadas arriba, pero que sean consideradas de carácter permanente, serán evaluadas por el Médico que designe la Empresa de Seguros, 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 la Empresa de Seguros, se requiere que hayan tenido una duración ininterrumpida no menor 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 la Empresa de Seguros 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 la Póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma.

B.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 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.

B.2. FALLECIMIENTO DESPUÉS DEL PAGO DE UNA INVALIDEZ PARCIAL PERMANENTE

Si la Empresa de Seguros 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.

C. MUERTE ACCIDENTAL O INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE CONJUNTA

Si el Asegurado y su cónyuge se encuentran amparados bajo la Cobertura de la Póliza Liberty Accidentes Individual 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, la Empresa de Seguros incrementará en un cincuenta por ciento (50%) la Suma Asegurada correspondiente a cada uno de ellos para el momento de la ocurrencia del accidente.

D. INCAPACIDAD PROFESIONAL U OCUPACIONAL

En consideración al pago de la Prima adicional y contra la entrega al Asegurado del Cuadro Póliza se conviene amparar al Asegurado que la contrate, si a consecuencia de un accidente cubierto por esta Póliza, 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, la Empresa de Seguros 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 la Empresa de Seguros. 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 cancelará a el 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.

E. GASTOS MÉDICOS

En consideración al pago de la Prima adicional y contra la entrega al Asegurado del Cuadro Póliza se conviene a amparar al Asegurado que la contrate, los Gastos Médicos incurridos dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de ocurrencia de un accidente cubierto por esta Póliza y como consecuencia del mismo, el Asegurado tenga que someterse a intervención quirúrgica, hospitalizarse o recibir cualquier clase de atención médica necesaria para el restablecimiento de su salud en instituciones y por profesionales legalmente autorizados para ello, la

Empresa de Seguros le pagará en adición a cualquier otro beneficio amparado por esta cobertura, los Gastos Médicos en los que razonablemente incurra por estos conceptos, dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la ocurrencia del mismo y hasta por la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, siempre y cuando la Póliza se encuentre vigente, por cada accidente que le pueda ocurrir al Asegurado.

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:

- **Medicinas, radiografías, exámenes de laboratorio, resonancias magnéticas, tomografías axiales computarizadas y similares.**
- **Honorarios profesionales del personal médico o paramédico.**
- **Servicio de ambulancias.**
- **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:**
 - **Los honorarios profesionales.**
 - **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.**
 - **Las prótesis o aparatos ortopédicos necesarios en los casos de amputaciones, adquiridos por el Asegurado tanto en 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.

La Empresa de Seguros efectuará las indemnizaciones de los Gastos Médicos Cubiertos según la presente Póliza 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 canceladas. La indemnización se efectuará en moneda nacional, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes, al recibo en la oficina de la Empresa de Seguros de toda la documentación requerida, a la tasa de cambio oficial de compra vigente, establecida por el Banco Central de Venezuela, para el momento de ocurrencia del reclamo y siempre que la reclamación resulte válida según las condiciones de esta Póliza, 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 las clínicas clasificadas como tipo A. 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 la Empresa de Seguros, hasta un máximo del uno por ciento (1%) de la Suma Asegurada contratada para la presente cobertura.

F. INCAPACIDAD TEMPORAL

En consideración al pago de la Prima adicional correspondiente a esta Cobertura Opcional que ampara al Asegurado que la contrate, mediante la cual 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 Póliza, durante un período continuo y limitado de tiempo, la Empresa de Seguros pagará un monto semanal mientras dure tal incapacidad, sujeto a previa evaluación y autorización del departamento médico de la Empresa de Seguros, el cual determinará en función al tipo de lesión sufrida por el Asegurado el período de incapacidad a indemnizar, con arreglo a lo siguiente:

F.1. INCAPACIDAD TEMPORAL TOTAL

Si el Asegurado queda totalmente inhabilitado para atender todos los deberes propios de su actividad comercial u ocupación laboral, la Empresa de Seguros 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.

F.2. INCAPACIDAD TEMPORAL PARCIAL

Si el Asegurado puede desarrollar en parte las actividades propias de su actividad comercial u ocupación laboral, la Empresa de Seguros 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. La Empresa de Seguros efectuará el pago por esta cobertura al

término de la incapacidad o a solicitud del Asegurado por períodos mensuales transcurridos.

G. GASTOS DE ENTIERRO

En consideración al pago de la Prima adicional y contra la entrega al Asegurado del Cuadro Póliza se conviene en indemnizar al Asegurado, el monto indicado en la Póliza para esta cobertura, en caso de fallecimiento del Asegurado que haya contratado la misma, 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 treinta (30) 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.

CLÁUSULA 3: ÁMBITO DE LA PÓLIZA

Esta Póliza tiene alcance durante las veinticuatro (24) horas del día y en cualquier parte del mundo.

No obstante lo anterior, mediante la correspondiente indicación en la Póliza, el alcance de la misma podrá limitarse a una de las opciones siguientes:

- a) **Cobertura Únicamente durante Actividades Ocupacionales:** se limita al amparo por accidentes ocurridos durante el desarrollo de la actividad comercial o de la jornada laboral del Asegurado y durante el traslado desde su domicilio a su lugar de trabajo y viceversa.
- b) **Cobertura Extraprofesional:** se limita exclusivamente al amparo por accidentes ocurridos durante el desarrollo de actividades no relacionadas con la profesión u ocupación habitual del Asegurado afectado.

CLÁUSULA 4: BENEFICIO ACUMULATIVO

Beneficio opcional que puede ser contratado por el Asegurado, mediante el cual 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 la Póliza para dichas coberturas, hasta alcanzar el aumento acumulado el cincuenta por ciento (50%) de la Suma Asegurada a la fecha de contratación inicial de la Póliza.

Cuando se produzca un cambio de vigencia anual, el beneficio acumulativo seguirá surtiendo efecto de acuerdo a la nueva fecha de renovación anual.

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 o de inicio de un cambio de vigencia, el beneficio acumulativo correspondiente se activará en la próxima renovación de la Póliza.

CLÁUSULA 5: DOBLE INDEMNIZACIÓN

La Empresa de Seguros 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 anterior, 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 6: PERSONAS ASEGURABLES

Son asegurables bajo la presente Póliza, las siguientes personas:

- 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.
- 6.2. Adicionalmente, el Asegurado Titular podrá incluir bajo la cobertura de esta Póliza a los siguientes familiares:
 - 6.2.1. El cónyuge o la persona que conviva como tal con el Asegurado Titular, menor de setenta (70) años de edad.
 - 6.2.2. Los hijos solteros del Asegurado Titular, menores de veintiún (21) años de edad, pudiendo permanecer asegurados hasta los veintiocho (28) años de edad, cuando dependan económicamente del Tomador.
 - 6.2.3. Los padres del Asegurado Titular o de su cónyuge, menores de setenta (70) años de edad.
 - 6.2.4. Los hermanos solteros del Asegurado Titular que sean menores de veintiún (21) años de edad, pudiendo permanecer Asegurados hasta los veintiocho (28) años de edad, cuando dependan económicamente del Asegurado Titular.

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 la Póliza con sus respectivos datos personales, conforme a la cédula de identidad que se anexará en fotostato a la Solicitud del Seguro.

A los fines de los límites de edad establecidos, se considerará Asegurada la persona hasta el vencimiento del año Póliza, en el cual el Asegurado alcance la edad máxima fijada en cada caso.

CLÁUSULA 7: CAMBIO DE BENEFICIARIOS

El Tomador tiene derecho de cambiar de Beneficiarios en cualquier momento durante la vigencia de la Póliza, mediante solicitud escrita debidamente firmada dirigida a la Empresa de Seguros y una vez recibida esa comunicación, la Empresa de Seguros emitirá el respectivo Anexo a la Póliza haciendo constar tal cambio.

CLÁUSULA 8: DEBERES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

En todo caso de una reclamación en virtud de la presente Póliza, el Asegurado no solo procederá a dar aviso a la Empresa de Seguros acompañado de los recaudos estipulados en la presente cláusula, sino que adoptará y permitirá que se adopten todas las medidas que fueran razonables para reducir al mínimo las consecuencias del accidente que motivó la reclamación. Si se tratare de un accidente, el Asegurado entregará a la Empresa de Seguros una declaración por escrito, suministrando todos los datos razonables que se le pudieran exigir acerca de la ocurrencia del mismo. El Asegurado está igualmente obligado en cualquier tiempo, a entregar a la Empresa de Seguros todos los recibos originales, facturas originales debidamente canceladas, radiografías, resultados de exámenes y cualquiera otra documentación que la Empresa de Seguros, directamente o por medio de sus representantes, siendo los mismos exigibles en una sola oportunidad, con referencia a la reclamación a objeto de poder determinar el derecho a indemnización que pueda tener.

Asimismo se obliga el Asegurado, a certificar la exactitud de su reclamación y de cuantos aspectos estén consignados en la misma, mediante una declaración hecha, sea bajo juramento o en cualquier forma legal y de autorizar a la Empresa de Seguros 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 la Empresa de Seguros la oportunidad y el derecho, durante el curso de una reclamación 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 a la Empresa de Seguros a realizar las autopsias que considere necesarias en caso de muerte, salvo que estas estén prohibidas por la ley.

La Empresa de Seguros 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.

La Empresa de Seguros tiene derecho a recuperar del Asegurado, las sumas de dinero que por error hubiere pagado en virtud de las coberturas de esta Póliza, 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 a la Empresa de Seguros dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a su ocurrencia.
- d) Suministrar a la Empresa de Seguros:
 - I. En caso de Fallecimiento Accidental: acta de defunción, informe médico forense, cédula de identidad, 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.
 - II. En caso de Invalidez Permanente, Total o Parcial: los certificados médicos que acrediten la invalidez resultante.
 - III. En caso de Gastos Médicos: los comprobantes y facturas originales debidamente canceladas 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 de la Empresa de Seguros.
 - IV. En caso de Incapacidades Temporales: las certificaciones médicas con indicación del tipo y duración de la incapacidad.
 - V. Para Gastos de Entierro: acta de defunción, informe médico y cédula de identidad o partida de nacimiento.
 - VI. En caso de Incapacidad Profesional: los dictámenes médicos que determinen la inhabilitación para seguir desarrollando su ocupación habitual.

A fin de determinar su responsabilidad o cuánto y a quienes indemnizar, la Empresa de Seguros podrá requerirle por escrito documentos adicionales en una sola oportunidad a los arriba previstos y el Tomador o sus Beneficiarios están en la obligación de presentarlos.

La Empresa de Seguros 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 Tomador, Asegurado o Beneficiarios.

CLÁUSULA 9: OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD

La Empresa de Seguros quedará relevada 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 de la Empresa de Seguros 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.

La Empresa de Seguros quedará relevada 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 a la Empresa de Seguros dentro del plazo estipulado en la CLÁUSULA 8: DEBERES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO, de las Condiciones Particulares de la presente Póliza.
- b) Después de dar aviso a la Empresa de Seguros 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 8: 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 8: DEBERES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO, de las Condiciones Particulares de la presente Póliza.

La Empresa de Seguros 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 10: PLAZO DE GRACIA

Con el fin de no causar interrupciones en la protección ofrecida por esta Póliza y de evitar plazos de espera con ocasión de las renovaciones, el Asegurado debe efectuar el pago de las Primas de futuros períodos, a más tardar el mismo día en que termina el período anterior. No obstante esto, la Empresa de Seguros otorga al Asegurado un período de gracia de (30) días continuos y siguientes, al de la expiración del período anterior pagado si la forma de

pago es anual, durante cuyo plazo, puede efectuar el pago de la Prima correspondiente al período siguiente, sin que operen plazos de espera, con la particularidad, además, que durante el mencionado período de gracia, continúa el seguro en todo su vigor y que este cesa solamente al término del período de gracia, señalado en cada caso. Si durante el período de gracia señalado, ocurriera algún Siniestro amparado bajo las condiciones de esta Póliza, se procederá de acuerdo a lo siguiente: sí el monto de los gastos cubiertos de la reclamación es igual o superior al monto de la Prima, se descontará del monto a indemnizar del Siniestro la Prima correspondiente a la vigencia del seguro. Si el monto de los gastos cubiertos de la reclamación es menor a la Prima pendiente, el Tomador deberá pagar antes de finalizar el plazo de gracia establecido, la diferencia existente entre la Prima y dicho monto. No obstante, si el Tomador se negase o no pudiese pagar la diferencia de Prima antes de finalizar el plazo de gracia, el contrato se considerará prorrogado solamente por el período de tiempo que resultare de dividir el monto del Siniestro indemnizable, entre la Prima completa que corresponda al mismo período de la cobertura anterior, multiplicado por el número de días que contenga dicho período.

La falta de pago de la Prima en el tiempo establecido en el párrafo anterior, se entenderá como la voluntad del Tomador de anular la Póliza, quedando esta sin validez ni efecto alguno.

CLÁUSULA 11: EXCLUSIONES

No se consideran accidentes para los efectos de esta Póliza y por lo tanto quedan excluidos del alcance de las coberturas de la misma:

- 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 esta Póliza.**
- b) Los accidentes como consecuencia de desvanecimientos, síncope, infartos, ataques de apoplejía, epilepsia, roturas de aneurismas, várices, SIDA.**
- 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 esta Póliza.**
- 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 12: LUGAR DE PAGO DE LAS PRIMAS

Todos los pagos de Prima a que se refiere esta Póliza, se deberán hacer en dinero efectivo en cualquiera de las oficinas de la Empresa de Seguros y esta no se compromete a cobrar las Primas a domicilio ni dar aviso de su vencimiento y si lo hiciere, no sentará precedente de obligación, pudiendo suspender esta gestión en cualquier momento. Contra el pago de la Prima correspondiente, la Empresa de Seguros, entregará al Tomador un recibo firmado y sellado por el representante autorizado de la Empresa de Seguros en un formulario impreso que al efecto emite la Empresa de Seguros en su oficina, en cada caso.

Por el Tomador

Por la Empresa de Seguros

SEGUROS CARACAS de LIBERTY MUTUAL 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 Oficio N° 001417 de fecha 01 de marzo de 2004.