

## PÓLIZA DE SEGURO COMBINADO DE PERSONAS 4 EN 1 LA MUNDIAL

Entre **La Mundial de Seguros, C.A.**, Registro de Información Fiscal RIF J000846448, que en adelante será denominada el Asegurador, representada por el ciudadano \_\_\_\_\_ en su carácter de \_\_\_\_\_, facultado según consta en documento inscrito ante la Notaría Pública \_\_\_\_\_, el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, bajo el N° \_\_\_\_\_, Tomo \_\_\_\_\_, y el Tomador, identificado en el Cuadro Póliza Recibo, han convenido en suscribir el presente contrato de seguro, el cual está conformado y se registrará 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 mencionados en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere de este contrato de seguro, hasta los límites o suma asegurada señalados en el Cuadro Póliza Recibo.

#### CLÁUSULA 2. DEFINICIONES

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:

**ASEGURADOR:** **La Mundial de Seguros, C.A.**, antes identificada, quien asume los riesgos cubiertos bajo los términos establecidos en las Condiciones Generales, Particulares y Anexos de este contrato.

**TOMADOR:** Persona Natural o Jurídica que contrata el seguro con el Asegurador y se obliga al pago de la prima.

**ASEGURADO:** Persona Natural que en si misma está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, ya sea el Asegurado Titular o cualquiera de los integrantes de su grupo familiar.

**ASEGURADO TITULAR:** Asegurado indicado con este carácter en el Cuadro Póliza Recibo, quien ejerce los derechos de los asegurados ante el Asegurador.

**GRUPO FAMILIAR:** Es el formado por todas aquellas personas que tienen un vínculo común con el Asegurado Titular y que están amparados por este contrato.

**DEPENDIENTES:** Son aquellas personas que conviven y dependen económicamente del Asegurado Titular.

**BENEFICIARIO:** Persona natural o jurídica 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.

**EDAD:** Es la correspondiente a la fecha de cumpleaños más cercana, anterior o posterior, al momento de emisión o renovación de la Póliza.

**DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO:** Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, el Cuadro Póliza Recibo, los Anexos que se emitan para complementar o modificar el contrato y los demás documentos que por su naturaleza formen parte del contrato.

**SOLICITUD DEL 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 demás 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.

**CUADRO PÓLIZA RECIBO:** Documento emitido por el Asegurador, donde se indica como mínimo, la siguiente información: Número de la Póliza, 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, duración del contrato, fecha de emisión del contrato, deducible, si lo hubiere, y firmas del Asegurador y del Tomador.

**CONDICIONES PARTICULARES:** Son aquellas que contemplan aspectos específicos relativos al riesgo que se asegura.

**PRIMA:** Contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración del contrato.

**SUMA ASEGURADA:** Límite máximo de responsabilidad del Asegurador.

**RIESGO:** Posible ocurrencia por azar de un acontecimiento que no dependa exclusivamente de la voluntad del Tomador, Asegurado o Beneficiario, que ocasione una necesidad económica, y cuya aparición real o existencia se previene y garantiza en este contrato.

**SINIESTRO:** Materialización del riesgo que da origen a la obligación de indemnizar por parte del Asegurador.

### **CLÁUSULA 3. DURACIÓN DEL CONTRATO**

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

A falta de indicación expresa, los riesgos comienzan a correr por cuenta del Asegurador a las 12 m. del día de inicio de la vigencia del contrato y terminarán a la misma hora del día de su vencimiento.

### **CLÁUSULA 4. 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 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 la Póliza por el tiempo al cual corresponde dicho pago, según se haga constar en el Cuadro Póliza Recibo.

Contra el pago de la prima, el Asegurador entregará al Tomador el Cuadro Póliza Recibo 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 correspondientes a este contrato serán pagadas directamente en las oficinas del Asegurador. El Asegurador no está obligado a cobrar la prima a domicilio ni a dar avisos de su vencimiento y si lo hiciere, no sentará precedente de obligación, pudiendo suspender la gestión, en cualquier momento sin previo aviso.

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.

Las primas podrán ser pagadas bajo cualquier mecanismo o medio acordado por las partes.

El Tomador se obliga a pagar la prima correspondiente en la moneda en que se suscribe el contrato indicada en el Cuadro Póliza Recibo. No obstante, el Tomador podrá liberarse de su obligación mediante el pago del equivalente en Bolívares de la cantidad indicada en el Cuadro Póliza Recibo, calculado a la tasa de cambio oficial fijada por el Banco Central de Venezuela para la fecha del pago.

## **CLÁUSULA 5. FRACCIONAMIENTO DE LAS PRIMAS**

Si el pago de la prima es fraccionado, se entiende que tal fraccionamiento es una facilidad de pago y no implica modificación del período de vigencia del contrato. En este caso, si el Tomador no pagase cualquier fracción de la prima dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la finalización de la última fracción pagada, el Asegurador tiene derecho a exigir la prima debida o a resolver el contrato y si en ese período ocurriese un siniestro amparado, el Asegurador procederá de conformidad con las siguientes reglas:

1. Descontar del monto indemnizable la fracción de prima vencida. No obstante, si el monto a pagar es por la totalidad de la suma asegurada, el Asegurador podrá deducir las fracciones de primas pendientes para completar la totalidad de la prima del período de vigencia del contrato.
2. Si el monto indemnizable es menor a la fracción de prima vencida, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague la referida fracción de prima vencida, antes del referido plazo de cinco (5) días hábiles previsto en esta Cláusula.

En caso de resolución por falta de pago de una fracción de prima vencida, éste tendrá efecto desde la fecha de finalización del periodo cubierto por la última fracción de prima pagada, siempre que el Asegurador lo haya notificado previamente al Tomador o al Asegurado.

## **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 con lo establecido en la Cláusula 10.- Plazo de Gracia, de estas Condiciones Generales, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la continuidad 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 los menos un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de duración en curso.

## **CLÁUSULA 7. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**El Asegurador no estará obligado al pago de la indemnización en los siguientes casos:**

- a. **Si el Tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios relacionados con este contrato.**
- b. **Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario.**
- c. **Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, del Asegurado o del 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.**
- d. **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.**
- e. **Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no notificare el siniestro o no entregare los documentos requeridos por el Asegurador, dentro de los plazos señalados en la Cláusula 9. Reembolso de Gastos por Servicio de Asistencia Primaria de Salud; Cláusula 10. Procedimiento para Activar la Cobertura de Gastos Funerarios; y Cláusula 15. Reclamaciones, de las Condiciones Particulares, a menos que compruebe que la notificación dejó de realizarse por causa extraña no imputable al Tomador, el Asegurado o el Beneficiario.**

- f. Si el Tomador o el Asegurado Titular actúa con dolo o culpa grave, según lo señalado en la Cláusula 8. Declaraciones en la Solicitud, de estas Condiciones Generales.**
- g. Si el siniestro se inicia antes de la duración de este contrato y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador.**
- h. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares y Anexos de la Póliza.**

#### **CLÁUSULA 8. DECLARACIONES EN LA SOLICITUD**

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

El Asegurador deberá participar al Tomador o Asegurado, en el plazo de cinco (5) días hábiles siguientes, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud 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 decimosexto (16º) 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 de seguro transcurrido, hasta el momento en que se haga esta notificación.

Si el siniestro sobreviene antes que el Asegurador haga cualquiera de las notificaciones a que se refiere esta cláusula o antes de que se haga efectiva la resolución del contrato, la indemnización se reducirá en la misma proporción que existe entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador 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 sólo a una o varias de ellas, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto a los restantes si ello fuere técnicamente posible.

#### **CLÁUSULA 9. FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE**

Las falsedades o reticencias de mala fe por parte del Tomador o del 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 exonera 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. 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 duración 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 plazo, el contrato quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación de la duración del contrato anterior.

#### **CLÁUSULA 11. EXCLUSIONES GENERALES**

**El Asegurador no cubre los gastos o indemnizaciones relacionadas con:**

- 1. Lesiones ocasionadas como consecuencia o se den en el curso de: guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con alguna organización que realice actividades dirigidas a la sustitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.**
- 2. Lesiones o enfermedades producidas por radiación nuclear, fisión, fusión, radiaciones ionizantes o contaminación radiactiva, salvo que se originen por una causa extraña no imputable al Asegurado.**
- 3. Lesiones o enfermedades causadas por terremoto, temblor de tierra, maremoto, tsunami, inundación, movimientos de masas, flujos torrenciales, huracanes, tornado, tifón, ciclón, eventos climáticos, granizo, erupción volcánica o cualquier otra convulsión de la naturaleza o perturbación atmosférica.**
- 4. Lesiones ocasionadas como consecuencia de la participación activa del Asegurado en actos delictivos, motín, conmoción civil, disturbios populares, saqueos, disturbios laborales o conflictos de trabajo.**

#### **CLÁUSULA 12. PAGO DE INDEMNIZACIONES**

El Asegurador tendrá la obligación de 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 el Asegurador haya recibido el último recaudo solicitado, salvo por causa extraña no imputable al Asegurador.

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

El Asegurador deberá notificar por escrito al Tomador, Asegurado o Beneficiarios dentro del plazo señalado en la Cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que, a su juicio justifiquen, el rechazo total o parcial de la indemnización exigida.

### **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 la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil.

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 para regular los mecanismos alternativos de solución de conflictos en la actividad aseguradora.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

### **CLÁUSULA 15. CADUCIDAD**

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra el Asegurador o convenir con éste el 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 notificación, por escrito:

- a. Del rechazo total o parcial de siniestro.
- b. De la decisión del Asegurador sobre la inconformidad del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario respecto a la indemnización o al cumplimiento de la obligación a través de proveedores de insumos y 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.

### **CLÁUSULA 16. PRESCRIPCIÓN**

Salvo lo dispuesto en leyes especiales, las acciones derivadas del contrato de seguro prescriben a los tres (3) años contados a partir de hecho que dio origen a la obligación.

### **CLÁUSULA 17. MODIFICACIÓN Y REHABILITACIÓN**

Las solicitudes de modificación y rehabilitación del contrato deben ser solicitadas a través de cualquier mecanismo acordado por las partes.

Se consideran aceptadas las solicitudes efectuadas por el Tomador o Asegurado si el Asegurador no la rechaza dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de haberla recibido. Este plazo será de veinte (20) días hábiles cuando la modificación o rehabilitación conforme a las condiciones de este contrato, hagan necesario un

reconocimiento médico. El requerimiento del Asegurador de que se realicen exámenes médicos no implica la aceptación a que se refiere esta cláusula.

El contrato de seguro puede ser rehabilitado a solicitud del Tomador, 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 los tres (3) meses siguientes a la fecha de inicio de su rehabilitación, salvo por los casos de accidentes que ocurran a partir de la fecha de la rehabilitación.

No se convendrá la rehabilitación, una vez transcurridos noventa (90) días continuos desde la fecha de resolución del contrato.

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 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 periodo 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.

## **CLÁUSULA 18. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO**

1. El Propuesto Asegurado Titular o el Tomador deberán llenar la Solicitud de Seguro y declarar, con absoluta sinceridad, todas las circunstancias necesarias para poder apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en este contrato.
2. El Tomador deberá pagar la prima en la forma, lugar y tiempo convenido en este contrato y llenar la solicitud en la parte que le corresponda.
3. El Asegurado deberá emplear el cuidado de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro o para aminorar sus consecuencias.
4. El Asegurado y el Tomador, 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.
5. 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.
6. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberá probar la ocurrencia del siniestro a través de la consignación de toda aquella información necesaria

para verificar las circunstancias y consecuencias del siniestro, que sea solicitada por el Asegurador.

7. El Tomador, el Asegurado 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.

## **CLÁUSULA 19. OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR**

1. Informar al Tomador o al Asegurado Titular, 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. En la renovación la obligación procederá para los nuevos documentos o para aquellos que hayan sido modificados. La entrega de los documentos señalados deberá efectuarse en los términos acordados entre las partes.
3. Proceder al pago de la indemnización en caso de siniestro, o rechazarlo mediante escrito motivado en los plazos establecidos en la Ley que regula la actividad aseguradora, luego de recibida la notificación y los recaudos necesarios para su tramitación, conforme con lo establecido en las Condiciones Particulares de este contrato.
4. Cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el contrato de seguro.

## **CLÁUSULA 20. PERITAJE**

Si surgiere desacuerdo entre el Asegurador y el Asegurado o Beneficiario para la evaluación de una invalidez o incapacidad a consecuencia de un accidente o con la indemnización de un siniestro, podrán convenir un peritaje sometiéndose al siguiente procedimiento:

1. Nombrar por escrito un Perito Único de común acuerdo entre las partes.
2. En caso de desacuerdo sobre la designación del Perito Único, se nombrarán por escrito dos Peritos, uno por cada parte, en el plazo de un (1) mes calendario a partir del día en que una de las dos partes haya requerido a la otra dicha designación. Si una de las dos partes se negare a designar o dejare de nombrar el Perito en el plazo estipulado, se entenderá que la otra parte desiste del procedimiento.
3. Si los dos Peritos así nombrados no llegaren a un acuerdo, el o los puntos en discrepancia serán sometidos al fallo de un tercer Perito nombrado por ellos, por escrito, y su apreciación agotará este procedimiento.
4. El Perito Único, los dos Peritos o el Perito Tercero, según el caso, decidirán en qué proporción las partes han de soportar los gastos relativos al peritaje.

Los Peritos deberán dar su fallo por escrito dentro de un período de treinta (30) días continuos después de haber aceptado la designación. Los Peritos harán sus evaluaciones atendiendo a las condiciones del contrato.

El fallecimiento de cualquiera de los dos (2) Peritos que aconteciera en el curso de las operaciones de peritaje, no anulará ni mermará los poderes, derechos, o atribuciones del Perito sobreviviente. Asimismo, si el Perito Único o el Perito Tercero falleciera antes del dictamen final, la parte o los Peritos que le hubieren nombrado, según el caso, quedan facultados para sustituirlo por otro.

Los Peritos deberán tener experiencia en la materia sometida a peritaje; en este caso de accidentes personales, deben ser médicos.

## **CLÁUSULA 21. 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 administrativa y civilmente responsable en caso de que no haya entregado la notificación a su destinatario en un plazo de tres (3) días hábiles, contados a partir de su recepción.

## **CLÁUSULA 22. 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, la ciudad donde se celebró el contrato de seguros, a cuya jurisdicción declaran someterse las partes.

# **CONDICIONES PARTICULARES**

## **CLÁUSULA 1. INTERPRETACIÓN DE TÉRMINOS**

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

**PROVEEDOR DE SERVICIO:** Empresa concertada por el Asegurador, que coordinará los servicios previstos en las coberturas amparadas en esta Póliza, para que sean dispensadas al Asegurado.

**CENTRAL TELEFÓNICA O CALL CENTER:** Unidad de atención perteneciente al Proveedor de Servicio del Asegurador, para coordinar la prestación eficiente del servicio al Asegurado, centralizada y validando las llamadas telefónicas. Su número de contacto está indicado en el Cuadro Póliza Recibo.

**RED DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:** Conjunto de Centros Médicos Asistenciales, médicos y Proveedores de Servicios de Salud que han acordado con el Asegurador la atención médica a los asegurados indicados en la Orden de Servicio.

**ORDEN DE SERVICIOS:** Documento emitido por el Asegurador donde autoriza la prestación del servicio o la atención médica por parte de los miembros de la Red de Atención Primaria de Salud, al Asegurado allí indicado.

**ORDEN MÉDICA:** Documento emitido por el médico, escrito, donde el médico prescribe servicios y/o tratamientos para el paciente.

**SERVICIOS DE TELEMEDICINA:** Servicio de Asistencia Médica Telefónica, mediante llamada al número de la Central Telefónica del Proveedor de Servicio del Asegurador indicado en el Cuadro Póliza Recibo, donde se podrán obtener indicaciones médicas, derivar en una atención médica a domicilio o recomendación de asistencia a un centro hospitalario. Servicio disponible las 24 horas, todo el año e ilimitado durante la vigencia de la Póliza.

**ESTUDIOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS:** Estudios ordenados por el médico tratante de la red del Proveedor que atienda al Asegurado, siempre que sean médicamente necesarios y cónsonos con la especialidad médica y la patología presentada por el mismo.

**ACCIDENTE:** Suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del Tomador o del Asegurado, que le cause a este último lesiones corporales.

**EMERGENCIA MÉDICA:** Condición que compromete la vida o la integridad física del Asegurado, cuya atención no puede ser diferida y su diagnóstico ha sido hecho por un médico calificado de la institución hospitalaria prestadora de los servicios de salud.

**ENFERMEDAD:** Alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que origine reducción de su capacidad funcional y que requiera tratamiento médico o intervención quirúrgica.

**ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Enfermedad o lesión que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del contrato o de la inclusión del Asegurado en el seguro, y sea conocida por el Tomador o el Asegurado al momento de la suscripción del contrato.

**ENFERMEDAD, DEFECTO O MALFORMACIÓN CONGÉNITA:** Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo humano que existan desde la fecha de nacimiento o antes del mismo. Se considerará enfermedad preexistente si es conocida por el Tomador o el Asegurado a la fecha de inicio de la vigencia del contrato o de la inclusión del Asegurado en el seguro.

**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 de seguro, 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 desordenes de conducta, ni lugares donde se proporcionen tratamientos naturistas, terapias alternativas y acupuntura.

**MÉDICO:** Persona natural acreditada conforme a la ley para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios, en cualquiera de sus modalidades y especialidades.

**MÉDICO TRATANTE:** Profesional de la salud, legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina en el país donde presta sus servicios, cuya especialidad esté directamente relacionada con el diagnóstico o tratamiento efectuado al Asegurado. Queda entendido que el médico tratante es un profesional

independiente y la prestación de sus servicios no genera responsabilidad por parte del Asegurador.

**PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO:** Tratamiento médico, intervención quirúrgica, suministro, medicamento, procedimiento médico u hospitalización que:

1. No haya sido aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento médico de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional; o
2. Su uso esté restringido a objetivos clínicos disciplinados que posean valor o beneficio para propósitos clínicos de la disciplina y estudios científicos; o
3. No se haya probado de manera objetiva que posea valor o beneficio terapéutico; o
4. Esté bajo estudio, investigación, en un período de prueba o en cualquier fase de un experimento o ensayo clínico.

**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.

**PRÓTESIS:** Dispositivo o aparato diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo trabaje mejor.

**ATENCIÓN AMBULATORIA:** Atención médica suministrada a un Asegurado cuando su permanencia en la Institución Hospitalaria sea menor de 24 horas.

**COSTO RAZONABLE:** Es el 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 los 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 costo 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 equipos médicos o a cualquier otro gasto médico amparado e incurrido con motivo de la asistencia.

**MÉDICAMENTE 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:

1. Que sea apropiado para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del Asegurado.

2. Que sea congruente 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.
3. Que el nivel de servicio o suministro sea idóneo y pueda ser proporcionado sin riesgo para el Asegurado.
4. Que no sea primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado, de su familia o de su Médico.

**INVALIDEZ PERMANENTE:** Pérdida anatómica o impotencia funcional permanente de miembros u órganos como consecuencia de lesiones corporales por un accidente.

## **CLÁUSULA 2. COBERTURA BÁSICA**

**Este seguro contempla como Cobertura Básica las siguientes:**

1. **Asistencia Primaria de Salud.**
2. **Accidentes Personales (Muerte Accidental e Invalidez Permanente).**
3. **Muerte.**
4. **Gastos por Servicios Funerarios.**

## **CLÁUSULA 3. PERSONAS ASEGURABLES**

Además del Asegurado Titular, cuya edad sea menor o igual a sesenta y cinco (65) años para el momento de inscribirse en la Póliza, podrán inscribirse en el presente seguro las siguientes personas naturales que formen parte de su grupo familiar y que tengan nexos de dependencia económica con él:

- a. El cónyuge del Asegurado Titular o la persona con quien mantenga unión estable de hecho, siempre que no supere sesenta y cinco (65) años de edad.
- b. Los hijos del Asegurado Titular o de su cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho, con edad comprendida entre un (1) mes y los veinticinco (25) años.
- c. Cualquier otra persona menor de sesenta y cinco (65) años, que dependa económicamente del Asegurado Titular.

Es condición expresa que los solicitantes del seguro gocen de buena salud física y mental y no tengan defectos físicos o mutilaciones relevantes.

Podrán inscribirse en las Coberturas Básicas de Accidentes Personales y Muerte solo el Asegurado Titular y su cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.

## **CLÁUSULA 4. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS**

**El Asegurador proporcionará los beneficios señalados en el Cuadro Póliza Recibo o indemnizará hasta por la suma asegurada señalada en el Cuadro Póliza Recibo, por los riesgos cubiertos por las Coberturas siguientes:**

- 4.1. **Asistencia Primaria de Salud:** El Asegurador se compromete a suministrar el servicio de Asistencia Primaria de Salud a través de un Proveedor seleccionado para tal fin, por atenciones y tratamientos médicos como consecuencia de enfermedad o accidente ocurrido

durante la vigencia de la Póliza, siempre y cuando las mismas, no constituyan una emergencia y puedan ser tratadas de forma idónea y acorde a los protocolos médicos de rigor, por consulta externa en forma ambulatoria.

**4.1.1. Beneficios Cubiertos:** Los beneficios y servicios cubiertos son los siguientes:

**a. Consultas médicas en las especialidades de:**

- ✓ Cardiología
- ✓ Gastroenterología
- ✓ Neurología Pediátrica
- ✓ Cirugía General
- ✓ Ginecología
- ✓ Pediatría
- ✓ Cirugía Pediátrica
- ✓ Medicina General
- ✓ Terapia del Lenguaje
- ✓ Endocrinología
- ✓ Medicina Interna
- ✓ Traumatología
- ✓ Fisiatría
- ✓ Nefrología
- ✓ Urología
- ✓ Ginecología una consulta al año con citología y eco transvaginal

**b. Estudios de Laboratorio, limitado a uno (1) al año por patología o enfermedad, contentivos de:**

Perfil Simple 1 (Hematología Completa, Glicemia, Urea, Creatinina, Colesterol, Triglicéridos, Orina).

Perfil Simple 2 (Hematología Completa, Glicemia, TGO-TGP, Bilirrubina total y Fraccionada, Orina).

**c. Rx, uno (1) al año por patología o enfermedad.**

**d. Ecografía simple, uno (1) al año por patología o enfermedad.**

**e. Estudio Cardiológico, uno (1) al año contentivos de:**

- ✓ Holter
- ✓ Monitoreo ambulatorio de Presión Arterial (MAPA)
- ✓ Electrocardiograma
- ✓ Ecocardiograma

**f. Rehabilitación Física, hasta diez (10) sesiones a juicio del médico tratante.**

**g. Servicios de Telemedicina ilimitado.**

**h. Servicio de Atención Médica Domiciliaria: uno (1) al año, incluye: Atención médica domiciliaria, Exámenes de laboratorios a domicilio y Rayos X a domicilio.**

**i. Traslados Urbanos, uno (1) al año, para atenciones básicas y de complejidad media.**

**4.2. Accidentes Personales:** El Asegurador indemnizará a quien corresponda, hasta por la suma asegurada señalada en el Cuadro Póliza Recibo, si como consecuencia directa de un accidente cubierto por esta Póliza se le produjera al Asegurado:

**4.2.1. Muerte accidental:** Si a consecuencia de un accidente sufrido por un Asegurado y amparado por esta Póliza, le sobreviniere la muerte dentro de un (1) año contado a partir de la fecha de ocurrencia del mismo, el Asegurador pagará a los Beneficiarios designados, la suma asegurada vigente para el momento del accidente.

**4.2.2. Invalidez Permanente:** Si a consecuencia de un accidente sufrido por un Asegurado y amparado por esta Póliza, le sobreviniere dentro de un (1) año contado a partir de la fecha de ocurrencia del mismo, cualquiera de las condiciones de invalidez señaladas en la siguiente escala de indemnizaciones, el Asegurador pagará la cantidad resultante de aplicar el porcentaje estipulado en dicha escala, a la suma asegurada por esta cobertura, vigente para el momento del accidente.

#### Escala de Indemnizaciones

##### Invalidez Total Permanente

Enajenación mental incurable o pérdida de la conciencia	100%
Ceguera absoluta en ambos ojos	100%
Pérdida total de la audición y del habla	100%
Lesiones incurables de la médula espinal que impidan por completo el movimiento	100%
Pérdida o inutilización de ambos brazos, manos, piernas, pies, de un brazo o de una mano y de una pierna o un pie	100%

##### Invalidez Parcial Permanente

Pérdida de la visión de un ojo y disminución de la agudeza visual del otro en más de un 50%, siempre y cuando ésta sea incorregible	75%
Pérdida de un ojo con enucleación	35%
Pérdida de un ojo sin enucleación	25%
Reducción de la visión de ambos ojos en más de un 50%	50%
Sordera bilateral	50%
Sordera unilateral	25%
Pérdida total del habla	50%
Trastornos graves en las articulaciones de ambos maxilares	15%
Pérdida total del olfato y el gusto	5%
Pérdida completa del uso de la cadera	30%
Pérdida por amputación o inutilización absoluta de una pierna por encima de la rodilla	60%
Pérdida por amputación o inutilización absoluta del brazo o de la mano derecha	60%
Pérdida por amputación o inutilización absoluta del brazo o de la mano izquierda	50%
Pérdida por amputación o inutilización absoluta de una pierna por debajo o a nivel de la rodilla o de un pie	50%
Pérdida completa del uso del hombro derecho	30%
Pérdida completa del uso del hombro izquierdo	25%
Pérdida completa del uso de la rodilla	25%
Pérdida del dedo pulgar derecho	20%
Pérdida del dedo pulgar izquierdo	18%
Pérdida del dedo índice derecho	15%
Pérdida del dedo índice izquierdo	13%
Pérdida del dedo gordo del pie	10%
Pérdida de cualquier otro dedo del pie	5%
Pérdida del dedo medio derecho	10%
Pérdida del dedo medio izquierdo	8%
Pérdida del dedo anular derecho	8%
Pérdida del dedo anular izquierdo	6%

<b>Pérdida del dedo meñique derecho</b>	<b>7%</b>
<b>Pérdida del dedo meñique izquierdo</b>	<b>5%</b>

La pérdida de las falanges dará lugar a indemnización sólo cuando se hubiere producido por amputación total, y la indemnización será igual a la mitad del porcentaje que corresponda por la pérdida del dedo entero si se tratare del pulgar, y de la tercera parte por cada falange si se tratare de otros dedos.

Las condiciones de invalidez no descritas en la escala anterior, aunque sean de menor importancia, serán pagadas en relación a su gravedad comparándolas con las aquí descritas sin tener en cuenta la ocupación del Asegurado.

En caso de constar en la solicitud que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnizaciones fijados por la pérdida de los miembros superiores.

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

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

Si como consecuencia de un accidente se produjeran varias pérdidas o condiciones de invalidez, se sumarán los importes correspondientes a cada una de ellas, sin que el total exceda el 100% de la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo.

Los defectos físicos que el Asegurado hubiese tenido antes de la entrada en vigencia del presente contrato, no darán lugar a indemnizaciones.

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

Cualquier indemnización pagada durante la vigencia de este Póliza por concepto de alguna invalidez permanente, será en disminución de la suma asegurada para esta cobertura y es sobre el remanente que se aplicarán los porcentajes de indemnización por invalidez permanente en caso de ocurrir nuevos accidentes en el mismo período y sujetos a este beneficio.

**La determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad.**

**4.3. Muerte: El Asegurador pagará la Suma Asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo a los Beneficiarios designados o en su defecto a los Herederos Legales, en caso de fallecimiento del Asegurado, sea por causa natural o accidental, ocurrido durante el año de vigencia de la Póliza y amparado por la misma.**

**4.4. Gastos por Servicios Funerarios: El Asegurador se compromete a pagar los gastos incurridos por concepto de la prestación del Servicio Funerario al Asegurado Titular o a quien demuestre fehacientemente haber pagado los gastos, hasta por la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo o a prestar el servicio funerario en caso de fallecimiento del Asegurado Titular o de cualquier miembro de su grupo familiar inscrito, ocurrido durante la vigencia de la Póliza y que de acuerdo a las Condiciones de esta Póliza se encuentre cubierto.**

**4.4.1. Servicios Funerarios cubiertos: A los efectos de esta Póliza, se estarán cubiertos los gastos referentes a:**

- a. Preparación y arreglo normal del fallecido.
- b. Resguardo del fallecido.
- c. Ataúd.
- d. Servicios de capilla y cafetín.
- e. Oficios religiosos.
- f. Habitación de descanso.
- g. Traslado del fallecido, desde el lugar de fallecimiento hasta la Funeraria.
- h. Cortejo fúnebre: desde la Funeraria hasta el cementerio en donde se realice la inhumación o cremación.
- i. Vehículos para traslado de familiares y acompañantes: desde la Funeraria hasta el cementerio en donde se realice la inhumación o cremación. (máximo 2 vehículos).
- j. Diligencias legales: Gestiones necesarias para la inhumación o cremación.
- k. Cruz de florales naturales.
- l. Servicios de inhumación, incluyendo el Servicio Religioso.
- m. Servicios de Cremación en casos que así lo soliciten, incluyendo el Servicio Religioso.
- n. Encoframiento de las cenizas.

**Los servicios antes mencionados serán amparados hasta el límite de la cobertura contratada y se prestarán las Veinticuatro (24) horas del día y los Trescientos Sesenta y Cinco (365) días del año.**

**Toda mejora al Servicio deberá ser cubierta por los familiares del fallecido(a).**

**En caso de que los gastos por la prestación del Servicio Funerario sean menores a la suma asegurada contratada, el Asegurador se compromete a pagar la diferencia que exista entre la suma asegurada y el gasto del servicio funerario, al**

**Asegurado Titular o a los Beneficiarios o los Herederos Legales del Asegurado fallecido, según sea el caso.**

**CLÁUSULA 5. PLAZOS DE ESPERA**

Todos los Asegurados inscritos en el seguro tienen derecho a gozar de las coberturas y beneficios establecidos en esta Póliza, una vez transcurridos los plazos siguientes:

Cobertura	Plazo de Espera
Asistencia Primaria de Salud	Treinta (30) días continuos, contados a partir de la fecha de comienzo de la Póliza o la inclusión del Asegurado en la misma.
Accidentes Personales	Sin plazos de espera.
Muerte	Sin plazos de espera.
Gastos por Servicios Funerarios	Noventa (90) días continuos contados a partir del inicio de la Póliza, la rehabilitación o la inclusión de un asegurado en la misma. En caso de fallecimiento como consecuencia de accidentes, no aplicará el plazo indicado.

**CLÁUSULA 6. OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD**

El Asegurador quedará exonerado de toda responsabilidad sí:

- a. Por causa extraña no imputable o decisión autónoma del Asegurado o de sus responsables, no se pueda efectuar cualquiera de las prestaciones cubiertas, así como por los eventuales retrasos debido a contingencias o hechos imprevisibles, incluidos los de carácter meteorológicos u orden público que provoque una ocupación preferente y masiva de los prestadores de tales servicios, así como tampoco cuando se presenten daños en las líneas telefónicas o en general en los sistemas de comunicación.
- b. Bajo criterio profesional la prestación del servicio no se considere medicamente necesario.
- c. La ubicación de solicitud del servicio está catalogada como zona de riesgo o zona de difícil acceso.
- d. La asistencia y servicios solicitados son producidos por la ingestión voluntaria (no prescrita médicamente) de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica o por enfermedades mentales.

**CLÁUSULA 7. EXCLUSIONES PARTICULARES**

**6.1. Aplicables a la Cobertura de Asistencia Primaria de Salud: No estarán cubiertos los gastos a consecuencia de:**

- a. **Servicios o exámenes no indicados en el récipe médico, derivado de una consulta amparada por esta cobertura.**
  - b. **Suministro de las medicinas prescritas o no, utilizados en la consulta y/o para tratamiento ambulatorio.**
  - c. **Cirugías Láser.**
  - d. **Pruebas diagnósticas de alta tecnología, estudios histopatológicos o biopsias, radioterapia y/o quimioterapia.**
  - e. **Consultas para controles médicos o chequeos preventivos.**
  - f. **Procedimientos quirúrgicos de cualquier tipo.**
  - g. **Prótesis y/o restauraciones y sus materiales.**
  - h. **Accidentes o enfermedades y sus secuelas que sean de origen anterior a la fecha de inclusión de cada Asegurado en el seguro.**
  - i. **Anestesia general o sedación.**
  - j. **Cualquier tipo de lente (monturas, lentes de contacto, cristales).**
  - k. **Servicios de enfermería privada.**
  - l. **Los derivados de accidentes laborales y profesionales.**
  - m. **Los derivados de la utilización de vehículos que sean objeto de cobertura por el Seguro Responsabilidad Civil de Automóvil.**
  - n. **Los gastos por viaje y desplazamiento.**
  - o. **Procedimientos y/o servicios médicos recibidos fuera de la República Bolivariana de Venezuela.**
- 6.2. **Aplicables a la Cobertura de Accidentes Personales: No se considerarán accidentes a los efectos de esta Póliza y por consiguiente no serán cubiertos por la misma, los sufridos a consecuencia de:**
- a. **Suicidio o tentativa de suicidio u homicidio intencional o su tentativa causado por alguno de los Beneficiarios de la Póliza.**
  - b. **Lesiones inferidas a sí mismo por el Asegurado o por sus herederos o Beneficiarios.**
  - c. **Las enfermedades y lesiones con ellas relacionadas, a menos que las mismas sean producidas a consecuencia directa de un accidente cubierto por esta Póliza.**
  - d. **Participación en duelos o riñas, salvo que se tratase de legítima defensa.**
  - e. **Alteraciones del orden público, secuestro, actos delictivos.**
  - f. **La violación de normas legales, o en el ejercicio de actividades ilícitas, huelga, invasiones civiles o militares, rebeliones, insurrecciones, motín, conmoción civil o la prestación del servicio militar.**
  - g. **Influencia de estupefacientes, alcohol y drogas o abuso de narcóticos o estimulantes que no estén bajo prescripción médica.**
  - h. **Práctica de deportes como profesional.**
  - i. **Práctica del Asegurado de los siguientes deportes o actividades de alto riesgo: caza, automovilismo, motociclismo, motocross, karting,**

**scooters, competencia de ciclismo, benji, buceo, submarinismo, esquí acuático, esquí en nieve, rafting, descensos de rápidos, surf, windsurf, remo, pesca en altamar, pesca submarina, motonáutica, navegación en aguas internacionales en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, fútbol americano, rugby, saltos ornamentales, paracaidismo, vuelo en ícaro, vuelo a vela, vuelo en globo, vuelo en parapente, vuelo en planeador, vuelo en ultraligero, velerismo, vuelo delta, coleo, competencia de equitación, polo, hipismo, rodeo, boxeo, lucha, artes marciales, jiu jitsu, viet vo dao, full contact, competencia de levantamiento de pesas, tiro, espeleología, alpinismo y escalada.**

**j. Viajes como piloto o tripulante de cualquier tipo de aeronave, o como pasajero de aeronave o helicóptero privado.**

**6.3. Aplicables a la Cobertura de Muerte y a la Cobertura de Gastos por Servicios Funerarios: El Asegurador quedará relevado de toda obligación de indemnizar si el fallecimiento del Asegurado ocurriera como consecuencia de:**

**a. Suicidio consumado mientras la Póliza se mantenga vigente, independientemente de la duración de este seguro.**

**b. La producción y utilización de explosivos.**

**c. La práctica de deportes u ocupaciones que no hayan sido declarados por el Asegurado Titular y aceptado por el Asegurador.**

**d. Competencias de velocidad o resistencia; apuestas, concursos y la participación de expediciones o exploraciones del Asegurado Titular.**

**e. Viajes del Asegurado en avión, excepto como pasajero de líneas aéreas comerciales autorizadas.**

**f. Participación del Asegurado en riñas, alteraciones del orden público y actos delictivos.**

**g. Las actividades realizadas en el servicio militar.**

## **CLÁUSULA 8. PROCEDIMIENTO PARA ACTIVAR LA COBERTURA DE ASISTENCIA PRIMARIA DE SALUD**

Los beneficios amparados por esta cobertura se prestarán en los lugares o regiones en donde el Asegurador tenga dispuesta o contrate la prestación de los servicios con médicos, Institución Hospitalaria o Proveedor de Servicio del Asegurador de Salud con base a lo siguiente:

**a. El Asegurador proveerá al Asegurado de una orden de consulta con el fin de prestar el servicio de atención primaria de salud.**

**b. El Asegurado deberá asistir a las consultas de los médicos, Institución Hospitalaria o Proveedor de Servicio del Asegurador de Salud afiliados, únicamente en caso de enfermedad o accidente de carácter ambulatorio.**

**c. El Asegurado deberá presentar su Cédula de Identidad y la orden de consulta, de la Institución Hospitalaria o Proveedor de Servicio de Salud afiliado. En caso de tratarse de menores de edad, que aún no la posean, deberán presentarse**

con un representante legal y la cédula del titular de la Póliza o en su defecto de una fotocopia de la misma.

- d. Los médicos de la Institución Hospitalaria o Proveedor de Servicio de Salud afiliado, realizarán la consulta respectiva e indicaran estrictamente el tratamiento de acuerdo a la enfermedad o dolencia presentada por el paciente.
- e. Los médicos de la Institución Hospitalaria o Proveedor de Servicio de Salud afiliado, atenderán únicamente a un (1) paciente por consulta y por grupo familiar, salvo casos médicamente justificados.
- f. Los médicos especialistas afiliados, únicamente deberán ser consultados previa referencia de los médicos de la consulta de atención primaria de salud.
- g. Toda consulta médica adicional, dentro de una misma especialidad distinta a la consulta de lectura de resultados, deberá estar justificada y solicitada con el respectivo informe médico que indique algún tipo de patología y que por tal razón el paciente debe acudir a una nueva consulta en dicha especialidad.

El Asegurador estará en la obligación de notificar a los asegurados en forma mensual las Instituciones Hospitalarias y los Proveedores de Servicio de Salud por los medios que tenga dispuesto para ello.

#### **CLÁUSULA 9. REEMBOLSO DE GASTOS POR SERVICIOS DE ASISTENCIA PRIMARIA DE SALUD**

Si al requerir cualquier servicio de Asistencia Primaria de Salud, el Asegurado o Tomador se viera imposibilitado para establecer comunicación con el Asegurador o si el Asegurador no pudiera suministrar los servicios garantizados por esta cobertura, por causa extraña no imputable al Asegurado o Tomador o al Asegurador, según sea el caso, el Asegurador procederá al análisis de los gastos incurridos bajo el criterio de Gastos Razonables y de ser pertinente hará el reembolso, debiendo el Tomador y/o el Asegurado:

1. Dar aviso por escrito al Asegurador dentro de cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de tener conocimiento de la ocurrencia del evento.
2. Proporcionar al Asegurador dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha del aviso, los documentos y recaudos mínimos que se indican a continuación:
  - a. Carta explicativa de los hechos.
  - b. La factura de pago original del servicio médico autorizado conforme a lo exigido por el SENIAT, con los servicios recibidos debidamente desglosados.
  - c. Informe amplio y detallado del médico tratante.
  - d. Fotocopia legible de la cédula de identidad del beneficiario o del representante legal en caso de menores de edad.
  - e. Resultados originales de los exámenes y estudios practicados con sus respectivas órdenes médicas.

#### **CLÁUSULA 10. PROCEDIMIENTO PARA ACTIVAR LA COBERTURA DE GASTOS FUNERARIOS**

Al ocurrir el fallecimiento de cualquiera de los asegurados inscritos en la Póliza, el Asegurado Titular, sus familiares o cualquier persona interesada deberá notificarlo

al Asegurador a través de la Central Telefónica o Call Center dispuesto por el Proveedor de Servicio del Asegurador inmediatamente o en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del hecho.

A tal efecto el Asegurado o persona que solicita el servicio deberá informar los siguientes datos:

- Nombre y apellidos, número telefónico de contacto de la persona que notifica el siniestro.
- Nombre, edad y sexo del Asegurado fallecido.

Asimismo deberá consignar la siguiente documentación:

1. Fotocopia de la cédula de identidad o partida de nacimiento de la persona fallecida.
2. Certificado de defunción en original y copia.
3. En caso de muerte accidental: Carta narrativa de las circunstancias en que se produjo el hecho e informe de la autoridad competente que intervino en el accidente (si lo fuese el caso).

Una vez efectuada la notificación, el Proveedor de Servicio del Asegurador de forma inmediata, prestará el servicio mediante su Red de Funerarias o Proveedores, pagando directamente a éstas el costo de los servicios funerarios prestados al asegurado fallecido.

En caso que los costos del servicio funerario excedan la suma asegurada contratada, los familiares del asegurado fallecido deberán comprometerse al pago de la diferencia resultante.

Si debido a una causa extraña no imputable a las partes, no pudiera prestarse el servicio funerario, el Asegurador pagará el reembolso a la persona que demuestre, fehacientemente, haber efectuado el pago de los gastos por los servicios funerarios prestados al Asegurado fallecido, la cual deberá consignar al Asegurador en el plazo de treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de fallecimiento, los siguientes recaudos en original y copia:

1. Cédula de identidad o partida de nacimiento del Asegurado fallecido.
2. Acta o Certificado de Defunción.
3. Factura original de los gastos por servicios funerarios prestados y pagados a la funeraria conforme a lo exigido por el SENIAT, con los servicios recibidos debidamente desglosados.
4. En caso de muerte accidental: Carta narrativa de las circunstancias en que se produjo el hecho e informe de la autoridad competente que intervino en el accidente (si lo fuese el caso).

En caso de que los gastos por la prestación del Servicio Funerario sean menores a la suma asegurada contratada, el Asegurador se compromete a pagar la diferencia que exista entre la suma asegurada y el gasto del servicio funerario, al Asegurado Titular o a los Beneficiarios o los Herederos Legales del Asegurado Titular fallecido, según sea el caso.

Cuando los servicios funerarios sean prestados fuera de la República Bolivariana de Venezuela, las facturas deberán ser traducidas al idioma castellano, si fuere el

caso, y estar selladas por el respectivo Consulado o Embajada de la República Bolivariana de Venezuela.

### **CLÁUSULA 11. BENEFICIARIOS**

Los Beneficiarios son todas las personas designadas por el Asegurado Titular y que aparecen explícitamente nombradas como tales en el Cuadro Póliza Recibo.

La designación del beneficiario puede ser hecha en la oportunidad de la celebración del contrato de seguro o en un momento posterior, mediante declaración escrita comunicada al Asegurador.

Si la designación se hace a favor de varios Beneficiarios, la indemnización 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 indemnización convenida.

En caso de inexactitud o error en el nombre del Beneficiario que haga imposible su identificación, dará derecho a acrecer la indemnización 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 indemnización 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 indemnización 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 indemnización 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, independientemente de que el fallecimiento ocurra en una fecha posterior.

El Asegurado Titular tiene derecho, durante la vigencia de la Póliza, a designar nuevos Beneficiarios y a modificar los porcentajes de participación, mediante notificación por escrito el Asegurador y éste emitirá el respectivo Anexo a la Póliza haciendo constar el cambio solicitado.

### **CLÁUSULA 12. INCLUSIÓN Y EGRESOS DE ASEGURADOS**

El Tomador se obliga a comunicar por escrito al Asegurador dentro de los treinta (30) días continuos siguientes, la incorporación o desincorporación de asegurados al grupo familiar, que se originen en cada uno de los meses de vigencia de la

Póliza. Los mismos se harán efectivos a partir de la fecha de ingreso o egreso al grupo. En caso de que la notificación se realice posterior a los treinta (30) días anteriormente indicados, el movimiento se realizará a partir de la fecha de su notificación; quedando en plena vigencia los Plazos de Espera indicados en la Cláusula 4. Descripción de las Coberturas de estas Condiciones Particulares.

Los cobros y/o devoluciones de prima a que dieran lugar dichos ingresos o egresos serán calculados a prorrata desde el día que se hacen efectivos y hasta la culminación del año póliza.

### **CLÁUSULA 13. PÉRDIDA DE LA CUALIDAD DE BENEFICIARIO**

La cualidad de Beneficiario, aun cuando fuere irrevocable, no tendrá efectos si éste atentase contra la vida o integridad personal del Asegurado o fuere declarado cómplice del hecho, mediante sentencia definitivamente firme.

### **CLÁUSULA 14. CAMBIO DE OCUPACIÓN**

El Asegurado deberá notificar al Asegurador, cualquier cambio de ocupación a su ocurrencia, aun cuando éste fuera temporal, a fin de proceder a la reclasificación del riesgo con el consiguiente ajuste de la prima de la cobertura de Accidentes Personales si lo hubiere.

Los cambios de profesión, de ocupación o de actividad del Asegurado no harán cesar los efectos de las coberturas Accidentes Personales.

Cuando los cambios sean de tal naturaleza que si la nueva profesión, ocupación o actividad hubiese existido en la fecha del contrato el Asegurador sólo habría consentido en el seguro mediante una prima más elevada, la indemnización a su cargo será reducida proporcionalmente a la menor prima convenida comparada con la que hubiese sido fijada.

Si el Asegurador fuese notificado o tuviese conocimiento de los precitados cambios, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes deberá manifestar al Tomador si desea terminar el contrato, reducir la indemnización o elevar la prima. En caso de que 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 Asegurado la porción de la prima no consumida.

### **CLÁUSULA 15. RECLAMACIONES**

#### **a. En caso de muerte**

Al ocurrir el fallecimiento de cualquiera de los asegurados inscritos en la Póliza, el Asegurado Titular, sus familiares o cualquier persona interesada deberá notificarlo al Asegurador en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del hecho. Asimismo, deberá consignar al Asegurador la siguiente documentación:

1. Fotocopia de la cédula de identidad o partida de nacimiento de la persona fallecida.
2. Certificado de defunción.

3. En caso de muerte accidental: Carta narrativa de las circunstancias en que se produjo el hecho e informe de la autoridad competente que intervino en el accidente (si fuese el caso).

**b. En caso de Invalidez Permanente**

1. Informe detallado del médico que atendió al Asegurado en el momento del accidente.
2. Informes médicos y certificados médicos que acrediten la invalidez resultante, su origen, el tipo y duración.
3. Certificación que acredite la invalidez emitida por autoridad competente con indicación del grado de invalidez.

El Asegurador podrá solicitar documentos adicionales a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad, la solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos. En este caso, se establece un plazo de treinta (30) días hábiles para la presentación de los recaudos solicitados por el Asegurador, contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos.

El Asegurador, a su costo, tendrá derecho y la oportunidad de examinar al Asegurado durante la tramitación de una reclamación bajo esta Póliza.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de solicitar la autopsia o la exhumación del cadáver, de conformidad con lo establecido en la normativa prevista para ello, con la finalidad de determinar las causas de la muerte.

Todos los gastos que se produzcan con ocasión de la autopsia o la exhumación del cadáver serán pagados por el Asegurador.

**CLÁUSULA 16. INDEMNIZACIONES**

El Asegurador cumplirá su obligación de indemnizar en la moneda indicada en el Cuadro Póliza Recibo.

Si los gastos incurridos hubieren sido efectuados en bolívares, la indemnización será equivalente a la cantidad de unidades monetarias de la moneda extranjera indicada en el Cuadro Póliza recibo, a la tasa de cambio oficial para el momento en que se incurrió en el gasto.

Cuando la prima haya sido pagada en Bolívares, el Asegurador pagará la indemnización que corresponda en Bolívares.

Cuando la prima haya sido cobrada en una moneda diferente al Bolívar, de mutuo acuerdo entre las partes, el Asegurador podrá liberarse de su responsabilidad pagando en Bolívares a la tasa de cambio oficial determinada por el Banco Central de Venezuela, para la fecha de pago.

**CLÁUSULA 17. TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA CADA ASEGURADO**

Las coberturas otorgadas bajo la presente Póliza sobre los asegurados inscritos en cada cobertura, cesarán:

- a. Al finalizar la vigencia dentro de la cual el Asegurado Titular, su cónyuge o dependientes inscritos antes de los sesenta y cinco (65) años de edad cumplan

la edad de setenta (70) años, pudiendo permanecer asegurados hasta los setenta y cinco (75) años, previo consentimiento del Asegurador y el pago de una nueva prima para cada período de seguro fijada por el mismo.

- b. Al finalizar la vigencia dentro de la cual cualesquiera de los hijos del Asegurado Titular, cumpla veinticinco (25) años o contraiga matrimonio.
- c. Al finalizar la dependencia económica de cualquier otro Asegurado con el Asegurado Titular.
- d. Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado Titular, quedando en este caso, amparado el grupo familiar hasta el vencimiento del período de vigencia.
- e. A la fecha de terminación de la vigencia de la Póliza y no haya sido pagada la prima en la forma y lapsos establecidos.
- f. En el momento en que la Póliza sea anulada o no renovada.

La terminación se efectuará sin perjuicio del derecho del Asegurado o del Beneficiario a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación.

#### **CLÁUSULA 18. ÁMBITO DE LA COBERTURA**

La cobertura de Asistencia Médica Primara está limitada solo al territorio de la República Bolivariana de Venezuela, para el resto de las coberturas se extiende a cualquier parte del mundo.

#### **CLAUSULA 19. DEFENSOR DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO**

El Asegurador se obliga a atender y resolver cualquier denuncia, queja, reclamo o sugerencia que presente el Tomador, Asegurado o 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 o Beneficiario. A tales fines, el Tomador, Asegurado o Beneficiario, podrá acudir a la respectiva Unidad de Defensa, o comunicarse a través de los mecanismos dispuestos para ello.

---

POR EL ASEGURADOR

---

EL TOMADOR