

PÓLIZA DE SEGURO CATATUMBO IV

Condiciones Generales

Artículo N° 1: Objeto del seguro

Mediante este seguro el Asegurador se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las condiciones particulares y en los anexos si los hubiere, conforme a las coberturas mostradas en el cuadro póliza - recibo, y a pagar al Asegurado o a los Beneficiarios designados por éste e indicados en la póliza o a los herederos legales según el caso, hasta la suma asegurada para la cobertura afectada indicada en el cuadro póliza – recibo.

Artículo N° 2: Definiciones

- a) **Asegurado:** persona natural que en su persona está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las condiciones particulares y anexos de esta póliza si los hubiere, que se encuentra amparada por la misma, y puede ser el Tomador.
- b) **Asegurador:** persona jurídica quien asume los riesgos cubiertos por la presente póliza de acuerdo a las condiciones generales, condiciones particulares y a los anexos de la misma, si los hubiere.
- c) **Beneficiario:** persona natural o jurídica a favor de quien se ha establecido el pago que debe efectuar el Asegurador en caso de fallecimiento del Asegurado.
- d) **Condiciones particulares:** aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.
- e) **Cuadro póliza - recibo:** documento donde se indican los datos particulares de la póliza, el número de la misma, el nombre del Tomador y su dirección, la dirección para efectuar el cobro de la prima del seguro, nombre del Asegurado y de los Beneficiarios, la identificación completa del Asegurador, su representante y domicilio principal, el nombre del intermediario de seguros, las características del seguro, los riesgos cubiertos, las coberturas contratadas, la suma asegurada de cada cobertura, el monto de la prima correspondiente al período de vigencia de la póliza, la forma y el lugar de pago, el período de vigencia, el porcentaje del beneficio para cada Beneficiario, y las firmas del Asegurador y del Tomador de la póliza.
- f) **Documentos que forman parte del contrato de seguro:** la solicitud o cuestionario de seguro, los exámenes médicos exigidos por el Asegurador (en aquellas circunstancias especiales que se requieran), cualquier otro documento que pueda solicitar el Asegurador al suscribir la póliza, la nota de cobertura provisional si la hubiere, el cuadro póliza-recibo, las condiciones generales, las particulares, y los anexos que se emitan para complementarla o modificarla.

g) **Prima:** única contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración de este contrato.

h) **Nota de cobertura provisional:** documento donde se indican los datos particulares de la póliza, el número de la misma, el nombre del Tomador, el nombre del Asegurado, y su dirección, la dirección para efectuar el cobro de la prima de seguro, la identificación completa del Asegurador, su representante y domicilio principal, el nombre del intermediario de seguro, las características del seguro, el monto de la prima correspondiente al período de cobertura provisional, el período de cobertura provisional, y las firmas del representante del Asegurador, y del Tomador de la póliza.

i) **Suma asegurada:** límite máximo de responsabilidad del Asegurador para cada una de las coberturas contratadas y que está indicado en el cuadro póliza - recibo.

j) **Tomador:** toda persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos al Asegurador y se obliga al pago de la prima.

Un Tomador puede ser una persona natural o jurídica dedicada a actividades comerciales, industriales, educativas, una federación de grupos o asociación profesional, gremial o sindical.

El Tomador tendrá a su cargo la negociación y formalización de la presente póliza, así como las modificaciones que en el futuro se convengan.

Artículo N°3: Vigencia de la póliza

El Asegurador 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 el Asegurador o cuando éste participe su aceptación a la solicitud efectuada por el Tomador.

En todo caso, la vigencia de la póliza se hará constar en el cuadro póliza - recibo, con indicación de la fecha en la cual se emita, y día de su iniciación y vencimiento.

Artículo N°4: Renovación

La póliza se entenderá renovada automáticamente al finalizar el último día del período de vigencia anterior y por un plazo igual, entendiéndose que la renovación no implica una nueva póliza, sino la prórroga de la anterior. La prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante una notificación escrita a la otra parte dirigida al último domicilio que conste en la póliza, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso.

Artículo N°5: Prima

El Tomador debe la prima desde el momento de la celebración del contrato, pero aquélla no será exigible sino contra la entrega por parte del Asegurador del cuadro póliza – recibo o de la nota de cobertura provisional. En caso de que la prima no sea pagada en la fecha de su exigibilidad o se haga imposible su cobro por causa imputable al Tomador, el Asegurador tendrá derecho de resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida con fundamento en la póliza.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del Asegurador por dicho exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses de dichas primas.

El Asegurador no se obliga a efectuar cobros a domicilio, ni a dar aviso de su vencimiento y si lo hiciere, no sentará precedente de obligación y podrá suspender esta gestión en cualquier momento, sin previo aviso.

La prima se determinará con base al plan elegido, por el Tomador, y a la tarifa de primas vigentes a la fecha de inicio o de renovación del seguro; su monto y la moneda se especifican en el cuadro-póliza recibo, ya sea por contratación inicial o renovación.

Artículo N°6: Plazo de gracia

El Asegurador concede un plazo de gracia para el pago de las primas de renovación de treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia anterior, en el entendido que durante tal plazo el Asegurador garantiza los beneficios previstos en esta póliza de acuerdo con lo establecido en las condiciones generales, condiciones particulares y anexos del contrato, y en caso de ocurrir un siniestro en ese período, el Asegurador tendrá la obligación de efectuar el pago correspondiente previa deducción de la prima pendiente de pago.

Artículo N°7: Declaración falsa en la solicitud de seguro

El Asegurador deberá participar al Tomador, en un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud de seguro consignada por éste, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver el contrato mediante comunicación dirigida al Tomador, en un plazo de un (1) mes contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el Tomador o el Asegurado. En caso de resolución ésta se producirá a partir del decimosexto (16º) día siguiente a su notificación, siempre y cuando la devolución de la prima correspondiente se encuentre a disposición del Tomador en la caja del Asegurador. Corresponderá al Asegurador la prima relativa al período transcurrido hasta el momento en el cual haga esta notificación. El Asegurador no podrá resolver el contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haber conocido la verdadera entidad del riesgo.

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

Artículo N°8: Indisputabilidad

Las declaraciones hechas por el Asegurado en la solicitud de seguro suministrada al Asegurador, se considerarán indisputables después de haber transcurrido un (1) año a partir de la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza o del incremento de suma asegurada, quedando en el entendido que este artículo no será aplicable en caso de dolo o fraude.

Artículo N°9: Modificación

Toda modificación a las condiciones de la póliza entrará en vigencia una vez que el Tomador notifique su consentimiento a la proposición formulada por el Asegurador o cuando éste participe su aceptación a la solicitud de modificación propuesta por el Tomador.

Las modificaciones se harán constar mediante anexos, debidamente firmados por un representante del Asegurador y por el Tomador, los cuales prevalecerán sobre las condiciones particulares y éstas sobre las condiciones generales de la póliza.

Si la modificación requiere pago de prima adicional se aplicará lo dispuesto en los artículos N° 3 y N° 5 de estas condiciones generales.

La modificación del plan, requerirá aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por el Asegurador con la emisión del cuadro póliza - recibo o del anexo respectivo, mediante el cual se modifique el plan, y por parte del Tomador, mediante comunicación escrita o por el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere.

Se considera aceptada la solicitud escrita de modificar la póliza, si el Asegurador no rechaza la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido.

Artículo N°10: Cambio de profesión o actividad

Si durante la vigencia de este seguro se produce una modificación del riesgo, es decir un cambio de ocupación o de actividad que puedan modificar las características del riesgo inicial, detallado en la solicitud de seguro que sirvió de base al presente seguro, el Tomador está en la obligación de comunicarlo por escrito al Asegurador dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que hubiere tenido conocimiento.

Si el cambio que modifica el riesgo inicial aparece clasificado en los manuales de tarificación del Asegurador como más peligroso, el Asegurador dispone de quince (15) días hábiles para manifestar al Tomador si desea terminar el contrato, reducir la suma asegurada o elevar la prima. Si ocurre un siniestro antes que el Tomador hubiese informado al Asegurador el cambio referido, los beneficios serán proporcionalmente disminuidos a los que hubiere podido comprar con la prima fijada inicialmente.

Si el cambio que modifica el riesgo inicial aparece clasificado en los manuales de tarificación del Asegurador como menos peligroso, el Asegurador al recibir las pruebas pertinentes, efectuará la modificación que corresponda sobre la suma asegurada o sobre la prima inicial, y emitirá el anexo y el cuadro póliza - recibo correspondiente. Si ocurre un siniestro antes que el Tomador hubiese informado al Asegurador el cambio referido, los beneficios serán proporcionalmente aumentados a los que hubiere podido comprar con la prima fijada inicialmente.

Notificada la modificación de suma asegurada o de prima al Tomador y una vez emitido el cuadro póliza – recibo y el anexo respectivo, éste deberá declarar si acepta o no la proposición en un plazo que no exceda de quince (15) días hábiles, en caso contrario se entenderá que el contrato ha quedado sin efecto a partir del décimo sexto (16º) día hábil siguiente a la notificación, por lo cual el Asegurador pondrá a disposición del tomador la porción de prima no consumida.

El silencio del Tomador equivale a la aceptación de la propuesta del Asegurador.

Artículo N° 11: 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.
- b) Si el Tomador o el Asegurado, actúa con dolo o si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario. En el supuesto que el Beneficiario cause dolosamente el daño quedará nula la designación hecha a su favor. El pago corresponderá proporcionalmente al resto de los Beneficiarios designados si los hubiere o a los herederos legales del Asegurado si no hubiese designación de otros Beneficiarios.
- c) Si el Tomador actúa con culpa grave o si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario. No obstante, el Asegurador estará obligado al pago que corresponda por el siniestro cubierto por la póliza, 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 la póliza.
- 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 siniestro se inicia antes de la fecha de inclusión del Asegurado a la póliza y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador.
- f) Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no notificare el siniestro dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes de haber conocido la ocurrencia del mismo, salvo por causa extraña no imputable a éstos.
- g) Si la documentación para el análisis del reclamo no se consignan ante las oficinas del Asegurador dentro de los treinta (30) días continuos y siguientes, contados a partir de la fecha en la cual se recibió la notificación del siniestro, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario.
- h) Si la documentación faltante o los recaudos adicionales para el análisis del reclamo no se consignan ante las oficinas del Asegurador dentro de los treinta (30) días continuos y siguientes, contados a partir de la fecha en la cual éste la solicitó, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario.
- i) Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las condiciones particulares.

Artículo N° 12: 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 los cuales sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la póliza. Las partes fijarán el procedimiento a seguir; en caso contrario se aplicará el procedimiento previsto en la ley que rige la materia de arbitraje. En este caso, la decisión deberá ser adoptada en un plazo que no exceda de treinta (30) días hábiles una vez finalizado el lapso probatorio. El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

Artículo N° 13: 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 el artículo anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo señalado a continuación:

- a) En caso de rechazo de siniestro, un (1) año contado a partir de la fecha de la notificación del rechazo.
- b) En caso de inconformidad con el pago efectuado o con la prestación del servicio, un (1) año contado a partir de la fecha en la cual el Asegurador hubiere realizado el pago o la prestación del servicio.

En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado desde el momento en el cual haya un pronunciamiento por parte del Asegurador.

A los efectos de este artículo se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea introducido el libelo de demanda ante el tribunal competente.

En caso de desaparición del Asegurado, se tendrá en cuenta para la aplicación de los plazos establecidos en este artículo, que el siniestro se considerará ocurrido en la fecha de la declaración de presunción de muerte por las instancias jurisdiccionales competentes, de conformidad con las formalidades dispuestas en el Título XII, Capítulo II, artículos 418 al 444 del Código Civil.

Artículo N° 14: Prescripción

Salvo lo dispuesto en leyes especiales, las acciones derivadas de esta póliza prescriben a los tres (3) años contados a partir de la fecha de ocurrencia del siniestro que dio origen a la obligación.

Artículo N° 15: Aviso

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 del Asegurador o a la dirección del Tomador que conste en el cuadro póliza - recibo, según sea el caso.

Artículo N° 16: Domicilio

Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse de la póliza, las partes eligen como domicilio especial, único y excluyente de cualquier otro, la ciudad donde se celebró el contrato de seguro, a cuya jurisdicción declaran someterse las partes.

Condiciones Particulares

Artículo N° 1: Definiciones

A los efectos de esta póliza se entiende por:

- a) **Accidente:** es la acción fortuita, repentina y violenta de una fuerza exterior e independiente de la voluntad del Asegurado, cuya consecuencia real, inmediata, directa y exclusiva, sea cualquier lesión física que no pueda atribuirse en forma alguna a condiciones patológicas.
- b) **Edad:** para los efectos de esta póliza, la edad del Asegurado es la cumplida a la fecha de la contratación o de la renovación de la misma.
- c) **Enfermedad:** alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y que produce reducción de la capacidad funcional o la muerte.
- d) **Indemnización:** es el pago de un monto de dinero que debe efectuar el Asegurador correspondiente a coberturas diferentes de la muerte, en caso de que ocurra un siniestro cubierto por esta póliza, conforme a las condiciones generales y particulares y a los anexos de la misma, si los hubiere.
- e) **Institución hospitalaria:** institución legalmente constituida, pública o privada, destinada a la prestación de servicios de salud, para la prevención y curación de enfermedades y accidentes y sus consecuencias. No incluye los centros destinados al descanso, curas de reposo, cuidados de custodia, convalecencia, rehabilitación, hidroclínicas (spas), sanatorios, geriátricos, tratamientos de alcoholismo, drogadicción y condiciones nerviosas o mentales.
- f) **Médico:** profesional legalmente autorizado para ejercer la medicina según las leyes y normas de la jurisdicción donde ha sido prestado el servicio y la cual practica dentro de los límites regulares y admisibles de cualquier autorización legal que sea pertinente. El término "MEDICO" no incluye a dentista (odontólogo, ortodoncista), quiropráctico, optómetra, podiatra o cualquier otro profesional cuya especialidad no esté reconocida por la Federación Médica Venezolana.
- g) **Pago de prestación:** es el pago de un monto de dinero que debe efectuar el Asegurador correspondiente a la cobertura de muerte, en caso de que ocurra un fallecimiento cubierto por esta póliza, conforme a las condiciones generales y particulares y a los anexos de la misma, si los hubiere.

- h) Proveedor de servicios:** persona o institución legalmente autorizada para suministrar servicios relacionados con el tratamiento del paciente, sin formar parte del cuerpo facultativo. Como ejemplos de éste se mencionan los siguientes: hospitales, clínicas privadas, médicos, personal paramédico, laboratorios, farmacias, etc. Queda entendido que los proveedores son contratistas independientes y la prestación de sus servicios no se asume como parte de la responsabilidad del Asegurador.
- i) Siniestro:** es el acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte del Asegurador. Si el siniestro ha continuado después de vencido el contrato, el Asegurador responde del valor de la indemnización en los términos del contrato. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario debe probar la ocurrencia del siniestro, el cual se presume cubierto por la póliza, pero el Asegurador puede probar que existen circunstancias que según el contrato de seguro o la ley lo exoneran de responsabilidad.

Artículo N°2: Riesgos cubiertos

Los riesgos cubiertos por esta póliza son los indicados a continuación:

- a) Muerte ocurrida por causas naturales**
- b) Muerte ocurrida por accidente**
- c) Invalidez total o parcial permanente por accidente**
- d) Gastos médicos originados por causa de un accidente**
- e) Gastos de exequias por fallecimiento por enfermedad o accidente**

Artículo N°3: Coberturas

- a) Muerte ocurrida por causas naturales:**

El Asegurador pagará la suma indicada para esta cobertura en el cuadro póliza-recibo de la misma, a los Beneficiarios designados por el Asegurado o a sus herederos legales según sea el caso, si se produce el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de esta póliza, por causas naturales.

- b) Muerte ocurrida por accidente:**

Si un accidente acaecido al Asegurado, durante la vigencia de esta póliza, fuese la causa directa y única de su muerte dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha de la ocurrencia del accidente, el Asegurador pagará a los Beneficiarios, el monto de la suma asegurada por esta cobertura, indicada en el cuadro póliza – recibo.

Si al Asegurado a consecuencia del accidente se le dictamina una incapacidad absoluta y temporal que se prolongue por un período mayor a trescientos sesenta y cinco (365) días, el plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días indicado en el párrafo anterior para que se cause el fallecimiento del Asegurado, se extenderá hasta un máximo de dos (2) años continuos, contados a partir de la fecha de ocurrencia del accidente.

- c) Invalidez Permanente:**

Si un accidente ocurrido al Asegurado durante la vigencia de esta póliza, fuese la causa directa y única de cualquiera de las pérdidas anatómicas o funcionales enumeradas en este artículo, y esto sucede dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días

siguientes a la fecha del evento, el Asegurador pagará la indemnización que corresponda con base en las tasaciones contenidas en la Tabla de Indemnización, expresadas en porcentajes de la suma asegurada para esta cobertura.

La garantía de invalidez permanente es totalmente ajena a la consideración de la profesión del Asegurado. En consecuencia, no podrá aducirse agravación de la incapacidad sobre la base de la actividad profesional.

Invalidez total y permanente:

Para ser considerada como tal, el Asegurado debe encontrarse incapacitado para realizar un trabajo remunerado o desarrollar alguna actividad lucrativa, siempre que esta situación sea permanente e irreversible, para la cual se tomarán en cuenta los siguientes casos:

- Ceguera absoluta bilateral,
- Enajenación mental, absoluta e incurable;
- Parálisis completa,
- Pérdida completa o impotencia funcional absoluta y permanente de los miembros superiores e inferiores, o uno superior e inferior; entendiéndose por tales, incluso las manos y los pies;
- Pérdida de la audición o
- Pérdida del habla.

En estos casos la indemnización por invalidez permanente será el 100% de la suma asegurada.

Invalidez parcial y permanente:

Para ser considerada como tal, el Asegurado debe haber sufrido alguna disminución de su capacidad física o reducción anatómica o funcional, aun cuando ese deterioro no lo incapacite para ejecutar cualquier trabajo remunerado o desarrollar alguna actividad lucrativa, tal y como se señala en la Tabla de Indemnización.

La fijación de los porcentajes de indemnización se efectuará de acuerdo a lo indicado en la Tabla de Indemnización y conforme a las reglas expuestas a continuación:

- Las secuelas que no alcancen el grado de intensidad de invalidez especificado en este artículo se tasarán en su relación con las contenidas en la Tabla de Indemnización, tomando en consideración en qué grado resulte permanentemente disminuida la capacidad normal del Asegurado para desempeñar un trabajo remunerado de cualquier clase.
- Si existen diferentes secuelas que afecten a un mismo miembro, la suma de los porcentajes de invalidez parcial y permanente no podrá exceder del fijado para la pérdida total del miembro afectado.

- Si a consecuencia de un accidente se produjeran varias condiciones de invalidez, la indemnización se calculará sumando los porcentajes correspondientes a cada una de ellas, sin que el total pueda exceder del 100% de la suma asegurada establecida en el cuadro de la póliza para esta cobertura.
- Si un órgano o miembro afectado por un accidente presentaba con anterioridad a éste un defecto físico o funcional, el Asegurado tiene derecho a una indemnización correspondiente a la diferencia entre el grado de invalidez preexistente y el que resulte después del accidente.
- La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro es asimilable a su pérdida total permanente.
- Las condiciones de invalidez no descritas en la Tabla de Indemnización se pagarán en relación con su gravedad. Para este fin, un especialista las comparará con las aquí indicadas, sin tener en cuenta la ocupación del Asegurado.

Tabla de Indemnización

Causa de Incapacidad	(%)	Causa de Incapacidad	(%)	Causa de Incapacidad	(%)
Pérdida de un ojo o de la visión	40	Pérdida total de: Dos orejas La nariz	16 16	Pérdida total del movimiento de: El hombro El codo La muñeca	30 25 20
Reducción a la mitad de la visión binocular	35	Pérdida total del maxilar inferior y ablación completa de la mandíbula.	35	Fractura mal consolidada de: Un brazo Los dos huesos del antebrazo Un solo hueso del antebrazo	30 25 15
Pérdida del habla	50	Pérdida completa del movimiento de la columna cervical, de la columna dorsal o de la columna lumbar, con manifestaciones neurológicas o sin ellas.	33	Pérdida por amputación o mutilación de: Una pierna por encima de la rodilla Una pierna por debajo de la rodilla Un pie Dedo gordo del pie Cualquier otro dedo del pie	60 50 50 08 05

Causa de Incapacidad	(%)	Causa de Incapacidad	(%)	Causa de Incapacidad	(%)
Sordera total bilateral	60	Pérdida total por amputación o mutilación de:		Pérdida total del movimiento de:	
		Un brazo	65	La cadera	55
		Una mano	65	La rodilla	40
		Dedo pulgar	20	La garganta de un pie	20
		Dedo índice	20	La articulación subastragalina	15
		Dedo medio	10		
		Dedo anular	08		
		Dedo meñique	07		
Sordera total unilateral	20	Dedo índice y dedo pulgar	45		
		Pérdida de una falange del dedo:		Fractura mal consolidada de:	
		Índice	05	El fémur o de los huesos de la pierna	40
		Pulgar	10	Un pie	20
Pérdida total de una oreja	08	Cualquier otro dedo	03		
		Pérdida de dos (2) falanges del dedo:		Acortamiento de un miembro inferior:	
		Índice	10	Más de 8 cms.	15
		Cualquier otro dedo que no sea el pulgar	05	Entre 4 y 8 cms.	10
			05	Menor de 4 cms.	05

d) Gastos médicos:

Mediante esta cobertura se garantiza al Asegurado, por un plazo máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días contados desde la fecha del accidente, el reembolso de los gastos hechos por concepto de atención médica, medicinas, radiografías, exámenes de laboratorio e incluso costos de habitación en casos de hospitalizaciones, derivados de accidentes amparados por este contrato, hasta el límite de la suma asegurada para esta cobertura indicada en el cuadro póliza - recibo, la cual debe entenderse que corresponde al año - póliza.

Es requisito indispensable que el Asegurado presente los comprobantes originales de los gastos. La indemnización por esta cobertura no puede ser reclamada si los gastos realizados han sido cubiertos por otro seguro.

En caso de fallecimiento del Asegurado, la indemnización se pagará a quien demuestre haber pagado las facturas correspondientes.

e) Gastos de Exequias

El Asegurador se compromete a indemnizar a quien demuestre fehacientemente contra entrega de las facturas correspondientes, haber pagado los gastos incurridos por concepto de la prestación de los servicios funerarios, como consecuencia del fallecimiento del Asegurado por enfermedad o accidente ocurrido durante la vigencia de esta póliza o por suicidio después del primer año de vigencia de la misma.

La indemnización tendrá por límite máximo la suma asegurada para esta cobertura, indicada en el respectivo cuadro póliza - recibo.

Si existiera un remanente entre la suma asegurada de esta cobertura y los gastos de exequias, la misma será pagada a los Beneficiarios designados por el Asegurado y a falta de éstos a los herederos legales del Asegurado, según sea el caso.

Artículo N°4: Exclusiones

Se excluyen de la cobertura del presente seguro la muerte accidental y las lesiones corporales atribuidas, directamente a las siguientes causas:

- a) A los accidentes derivados de la ceguera, la sordera o de algún impedimento físico o mental por parte del Asegurado.
- b) A encontrarse el Asegurado en estado de sonambulismo, enajenación mental o bajo el efecto de alcohol, estupefacientes o drogas.
- c) A los casos o consecuencias de síncope, desvanecimientos, ataques cardíacos, apoplejías y epilepsias, aneurismas, várices y toda clase de hernias.
- d) A cualquier enfermedad corporal o mental y los tratamientos médicos o quirúrgicos no originados como resultado de accidentes amparados por este seguro.
- e) El fallecimiento a consecuencia del suicidio, ocurrido durante el primer año de vigencia de la póliza.
- f) A acciones provocadas intencionalmente por el Asegurado, las derivadas de su actuación delictiva, de la tentativa de suicidio, y por infracción de leyes o reglamentos vigentes.
- g) A el homicidio causado por un Beneficiario, en cuyo caso la prestación acrecerá a favor de los Beneficiarios restantes.
- h) A la intervención del Asegurado en duelos, riñas, apuestas, carreras de cualquier naturaleza (excepto las pedestres), competencia de velocidad o resistencia o cualquier práctica deportiva como profesional.
- i) A la participación del Asegurado en exploraciones o viajes submarinos, en viajes en rutas no regulares y/o en aeronaves que no pertenezcan a líneas aéreas comerciales legalmente constituidas y/o en helicópteros o como miembro de la tripulación de una aeronave.
- j) A las insolaciones, el congelamiento y demás consecuencias de la acción de la temperatura que no se hayan generado de accidentes amparados por este seguro.
- k) A las contaminaciones radiactivas o nucleares.
- l) A las catástrofes naturales, declaradas por las autoridades competentes.

- m) A la participación en actos de guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, insurrección, rebelión, guerra civil, 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 destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia, motín, conmoción civil, disturbios populares y saqueos.
- n) A las consecuencias de un accidente ocurrido antes de la vigencia de esta póliza, aunque los síntomas o secuelas se manifiesten durante su vigencia.

Para las coberturas de muerte natural y gastos de exequias, se excluye el fallecimiento atribuido directamente a las siguientes causas:

- a) A la participación en actos de guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), y guerra civil.
- b) A el suicidio ocurrido durante el primer año de vigencia de la póliza.
- c) A el homicidio causado por un Beneficiario, en cuyo caso la prestación acrecerá a favor de los Beneficiarios restantes.

Artículo N°5: Beneficiario

El Asegurado puede designar a sus Beneficiarios en la oportunidad de la celebración del contrato de seguro, siempre que no existiere cesión alguna de la póliza o en un momento posterior, mediante declaración escrita comunicada al Asegurador.

Si la designación se hace a favor de varios Beneficiarios, la prestación convenida se distribuirá, salvo convención en contrario, en partes iguales.

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, y el Asegurador contará con un lapso de sesenta (60) días hábiles a la fecha de notificación de la muerte del Asegurado, a los fines de pronunciarse sobre los derechos de los mismos.

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 se suscite en una fecha posterior.

Artículo N°6: Persona admisible

Es admisible al momento de la contratación de la póliza, la persona cuya edad esté comprendida entre los dieciocho (18) años y los cincuenta y cinco (55) años.

Este seguro otorga cobertura al Asegurado hasta el año-póliza en el cual cumpla los cincuenta y seis (56) años de edad. El Asegurador, según su criterio, podrá mantener la cobertura vigente hasta el año póliza en el cual el Asegurado alcance la edad de sesenta y cinco (65) años, fecha en la cual la póliza quedará automáticamente anulada.

Artículo N°7: Terminación del seguro

La terminación del seguro, es efectiva en la fecha de finalización de la vigencia de la póliza donde se produzca alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Al final de año de vigencia de la póliza, en el cual el Asegurado cumpla la edad de sesenta y cinco (65) años.
- b) Al no cumplir el Tomador con el pago de la prima en el tiempo estipulado en las condiciones generales de esta póliza.
- c) Por voluntad del Tomador de no renovar la póliza.

La terminación del seguro se producirá automáticamente al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, lo cual no da derecho a la devolución de la parte proporcional de la prima correspondiente al período que falte por transcurrir, contado a partir de fecha en la que el Asegurador tenga conocimiento del hecho.

Artículo N°8: Pago de prestaciones e indemnización en caso de siniestro

El pago a que hubiere lugar por esta póliza se efectuará en la moneda indicada en el cuadro póliza - recibo, basado en los documentos legales probatorios que correspondan según sea la causa y el origen de la reclamación que se produzca durante la vigencia de esta póliza.

Para la notificación de un siniestro se debe tomar en consideración los aspectos siguientes:

Ante la ocurrencia de un siniestro cubierto por el presente contrato, el Tomador, el Asegurado, sus derechohabientes o los Beneficiarios deben notificarlo al Asegurador dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes de haber conocido la ocurrencia del siniestro, utilizando el formato proporcionado por el Asegurador para tal fin, indicando fecha, lugar, hora, circunstancias del mismo, su naturaleza y causas probables según sea el caso, de igual forma deben informar si existen testigos y si intervinieron las autoridades competentes. Asimismo, deben presentar al Asegurador dentro de los treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de la notificación, los siguientes recaudos:

a) Si el reclamo es por el fallecimiento del Asegurado

- La Planilla de declaración de siniestro suministrada por el Asegurador para tal fin, debidamente completada con todos los detalles del accidente.
- Certificado o acta de defunción en original y copia
- Cédula de identidad original del fallecido
- Informe del médico forense y resultado de la autopsia en original y copia
- Cualquier otro documento que el Asegurador considere necesario para el análisis y liquidación del caso presentado, éste podrá solicitar los recaudos a lugar sólo en una oportunidad, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de recepción de los documentos descritos con anterioridad, y para su consignación en las oficinas del Asegurador, los Beneficiarios contarán con un plazo de treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha en la cual el Asegurador los requirió.
- Documentos relacionados con los Beneficiarios:
 - **Cónyuge:** acta de matrimonio en original, y copia de la cédula de identidad.
 - **Hijos mayores de 18 años:** acta de nacimiento en original, y copia de la cédula de identidad.
 - **Hijos menores de 18 años:** acta de nacimiento en original, copia de cédula de identidad si la hubiere y autorización del Juzgado de Menores para la consignación del beneficio.
 - **Padres:** acta de nacimiento del fallecido en original, y copia de la cédula de identidad de cada uno de los padres.
 - **Personas diferentes a las filiaciones indicadas:** original y copia de la cédula de identidad.
 - **Cuando no existe designación de Beneficiarios:** declaración de únicos y universales herederos, emanada por un Juzgado de Primera Instancia en lo Civil y Mercantil.
 - **Cuando el Beneficiario es una persona jurídica:** copia del registro de comercio, copia del acta de Junta Directiva donde conste que la persona que va a recibir el pago está autorizada para hacerlo, y en la cual debe aparecer los datos de ésta y el cargo que ocupa, copia de la cédula de identidad de la persona que actuará en representación de la empresa para recibir el beneficio.

b) Si el reclamo es por invalidez permanente del Asegurado

- La Planilla de declaración de siniestro suministrada por el Asegurador para tal fin, debidamente completada con todos los detalles del accidente.
- Cédula de identidad del Asegurado (copia).
- Informe de dos médicos especialistas que certifiquen la invalidez.
- Cualquier otro documento que el Asegurador considere necesario para el análisis del caso presentado, éste podrá solicitar los recaudos a lugar sólo en una oportunidad, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de recepción de los documentos descritos con anterioridad, y para su consignación en las oficinas del Asegurador, el Asegurado y sus derechohabientes contarán con un plazo de treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha en la cual el Asegurador los requirió.

El monto máximo a indemnizar por esta cobertura, será la suma asegurada contratada para la misma indicada en el cuadro póliza – recibo.

c) Si el reclamo es por gastos médicos

La solicitud de liquidación de siniestros cubiertos por esta póliza se podrá llevar a cabo utilizando cualquiera de las modalidades siguientes:

c.1) Mediante clave telefónica:

En este caso la Administración de la institución hospitalaria que prestará los servicios médicos, deberá comunicarse inmediatamente mediante el servicio telefónico y/o de fax con el ente encargado de prestar el servicio de liquidación del siniestro para el Asegurador y deberá proporcionarle el informe del médico tratante con un diagnóstico claro, un presupuesto detallado de los servicios que prestará la institución y una carta narrativa de como ocurrió el accidente.

c.2) Mediante reembolso:

Una vez pagados los gastos por servicios médicos, el Asegurado debe notificar la ocurrencia del siniestro al Asegurador dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes de haber conocido la ocurrencia del mismo, en el formato proporcionado por el Asegurador para tal fin, indicando, la fecha, el lugar, la hora y las circunstancias del mismo, la naturaleza de las lesiones y las causas probables, de igual forma debe informar si existen testigos y si intervinieron las autoridades competentes. Asimismo, debe presentar al Asegurador dentro de los treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de notificación, los siguientes recaudos:

- La Planilla de declaración de siniestro suministrada por el Asegurador para tal fin, debidamente completada con todos los detalles del accidente.
- Facturas originales correspondientes a los medicamentos, exámenes y atenciones médicas recibidas, con número de RIF y de NIT.
- Informe del médico especialista tratante.

- Exámenes e informes de procedimientos y de exámenes practicados.
- El Asegurado debe proporcionar en todos los casos al Asegurador y a los médicos que éste designe, toda clase de informes sobre el siniestro y régimen de curación del mismo, firmando los documentos que sean necesarios, así como someterse a los exámenes médicos que se estimen convenientes; de igual forma, está en la obligación de hacer todo lo necesario para la conservación de su vida y de su más rápida curación.
- En caso de accidente donde intervengan las autoridades competentes, el informe respectivo, así como el recorte de prensa si lo hubiere.
- Cualquier otro documento que el Asegurador considere necesario para el análisis del caso presentado, éste podrá solicitar los recaudos a lugar sólo en una oportunidad, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de recepción de los documentos descritos con anterioridad, y para su consignación en las oficinas del Asegurador, el Asegurado y sus derechohabientes contarán con un plazo de treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha en la cual el Asegurador los requirió.

El monto máximo del pago por esta cobertura será la suma asegurada contratada para la misma, indicada en el cuadro póliza - recibo.

Cuando la reclamación sea posterior a la indemnización sobre los mismos gastos efectuada por otro Asegurador, el Tomador o el Asegurado debe notificar la ocurrencia del siniestro al Asegurador durante los veinte (20) días hábiles y siguientes contados a partir de la fecha de prestación del servicio, y entregar las facturas originales selladas por la otra empresa y copia del finiquito, en adición a los recaudos establecidos anteriormente en este artículo, en un plazo no mayor a cuarenta (40) días continuos contados a partir de la fecha en la cual se prestaron los servicios.

d) Si el reclamo es por gastos de exequias

El pago de la suma asegurada o del remanente a que hubiere lugar por esta póliza se efectuará en la moneda indicada en el cuadro póliza - recibo, basado en los documentos legales probatorios que soporten la causa y el origen de la reclamación que se produzca durante la vigencia de esta póliza.

La solicitud de liquidación de los siniestros cubiertos por esta póliza se podrá efectuar utilizando las modalidades siguientes:

d.1) Servicio funerario directo

Inmediatamente de producirse el fallecimiento del Asegurado un representante de éste debe comunicarse mediante el servicio telefónico y/o de fax con el ente encargado por el Asegurador de la coordinación de prestar el servicio funerario, mediante los números de acceso al servicio indicados en el cuadro póliza – recibo.

El Asegurador pagará hasta el monto de la suma asegurada directamente al proveedor del servicio funerario contra presentación de las facturas originales, en este caso si existe un remanente entre la suma asegurada y el costo del servicio, este monto será pagado por iguales partes a los Beneficiarios designados por el Asegurado en la póliza, si no hay estipulación en contrario.

d.2) Reembolso

En caso de no haber logrado la comunicación con el ente encargado por el Asegurador de la coordinación del servicio funerario; ante la ocurrencia del fallecimiento del Asegurado, un representante de éste debe notificarlo al Asegurador, dentro de los veinte (20) días hábiles y siguientes de haber conocido la ocurrencia del mismo, indicando la fecha, el lugar, la hora y las circunstancias del mismo, y las causas probables, de igual forma debe informar si existen testigos y si intervinieron las autoridades competentes. Asimismo, debe presentar al Asegurador dentro de los treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de notificación, los siguientes recaudos:

- La planilla de declaración de siniestro suministrada por el Asegurador para tal fin, debidamente completada.
- El original del certificado de defunción.
- Original y copia de la cédula de identidad del fallecido.
- Las facturas originales con número de RIF y de NIT, correspondientes a los gastos de exequias, sellada por la funeraria y firmada por un representante del Asegurado, en señal de aceptación.
- En caso de accidente donde intervengan las autoridades competentes, el informe respectivo, así como el recorte de prensa si lo hubiere.
- Cualquier otro documento que el Asegurador considere necesario para el análisis del caso presentado, éste podrá solicitar los recaudos a lugar sólo en una oportunidad, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de recepción de los documentos descritos con anterioridad, y para su consignación en las oficinas del Asegurador, los Beneficiarios contarán con un plazo de treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha en la cual el Asegurador los requirió.

El Asegurador pagará hasta el monto de la suma asegurada directamente a quien demuestre haber pagado las facturas del servicio funerario contra presentación de las facturas originales, en este caso si existe un remanente entre la suma asegurada y el costo del servicio, este monto será pagado a los Beneficiarios designados por éste.

El Tomador, el Asegurado, el Beneficiario o los derechohabientes del Asegurado, autorizan a todos los médicos, y a las instituciones hospitalarias que le prestaron servicio para que proporcione al Asegurador cualquier información que éste requiera sobre el estado físico, historia clínica y demás circunstancias relacionadas con la reclamación presentada. Igualmente relevarán a los médicos de la responsabilidad de guardar el secreto profesional.

Si el siniestro ocurre fuera del territorio nacional, las facturas por gastos médicos o servicios funerarios y los demás documentos deberán estar certificados por el Consulado de Venezuela en el país donde ocurrió el siniestro.

Artículo N°9: Derecho al pago de la suma asegurada , a la indemnización del siniestro, y a la notificación de rechazo

El Asegurador pagará el monto que corresponda de acuerdo a las condiciones generales, a las condiciones particulares y a los anexos de esta póliza, si los hubiere o notificará por escrito las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifiquen el rechazo de la reclamación en virtud de la presente póliza, dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que el Asegurador haya recibido el último recaudo por parte del Asegurado o del Beneficiario, salvo por causa extraña no imputable al Asegurador.

Artículo N°10: Indemnización

La fijación de los porcentajes de indemnización para la cobertura de invalidez permanente se efectuará de acuerdo a lo indicado en la Tabla de Indemnización y conforme a las reglas expuestas a continuación:

- a) Las secuelas que no alcancen el grado de intensidad de invalidez especificado en este artículo se tasarán en su relación con las contenidas en la Tabla de Indemnización, tomando en consideración en qué grado resulte permanentemente disminuida la capacidad normal del Asegurado para desempeñar un trabajo remunerado de cualquier clase.
- b) Si existen diferentes secuelas que afecten a un mismo miembro, la suma de los porcentajes de invalidez parcial y permanente no podrá exceder del fijado para la pérdida total del miembro afectado.
- c) Si a consecuencia de un accidente se produjeran varias condiciones de invalidez, la indemnización se calculará sumando los porcentajes correspondientes a cada una de ellas, sin que el total pueda exceder del 100% de la suma asegurada establecida en el cuadro póliza - recibo para esta cobertura.
- d) Si un órgano o miembro afectado por un accidente presentaba con anterioridad a éste un defecto físico o funcional, el Asegurado tiene derecho a una indemnización correspondiente a la diferencia entre el grado de invalidez preexistente y el que resulte después del accidente.
- e) La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro es asimilable a su pérdida total y permanente.
- f) Las condiciones de invalidez no descritas en la Tabla de Indemnización se pagarán en relación con su gravedad. Para este fin, un especialista las comparará con las aquí indicadas, sin tener en cuenta la ocupación del Asegurado.

Artículo N° 11: Pluralidad de seguros

El Tomador y el Asegurado se obligan a comunicar al Asegurador, al momento de notificar algún reclamo, la celebración de cualquier otro seguro que cubra gastos médicos, contratado con ésta u otras empresas de seguros.

Si el Tomador tiene contratada para el Asegurado o éste por si mismo, una o más pólizas que amparen gastos médicos con ésta u otras empresas de seguros, la liquidación de la reclamación se hará de acuerdo al orden en el cual el Tomador o el Asegurado presente las reclamaciones y las empresas de seguro indemnizarán, según los límites y condiciones de sus pólizas, hasta el monto total de los gastos.

Queda entendido y convenido que esta póliza no se extenderá bajo ninguna circunstancia a cubrir la insolvencia o el incumplimiento de otro Asegurador.

En caso de siniestro, ni el Tomador ni el Asegurado podrán renunciar a los derechos que le correspondan según la póliza o aceptar modificaciones a la misma con el Asegurador, en perjuicio de los restantes Aseguradores.

Artículo N° 12: Subrogación

Al efectuar el pago de alguna indemnización por la cobertura de gastos médicos, el Asegurador adquirirá hasta por el monto de ésta todos los derechos que puedan tener el Tomador o el Asegurado o sus Beneficiarios contra terceros responsables.

Artículo N° 13: Ámbito de la póliza

Esta póliza ofrece cobertura durante las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año y en cualquier parte del mundo. Todos los pagos a que dé lugar esta póliza, en el caso de servicios médicos recibidos fuera de la República Bolivariana de Venezuela, serán efectuados por el Asegurador en la moneda indicada en el cuadro póliza – recibo al tipo de cambio vigente en la fecha en que hayan sido canceladas las facturas, si éste fuera el caso, y serán reembolsados al Asegurado.

El Tomador

Por C.A. Seguros Catatumbo

Nombre: _____

Cargo: _____

N° de Acta de Junta Directiva: JDE200 _____