

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL

La Mundial de Seguros C.A., que en adelante será denominada el Asegurador, con Registro de Información Fiscal RIF N.^o J-00084644-8, inscrita en el Registro sociedad mercantil domiciliada en la ciudad de Caracas, e inscrita por ante el Registro Mercantil Segundo del Distrito Capital en fecha 29 de diciembre de 1972, bajo el No. 41, Tomo 155-A, reformado su documento constitutivo en diversas oportunidades, siendo la última inscrita por ante el Registro Mercantil el, en fecha 13 de octubre de 2022, bajo el N.^o 3, Tomo 528-A, Registro de Información Fiscal (RIF) bajo el N.^o J-00084644-8, representada en este acto por **HUMBERTO JOSÉ MARTINEZ CASTILLO**, venezolano, mayor de edad, titular de la cédula de identidad N.^o V-11.735.446, actuando en su condición de Presidente Ejecutivo, designado según se evidencia en Acta de Asamblea General Extraordinaria de Accionistas de fecha 11 de mayo de 2022, suficientemente facultado para este acto según el Artículo 12º del documento Constitutivo Estatutario, en consideración a las informaciones contenidas en la Solicitud de Seguro, firmada por el Propuesto Asegurado, se compromete a otorgar los beneficios correspondientes a cada una de las coberturas amparadas bajo esta Póliza, con sujeción a lo contenido en las Cláusulas siguientes

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1.- OBJETO DEL SEGURO

Mediante esta Póliza, el Asegurador se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, y a indemnizar al Asegurado Titular o los Beneficiarios, el monto correspondiente en caso de accidente de alguno de los asegurados inscritos, ocurrido durante la vigencia de la Póliza, hasta por la suma asegurada indicada como límite 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. Venezolana de Seguros de Crédito, antes identificado, quien asume los riesgos cubiertos bajo los términos establecidos en las Condiciones Generales, Particulares y Anexos de la Póliza.

ASEGURADO: Persona Natural que en sí 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 sus Dependientes.

“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N.^o FSAA-1-1-0438-2022 de fecha 26/09/2022”

TOMADOR: Persona Natural o Jurídica que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos al Asegurador y se obliga al pago de la prima.

ASEGURADO TITULAR: Es la Persona Natural indicada como tal en el Cuadro Póliza Recibo, quien ejerce los derechos de los asegurados ante el Asegurador.

BENEFICIARIO: Persona Natural que tiene el derecho de recibir el pago de la indemnización a que hubiere lugar.

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

CUADRO PÓLIZA RECIBO: Documento emitido por el Asegurador, donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: Número de la Póliza, nombre del Tomador, Asegurados y Beneficiarios, identificación completa del Asegurador, domicilio principal y de su representante, con indicación del carácter con el que actúa y los datos del documento donde consta tal representación, dirección del Tomador, dirección de cobro, dirección del Asegurado Titular, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma y lugar de pago, período de vigencia y firmas del Asegurador y del Tomador.

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

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

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

GRUPO FAMILIAR: Es el formado por todas aquellas personas que tienen un vínculo común con el Asegurado Titular.

PRIMA: Contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración del contrato. Salvo pacto en contrario, la prima es pagadera en dinero.

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

SINIESTRO: Es la materialización del riesgo que da origen a la obligación de indemnizar por parte del Asegurador, que corresponda conforme al contrato suscrito.

SOLICITUD DE SEGURO: Documento contestado y firmado por el Tomador y/o Propuesto Asegurado, donde manifiesta su voluntad de contratar el seguro e indica informaciones sobre el riesgo a asegurar, las cuales son base para el cálculo de la prima y forman parte del contrato de seguros.

SUMA ASEGURADA: Límite máximo de responsabilidad del Asegurador.

“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N.º FSAA-1-1-0438-2022 de fecha 26/09/2022”

CLÁUSULA³ - 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 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. 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 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 vigencia de 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 o no entregare los documentos requeridos por el Asegurador, dentro de los plazos señalados en la Cláusula 11.- Procedimiento En Caso de Siniestro, 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.**
- g. **Si el Tomador o el Asegurado Titular actúa con dolo o culpa grave, según lo señalado en la Cláusula 7.- Declaraciones en la Solicitud de Seguro, de estas Condiciones Generales.**
- h. **Si el Tomador o el Asegurado intencionalmente omitiere dar aviso al Asegurador sobre la contratación de Pólizas que cubran los mismos riesgos o si hubiese celebrado el segundo o los posteriores seguros con el fin de procurarse un provecho ilícito.**
- i. **Si el Tomador o el Asegurado, actuando con dolo o culpa grave, omitiere dar aviso al Asegurador sobre cualquier circunstancia que agrave el riesgo, conforme a lo establecido en la Cláusula 8.- Cambio de Ocupación, de las Condiciones Particulares de la Póliza.**
- j. **Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares y Anexos de la Póliza.**

“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N.º FSAA-1-1-0438-2022 de fecha 26/09/2022”

CLÁUSULA 4.- 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, según corresponda.

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

A falta de indicación expresa, los riesgos cubiertos 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 5.- PRIMAS

El Tomador debe la prima desde el momento de la celebración del contrato, pero aquella no será exigible sino contra la entrega por parte del Asegurador de la Póliza o del Cuadro Póliza Recibo. 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 a resolver la Póliza o a exigir el pago de la prima debida con fundamento en la Póliza.

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.

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.

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.

“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N.º FSAA-1-1-0438-2022 de fecha 26/09/2022”

En caso de resolución por falta de pago de una fracción de prima vencida, ésta 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.

Contra el pago de la prima o cualquiera de sus fracciones, el Asegurador entregará al Tomador el Cuadro Póliza Recibo correspondiente firmado y sellado. La entrega de este documento podrá efectuarse en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos previstos para ello y acordados por las partes que consten en la solicitud de seguro.

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.

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 8.- Plazo de Gracia, de estas Condiciones Generales, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior.

La renovación no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante notificación escrita con acuse de recibo, dirigido al último domicilio que conste en el Cuadro Póliza Recibo, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso.

CLÁUSULA 7.- DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO

El Tomador o el Propuesto Asegurado 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 un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud de seguro, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver la Póliza mediante comunicación dirigida al Tomador, en el plazo de un (1) mes contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el Tomador o el Asegurado. 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. Correspondrán al Asegurador las primas relativas al período transcurrido hasta el momento en que se haga esta notificación. El Asegurador no podrá resolver la Póliza cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N.º FSAA-1-1-0438-2022 de fecha 26/09/2022”

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

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.

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

En caso de falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, del Asegurado o del 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 al Tomador en los supuestos de nulidad del contrato contemplados en esta Cláusula.

CLÁUSULA 8.- PLAZO DE GRACIA

Se conceden treinta (30) días continuos de gracia para el pago de la prima de renovación, contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia del contrato anterior.

Si ocurriere un siniestro en este plazo, el Asegurador pagará la indemnización, previa deducción de la prima correspondiente. Si el monto del siniestro es menor a la prima de renovación, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague la prima en el plazo de gracia concedido. Si la prima no es pagada en el referido plazo, el contrato quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación de la vigencia del contrato anterior.

CLÁUSULA 9.- PLURALIDAD DE SEGUROS

El Tomador o el Asegurado debe comunicar al Asegurador la celebración de cualquier otro seguro que ampare iguales riesgos a los cubiertos por este seguro y que se refiera a la misma persona, la comunicación deberá hacerse por escrito y en un plazo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha en que el Asegurado tuvo conocimiento de la ocurrencia del siniestro. El incumplimiento de este deber sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que el Asegurador pueda deducir de la Suma Asegurada cantidad alguna por este concepto.

Si existen varios seguros que amparen la cobertura de Gastos Médicos y que estén obligados a pagar la indemnización sobre un mismo siniestro, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario, escogerá el orden en que presentará las reclamaciones y los aseguradores deberán indemnizar, según los límites de sus Pólizas, hasta el monto total de los gastos o de la Suma Asegurada.

“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N.º FSAA-1-1-0438-2022 de fecha 26/09/2022”

En caso de siniestro, el Asegurado o el Beneficiario no podrá renunciar a los derechos que le correspondan según la Póliza o aceptar modificaciones a la misma con el Asegurador, en perjuicio de los demás aseguradores.

CLÁUSULA 10.- PAGO DE INDEMNIZACIONES

El Asegurador tendrá la obligación de pagar la indemnización que corresponda en un plazo que no exceda de treinta (30) días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que el Asegurador haya recibido toda la información y recaudos requeridos para liquidar el siniestro, salvo por causa extraña no imputable al Asegurador.

CLÁUSULA 11.- 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 12.- PERITAJE

Si surgiere desacuerdo para la fijación del importe de la indemnización o si el Asegurado no aceptase la proposición del Asegurador en lo referente al grado de invalidez, las partes podrán someterse al siguiente procedimiento:

1. Nombrar de común acuerdo y por escrito, un perito único.
2. En caso de desacuerdo sobre la designación de un (1) perito único, nombrar por escrito dos (2) peritos, uno por cada parte, dentro del plazo de dos (2) meses calendario a partir del día en que una de las partes haya requerido a la otra dicha designación.
3. En caso de que una de las partes se negare a designar o dejare de nombrar el perito, en el plazo antes indicado, la otra parte entenderá que desiste del procedimiento.
4. Si los dos (2) peritos así designados 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 decisión agotará el procedimiento.
5. El perito único, los dos (2) peritos o el tercer perito, según el caso, decidirán en qué proporción se habrán de soportar las partes los gastos relativos al peritaje.

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 o peritos sobrevivientes. Así mismo, si el perito único o el perito tercero fallecieran antes del dictamen final, las partes o los peritos que le hubieren nombrado, según el caso, quedan facultados para sustituirlo por otro.

El perito único, los dos (2) peritos o el perito tercero, según el caso, deberán conocer la materia relativa al peritaje y harán sus evaluaciones ateniéndose a las condiciones del contrato.

“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N.º FSAA-1-1-0438-2022 de fecha 26/09/2022”

Para los efectos de esta cláusula, se entiende por perito, el médico legalmente autorizado para el ejercicio de la profesión médica quien deberá tener conocimiento en la materia relativa 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.

CLÁUSULA 13.- 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 14.- 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 Cláusula se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea consignado el libelo de demanda por ante el tribunal competente.

CLÁUSULA 15.- PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA 16.- MODIFICACIONES

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

“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N.º FSAA-1-1-0438-2022 de fecha 26/09/2022”

Se consideran aceptadas las solicitudes escritas de prorrogar o modificar un contrato, si el Asegurador no rechaza por escrito la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido.

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

Si la modificación requiere pago de prima adicional se aplicará lo dispuesto en la Cláusula 4. Vigencia de la Póliza y la Cláusula 5. Primas, de estas Condiciones Generales.

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

CLÁUSULA 17.- OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO

1. El Asegurado deberá 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, frecuencia 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.
4. El Asegurado o el Beneficiario deberá declarar, al tiempo de exigir la indemnización o prestación del servicio, los contratos de seguros que existen y que cubren el mismo riesgo.
5. El Asegurado, en caso de cambio de dirección de cobro, domicilio, habitación u oficina, según sea el caso, debe notificar por escrito al Asegurador dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de haber efectuado el cambio.
6. El Asegurado debe cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el presente contrato.

CLÁUSULA 18.- OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

1. Informar al Tomador o al Asegurado, mediante la entrega de la Póliza y demás documentos, la extensión de los riesgos asumidos y aclarar, en cualquier tiempo, todas las dudas y consultas que éste le formule.
2. Entregar el Cuadro Póliza Recibo al Tomador junto con copia de la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los Anexos, si los hubiere, y los demás documentos que formen parte integrante del contrato de seguro. En la renovación la obligación procederá para los nuevos documentos o

“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N.º FSAA-1-1-0438-2022 de fecha 26/09/2022”

- 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, 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 19.- AVISOS

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a este contrato se efectuará con acuse de recibo, mediante comunicación escrita o telegrama dirigido a la dirección del Tomador o del Asegurado que conste en el contrato, según corresponda, o al domicilio principal o sucursal del Asegurador, o a través de los medios electrónicos acordados por las partes.

Las comunicaciones relacionadas con la tramitación de siniestros que sean entregadas al intermediario de la actividad aseguradora producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte, salvo estipulación en contrario.

CLÁUSULA 20.- 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 seguros, a cuya jurisdicción declaran someterse las partes.

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES PARTICULARES

Para todos los fines relacionados con esta Póliza, queda expresamente convenido que los siguientes términos tendrán la acepción que se les asigna a continuación:

ACCIDENTE: Cualquier lesión corporal sufrida por el Asegurado por la acción repentina de una fuerza o agente externo, en forma violenta, fortuita y ajena a su voluntad.

COSTO RAZONABLE: Costo promedio, calculado por el Asegurador, de los gastos médicos quirúrgicos y hospitalarios de centros médicos asistenciales ubicados en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido el Asegurado los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones, y que de acuerdo a las condiciones de esta Póliza se encuentren cubiertos. Dicho promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga el Asegurador de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en dichos gastos, incrementados según el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes, o de los baremos de los centros

“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N.º FSAA-1-1-0438-2022 de fecha 26/09/2022”

médicos asistenciales que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el costo razonable será el monto facturado.

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA: Establecimiento permanente autorizado por el Organismo que corresponda, para suministrar asistencia médica. No será considerada institución hospitalaria, para los efectos de esta Póliza, los lugares de descanso para ancianos, centros exclusivos para tratamiento de drogadictos, de alcohólicos, ni lugares donde se proporcionen tratamientos naturistas.

MÉDICO: Profesional de la medicina debidamente titulado e inscrito en el Ministerio con competencia en el área de salud y en la institución que legalmente corresponda, para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios, cuya especialidad médica esté directamente vinculada con la afección o condición del Asegurado.

CLÁUSULA 2.- 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 o la persona que tenga como tal, siempre que no supere sesenta y cinco (65) años de edad.
- b. Los hijos solteros con edad comprendida entre un (1) mes y los veintiún (21) años. Si al superar la edad máxima continúan solteros y dependiendo económicamente del Asegurado Titular, podrán permanecer asegurados hasta 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.

CLÁUSULA 3.- COBERTURA BÁSICA – RIESGOS CUBIERTOS

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 produjere:

- 3.1. 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.**
- 3.2. 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**

“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N.º FSAA-1-1-0438-2022 de fecha 26/09/2022”

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%

“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N.º FSAA-1-1-0438-2022 de fecha 26/09/2022”

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%
Pérdida del dedo meñique derecho	7%
Pérdida del dedo meñique izquierdo	5%

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.

Cualquier indemnización pagada durante la vigencia de esta 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.

“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N.º FSAA-1-1-0438-2022 de fecha 26/09/2022”

CLÁUSULA 4.- COBERTURAS ADICIONALES

El Tomador podrá contratar cualquiera de las siguientes Coberturas, obligándose al pago de la prima adicional correspondiente y las mismas se indicarán en el Cuadro Póliza Recibo:

4.1. INCAPACIDAD TEMPORAL

- a. **Incapacidad Temporal Total:** Si dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de un accidente cubierto por esta Póliza, se le produjera al Asegurado una incapacidad total y permanente para desempeñar la ocupación declarada en la Solicitud del Seguro, el Asegurador indemnizará la cantidad semanal indicada en el Cuadro Póliza Recibo, mientras dure tal incapacidad y hasta por un período máximo de cincuenta y dos (52) semanas.
 - b. **Incapacidad Temporal Parcial:** Si dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de un accidente cubierto por esta Póliza, o inmediatamente después de un período de Incapacidad Temporal Total, el Asegurado continuara incapacitado de manera que sólo pudiese desempeñar la ocupación declarada en la solicitud del seguro parcialmente, el Asegurador indemnizará la mitad de la cantidad semanal indicada en el Cuadro Póliza Recibo mientras dure tal incapacidad y hasta un período máximo de veintiséis (26) semanas o hasta completar las cincuenta y dos (52) semanas en caso de que se haya indemnizado por Incapacidad Temporal Total.
- 4.2. **GASTOS MÉDICOS:** Si como consecuencia de un accidente y dentro de los treinta (30) días siguientes a la ocurrencia del mismo, el Asegurado requiriese atención médica, de hospitalización o cirugía o cualquier otra clase de atención para el restablecimiento de su salud, el Asegurador indemnizará el costo razonable incurrido hasta por la suma asegurada por esta cobertura indicada en el Cuadro Póliza Recibo.
 - 4.3. **GASTOS FUNERARIOS:** En caso de fallecimiento del Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto por esta Póliza, el Asegurador indemnizará al Tomador, Asegurado Titular o Beneficiarios designados los gastos incurridos por Servicios Funerarios, hasta por la suma asegurada por esta cobertura indicada en el Cuadro Póliza Recibo.

CLÁUSULA 5.- COBERTURAS ESPECIALES

- 5.1. **DOBLE INDEMNIZACIÓN:** En caso de Muerte Accidental o Invalidez Permanente del Asegurado a consecuencia de un accidente cubierto por esta Póliza, el Asegurador indemnizará el doble de la suma asegurada para el momento del accidente, indicada en el Cuadro Póliza Recibo, por Muerte Accidental o Invalidez Permanente, según sea el caso, siempre y

“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N.º FSAA-1-1-0438-2022 de fecha 26/09/2022”

cuando dicho accidente se hubiere producido bajo las circunstancias siguientes:

- a. **Mientras el Asegurado se encuentre como pasajero en un ascensor destinado únicamente al servicio de traslado de personas.**
- b. **A causa de un incendio en un edificio, encontrándose el Asegurado dentro del mismo.**
- c. **Por la explosión de una caldera de vapor.**
- d. **Por un ciclón o tornado.**
- e. **Por fulminación por rayo.**
- f. **Mientras el Asegurado se encuentre como espectador de un evento en un lugar destinado a espectáculos.**
- g. **Mientras el Asegurado se encuentre viajando como pasajero en un autobús del servicio público de itinerario regular establecido.**

5.2. INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR FALLECIMIENTO CONJUNTO: Si como consecuencia directa de un accidente cubierto por la Póliza, se produjere la muerte del Asegurado Titular y su Cónyuge, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la ocurrencia del mismo, el Asegurador indemnizará un cincuenta por ciento (50%) adicional de la suma asegurada, vigente para el momento del accidente, por Muerte Accidental por cada uno de ellos.

CLÁUSULA 6.- COBERTURA RESTRINGIDA

El Tomador podrá contratar las coberturas ofrecidas en esta Póliza, bajo cualquiera de las siguientes modalidades:

Accidentes solo en horas laborales: Mediante la cual se amparan a los Asegurados por los accidentes que puedan sufrir solo cuando se encuentren desempeñando funciones propias de la actividad profesional u ocupación.

Accidentes durante su vida privada: Mediante la cual se amparan a los Asegurados por los accidentes que puedan sufrir cuando no se encuentren desempeñando funciones propias de la actividad profesional u ocupación.

CLÁUSULA 7.- EXCLUSIONES

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.**

“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N.º FSAA-1-1-0438-2022 de fecha 26/09/2022”

- d. **Participación en duelos o riñas, salvo que se tratase de legítima defensa.**
- e. **Alteraciones del orden público, secuestro, actos delictivos.**
- f. **Lesiones causadas por 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.**
- g. **La violación de normas legales, o en el ejercicio de actividades ilícitas, huelga, asonada, invasiones civiles o militares, rebeliones, insurrecciones, motín, commoción civil o la prestación del servicio militar.**
- h. **Lesiones causadas como consecuencia de erupciones volcánicas, temblores de tierra o cualquier otra convulsión de la naturaleza, incluyendo fisión o fusión nucleares.**
- i. **Influencia de estupefacientes, alcohol y drogas o abuso de narcóticos o estimulantes que no estén bajo prescripción médica.**
- j. **Práctica de deportes como profesional, si los mismos no han sido cubiertos mediante Anexo con el consecuente pago de la prima adicional que corresponda.**
- k. **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, futbol 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, a menos que hayan sido cubiertos mediante Anexo con el consecuente pago de la prima adicional correspondiente.**
- l. **Viajes como piloto o tripulante de cualquier tipo de aeronave, o como pasajero de aeronave o helicóptero privado, a menos que dicha actividad haya sido cubierta mediante Anexo con el consecuente pago de la prima adicional correspondiente.**

CLÁUSULA 8.- CAMBIO DE OCUPACIÓN

“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N.º FSAA-1-1-0438-2022 de fecha 26/09/2022”

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 si lo hubiere.

Los cambios de profesión, de ocupación o de actividad del Asegurado no harán cesar los efectos del seguro de 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 (16º) día hábil siguiente a la notificación, siempre que ponga a disposición del Asegurado la porción de la prima no consumida.

CLÁUSULA 9.- BENEFICIARIOS

Los Beneficiarios son todas las personas designadas por el Asegurado Titular y que aparezcan 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

“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N.º FSAA-1-1-0438-2022 de fecha 26/09/2022”

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 10.- 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 11.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

Al ocurrir cualquier siniestro el Tomador, Asegurado o Beneficiario deberá:

1. Dar aviso al Asegurador dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que tuvieron conocimiento de su ocurrencia; salvo por causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario.
2. Suministrar al Asegurador, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de aviso del siniestro, los siguientes recaudos en original y copia:
 - a. Cédula de Identidad o Partida de Nacimiento del Asegurado afectado.
 - b. Cédula de Identidad del Beneficiario. En caso de que los Beneficiarios sean niños, niñas o adolescentes, oficio mediante el cual el tribunal competente autorice a su representante legal a recibir el pago de la indemnización.
 - c. Informe de las autoridades que intervinieron en el hecho, si fuere el caso.
 - d. Informe escrito con todas las circunstancias relativas a la ocurrencia del siniestro.
 - e. En caso de muerte, acta de defunción o certificado de defunción.
 - f. En caso de invalidez permanente, certificado médico de incapacidad, especificando el grado de invalidez.
 - g. Certificaciones médicas, facturas y récipes con indicación médica concerniente a los gastos médicos ocasionados.
 - h. Facturas de los gastos por servicios funerarios prestados y pagados a la Funeraria.

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

“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N.º FSAA-1-1-0438-2022 de fecha 26/09/2022”

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 12.- TERMINACIÓN AUTOMÁTICA

Las coberturas otorgadas bajo la presente Póliza 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 la misma.
- 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.

CLAUSULA 13.- DEFENSOR DEL ASEGURADO

En caso de cualquier denuncia, queja, reclamo o sugerencia, el Tomador, Asegurado o Beneficiario podrá acudir a la Oficina de Atención Ciudadana de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, en la cual existe la figura del Defensor del Tomador, Asegurado o Beneficiario, o comunicarse a través de los mecanismos dispuestos para ello.

EL TOMADOR

Por EL ASEGURADOR

“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N.º FSAA-1-1-0438-2022 de fecha 26/09/2022”