

## **PÓLIZA DE SEGURO DE ENFERMEDADES Y ACCIDENTES CATASTRÓFICOS**

“Estar Seguros S.A.”, en lo sucesivo denominada **LA EMPRESA DE SEGUROS**, representada por el ciudadano \_\_\_\_\_ en su carácter de Presidente Ejecutivo, debidamente facultado según consta en documento inscrito ante \_\_\_\_\_, basada en las declaraciones de **EL TOMADOR** y/o **EL ASEGURADO**, emite la presente Póliza mediante la cual se obliga al pago de las indemnizaciones correspondientes que justifique el Asegurado, el Tomador o el Beneficiario, de conformidad con las Condiciones Generales y Particulares siguientes, así como las contenidas en el **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA** y cualquier anexo que forme parte integrante de la misma.

### **CONDICIONES GENERALES**

Las presentes Condiciones Generales regulan este contrato de seguros en sus diferentes modalidades y coberturas que aparecen indicadas en las Condiciones Particulares y Anexos.

#### **Cláusula 1. OBJETO DEL SEGURO**

Con base en las declaraciones presentadas por **EL TOMADOR** y/o **EL ASEGURADO**, contenidas en la Solicitud de Seguro que forma parte integrante de esta Póliza, **LA EMPRESA DE SEGUROS** se compromete a indemnizar a **EL ASEGURADO** o al **BENEFICIARIO** la **SUMA ASEGURADA** indicada en el **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA**, a consecuencia de los riesgos cubiertos en las Condiciones Particulares y los Anexos, si los hubiere, que hayan sido contratados por **EL TOMADOR**, de acuerdo con lo que esté indicado en el **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA**.

#### **Cláusula 2. DEFINICIONES**

A los efectos de este contrato se entiende por:

**LA EMPRESA DE SEGUROS: ESTAR SEGUROS, S.A.**, sociedad mercantil domiciliada en la ciudad de Caracas, Distrito Capital, inscrita en el Registro de Comercio llevado por el Juzgado de Primera Instancia en lo Mercantil del Distrito Federal, el 21 de agosto de 1947, bajo el N° 921, Tomo 5-C, con ubicación de su sede principal en Centro Plaza, Torre “D”, 1ra. Transversal, Los Palos Grandes, Caracas, Venezuela.

**EL TOMADOR:** Persona natural o jurídica que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos a **LA EMPRESA DE SEGUROS**, y se obliga al pago de la Prima.

**EL ASEGURADO:** Persona natural que, en sí misma, está expuesta a los riesgos cubiertos, indicados en las Condiciones Particulares y Anexos de la Póliza, que también podrá ser **EL TOMADOR**, siempre que estén residenciados en la República Bolivariana de Venezuela.

**EL ASEGURADO FAMILIAR:** El cónyuge de **EL ASEGURADO TITULAR** o la persona con quien mantenga unión estable de hecho, sus hijos, hermanos y padres que convivan y dependan económicamente de él, siempre que estén residenciados en la República

Bolivariana de Venezuela y que puedan ser incorporados a la cobertura de la Póliza.

**EL ASEGURADO TITULAR:** Es la persona que representa el grupo familiar asegurado, tiene el derecho a recibir el pago de las indemnizaciones a que hubiere lugar y ejerce los derechos de los **ASEGURADOS FAMILIARES** ante **LA EMPRESA DE SEGUROS**.

**EL BENEFICIARIO:** Persona o personas, naturales o jurídicas, designadas por **EL TOMADOR** o el **ASEGURADO TITULAR** para recibir de **LA EMPRESA DE SEGUROS**, los beneficios estipulados en la presente Póliza.

**CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA:** Documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: Número de la Póliza; Identificación completa de **EL TOMADOR**, de **EL ASEGURADO** y del **BENEFICIARIO**; Dirección de **EL TOMADOR**; Identificación completa de **LA EMPRESA DE SEGUROS**, domicilio principal, representante y el carácter con el que éste actúa; Nombre de los intermediarios de seguros (si fuera el caso); Riesgos cubiertos, con las **SUMAS ASEGURADAS**; Período de vigencia, con indicación de la fecha, hora de inicio y vencimiento; Monto de la prima, forma y lugar de pago; dirección de cobro; Firmas del representante de **LA EMPRESA DE SEGUROS** y de **EL TOMADOR**.

**DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO:** Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, el **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA** y los Anexos que se emitan. Asimismo, la presente Póliza se emite con fundamento en las declaraciones e informaciones suministradas por **EL TOMADOR** y **EL ASEGURADO TITULAR** a **LA EMPRESA DE SEGUROS**, al momento de suscribir la Póliza, las cuales se toman como veraces y ciertas, y se presumen otorgadas de buena fe, manifestadas en la solicitud de seguro, los exámenes médicos exigidos por **LA EMPRESA DE SEGUROS** (en aquellas circunstancias que se requieran) y cualquier otro documento que pueda requerir **LA EMPRESA DE SEGUROS**, y cualquier otra declaración posterior que efectúe **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO TITULAR** ante **LA EMPRESA DE SEGUROS** al solicitar alguna modificación del riesgo o requerir cualquier indemnización derivada de esta Póliza. En consecuencia, se entiende que la declaración de siniestro y sus posteriores documentos forman parte del contrato de seguro.

**INDEMNIZACIÓN:** Es el monto que debe pagar **LA EMPRESA DE SEGUROS** en caso de que ocurra un siniestro, en la moneda de curso legal en la República Bolivariana de Venezuela (Bolívares).

**PARTES DEL CONTRATO DE SEGURO:** **LA EMPRESA DE SEGUROS, EL TOMADOR, EL ASEGURADO** y **EL BENEFICIARIO**, según corresponda.

**PRIMA:** Es la única contraprestación pagadera en dinero por **EL TOMADOR** a **LA EMPRESA DE SEGUROS**, calculada en función de los riesgos amparados y sus condiciones específicas. La prima expresada en la póliza incluye todos los derechos, comisiones, gastos y recargos, así como cualquier otro concepto relacionado con el seguro, con excepción de los impuestos que estén a cargo directo de **EL TOMADOR**, de **EL ASEGURADO** o del **BENEFICIARIO**. **EL TOMADOR** pagará la Prima en la forma y oportunidad establecida en la presente Póliza.

**SOLICITUD DE SEGURO:** Es el documento mediante el cual **EL TOMADOR** y **EL ASEGURADO**, señalan los datos particulares de la Póliza, a saber: Identificación de **EL TOMADOR** y de **EL ASEGURADO**, su dirección de cobro, de habitación y teléfonos(s); Identificación de **LA EMPRESA DE SEGUROS**, de su representante y su domicilio principal; Datos del intermediario de seguros; Coberturas; **SUMA ASEGURADA**; firmas de **EL TOMADOR**, **EL ASEGURADO TITULAR** y del intermediario de seguros y demás datos referentes al riesgo.

**SINIESTRO:** Es el acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte de **LA EMPRESA DE SEGUROS**. El conjunto de pérdidas o daños derivados de un mismo acontecimiento constituyen un único siniestro.

**SUMA ASEGURADA:** Es el límite máximo de responsabilidad de **LA EMPRESA DE SEGUROS** y está indicado en el **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA**.

**RIESGO:** Es el suceso futuro e incierto que no depende exclusivamente de la voluntad de **EL TOMADOR**, de **EL ASEGURADO** o del **BENEFICIARIO**, y cuya materialización da origen a la obligación de **LA EMPRESA DE SEGUROS**. Los hechos ciertos y los físicamente imposibles no constituyen riesgo y no son asegurables, así como la incertidumbre subjetiva respecto a determinado hecho que se haya cumplido o no.

### **Cláusula 3. VIGENCIA DE LA PÓLIZA**

**LA EMPRESA DE SEGUROS** asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de la celebración del contrato de seguro, lo cual se producirá una vez que **EL TOMADOR** notifique su consentimiento a la proposición formulada por **LA EMPRESA DE SEGUROS**, o cuando ésta participe su aceptación a la solicitud efectuada por **EL TOMADOR**, según corresponda.

En todo caso, la vigencia de la Póliza se hará constar en el **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA**, con indicación de la fecha en que se emita, la hora y día de su inicio y vencimiento.

### **Cláusula 4. RENOVACION**

La Póliza se entenderá renovada automáticamente al finalizar el último día del período de vigencia anterior y por un plazo igual, siempre que **EL TOMADOR** pague la Prima correspondiente al nuevo período del seguro de acuerdo a lo establecido en la Cláusula 6. "Plazo de Gracia" de estas Condiciones Generales. Queda entendido 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 que esté en curso.

No obstante, transcurridos tres (3) años ininterrumpidos desde la celebración del presente contrato, **LA EMPRESA DE SEGUROS** no podrá negarse a renovar, siempre que **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO TITULAR** pague la **PRIMA**.

## Cláusula 5. PAGO DE LAS PRIMAS

**EL TOMADOR** debe la prima desde el momento de la celebración del contrato de seguro, pero aquélla no le será exigible sino contra la entrega por parte de **LA EMPRESA DE SEGUROS** de la Póliza, del **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA** o de la Nota de Cobertura Provisional. **EL TOMADOR** deberá pagar la **PRIMA** dentro de los quince (15) días continuos siguientes a la celebración del contrato de seguro, en cualquier modalidad de pago de que disponga **LA EMPRESA DE SEGUROS**. Para el pago de la **PRIMA** mediante cargo directo en su cuenta bancaria o tarjeta de crédito, **EL TOMADOR** se obliga a mantener suficiente provisión de fondos que permita efectuar esta transacción al primer intento. 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**, **LA EMPRESA DE SEGUROS** tendrá derecho a resolver el contrato de seguro 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 la vigencia a la cual corresponde dicho pago, según se haga constar en el **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA**.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte de **LA EMPRESA DE SEGUROS** por dicho exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses de lo pagado en exceso.

**LA EMPRESA DE SEGUROS** no está obligada a cobrar las primas a domicilio ni dar aviso de su vencimiento y, si lo hiciere, ello no sentará precedente de obligación, pudiendo suspender esta gestión en cualquier momento sin previo aviso. El pago de la prima se debe hacer en el domicilio de **LA EMPRESA DE SEGUROS** o en cualquiera de sus agencias o sucursales.

## Cláusula 6. PLAZO DE GRACIA

**LA EMPRESA DE SEGUROS** concederá 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, únicamente cuando las primas correspondan a períodos anuales. En el caso de primas para períodos fraccionados o menores a un año, el plazo de gracia se reduce a diez (10) días continuos

Durante el plazo de gracia la Póliza continuará vigente y en caso de ocurrir algún siniestro en ese plazo, **LA EMPRESA DE SEGUROS** tendrá la obligación de pagar la indemnización correspondiente, previa deducción de la prima pendiente de pago. En este caso, el monto a descontar será la prima completa que corresponda al mismo período de la cobertura anterior. Si el monto a indemnizar es menor que la prima a descontar, **EL TOMADOR** deberá pagar, antes de finalizar el plazo de gracia, la diferencia existente entre la prima y dicho monto. No obstante, si **EL TOMADOR** se negase o no pudiese pagar la diferencia de prima antes de finalizar el plazo de gracia, se entenderá que **EL TOMADOR** no desea continuar con la Póliza, quedando ésta resuelta.

La falta de pago o el pago parcial de la **PRIMA** en el tiempo establecido en el párrafo anterior, se entenderá como la voluntad de **EL TOMADOR** de resolver la póliza, quedando la misma sin validez ni efecto alguno a partir de la fecha de terminación de la vigencia anterior.

Si la **PRIMA** fuere pagada una vez transcurrido el plazo de gracia, la Póliza tendrá vigencia desde la fecha de pago efectivo por parte de **EL TOMADOR** y, en consecuencia, se considerará como un nuevo contrato de seguro, aplicándose todas las estipulaciones previstas en estas Condiciones Generales y en las Particulares.

#### **Cláusula 7. DECLARACIONES FALSAS Y OMISIÓN DE INFORMACIÓN**

La presente Póliza se emite con fundamento en las declaraciones e informaciones suministradas por **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO** a **LA EMPRESA DE SEGUROS**, al momento de suscribir la Póliza, las cuales se toman como veraces y ciertas, y se presumen otorgadas de buena fe, manifestadas en la **SOLICITUD DE SEGURO** y cualquier otro documento que pueda requerir **LA EMPRESA DE SEGUROS**; u otra declaración posterior que le corresponda efectuar a **EL TOMADOR** y/o **EL ASEGURADO** ante **LA EMPRESA DE SEGUROS** al solicitar alguna modificación del riesgo o requerir el pago de cualquier indemnización derivada de esta Póliza.

**EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO TITULAR** tiene el deber, antes de la celebración del contrato, de declarar con exactitud a **LA EMPRESA DE SEGUROS** de acuerdo con el cuestionario que ésta le proporcione o los requerimientos que le indique, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

**LA EMPRESA DE SEGUROS** deberá participar a **EL TOMADOR**, 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 a **EL 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 (16°) día siguiente a su notificación, siempre y cuando la devolución de la prima correspondiente se encuentre a disposición de **EL TOMADOR** en la caja de **LA EMPRESA DE SEGUROS**. Corresponderán a **LA EMPRESA DE SEGUROS** las primas relativas al período transcurrido hasta el momento en que haga esta notificación. **LA EMPRESA DE SEGUROS** no podrá resolver la Póliza cuando el hecho que haya sido objeto de reserva o inexactitud haya desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que **LA EMPRESA DE SEGUROS** haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta 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 la Póliza cubra varias personas y la reserva o inexactitud se contrajese sólo a una o varias de ellas, la Póliza subsistirá con todos sus efectos respecto a los restantes, siempre y cuando sea técnicamente posible.

Las declaraciones falsas y reticencias de mala fe por parte de **EL TOMADOR**, de **EL ASEGURADO** o del **BENEFICIARIO** debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta de la Póliza, si son de tal naturaleza que **LA EMPRESA DE SEGUROS** de haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones, quedando **LA EMPRESA DE**

**SEGUROS** exonerada de la devolución de las Primas pagadas.

#### **Cláusula 8. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**LA EMPRESA DE SEGUROS** no estará obligada al pago de la **INDEMNIZACIÓN** en los siguientes casos:

- 1. Si EL TOMADOR, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier momento emplea medios o documentos engañosos o dolosos, utilice datos falsos o simule hechos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios o cometer u ocultar fraudes en perjuicio de LA EMPRESA DE SEGUROS.**
- 2. Si EL TOMADOR, EI ASEGURADO o EL BENEFICIARIO actúa con dolo o culpa grave. No obstante, LA EMPRESA DE SEGUROS estará obligada 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 LA EMPRESA DE SEGUROS en lo que respecta a la Póliza.**
- 3. 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 a LA EMPRESA DE SEGUROS.**
- 4. 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 de LA EMPRESA DE SEGUROS.**
- 5. Si EL TOMADOR intencionalmente omitiere dar aviso a LA EMPRESA DE SEGUROS sobre la contratación de Pólizas que cubran los mismos riesgos o si hubiese celebrado el segundo o posteriores seguros con el fin de procurarse un provecho ilícito.**
- 6. Cuando se presente alguna de las circunstancias establecidas en las Condiciones Particulares como causales de exoneración de responsabilidad de LA EMPRESA DE SEGUROS.**
- 7. Si EL TOMADOR, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO omitiere notificar la ocurrencia del SINIESTRO o lo hiciera ya transcurrido el plazo establecido en la Cláusula 7 (Procedimiento en caso de reclamo) de las Condiciones Particulares de esta Póliza, o no presentare los documentos requeridos por LA EMPRESA DE SEGUROS o lo hiciera fuera de los tiempos previstos en dicha cláusula, salvo que tal omisión o extemporaneidad haya sido por causa extraña no imputable al obligado, debidamente comprobada.**
- 8. Cuando EL TOMADOR, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO, o cualquier otra persona que obre por su cuenta, obstaculizaren el ejercicio de los derechos de LA EMPRESA DE SEGUROS.**
- 9. Cuando EL TOMADOR, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO no complete totalmente la SOLICITUD DE SEGURO que le suministre LA EMPRESA DE SEGUROS, ni declare con sinceridad y exactitud, antes de la celebración del contrato de seguro, todas las circunstancias necesarias que sean conocidas por él, para identificar las personas aseguradas y apreciar la extensión de los riesgos e influir en su valoración.**

## **Cláusula 9. PLURALIDAD DE SEGUROS**

**EL TOMADOR o EL ASEGURADO** debe comunicar a **LA EMPRESA DE SEGUROS** la celebración de cualquier otro seguro que ampare a los mismos **ASEGURADOS** por iguales riesgos a los cubiertos por esta Póliza. El incumplimiento de este deber sólo podrá dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que **LA EMPRESA DE SEGUROS** pueda deducir de la **SUMA ASEGURADA** cantidad alguna por este concepto.

Si existen varios Aseguradores que amparen los mismos riesgos cubiertos por esta Póliza, 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.

## **Cláusula 10. PAGO DE INDEMNIZACIONES**

**LA EMPRESA DE SEGUROS**, salvo por causa extraña que no le sea imputable, tendrá la obligación de indemnizar el monto de la pérdida, destrucción o daño cubierto dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días continuos, contados a partir de la fecha en que **LA EMPRESA DE SEGUROS** haya recibido el ajuste definitivo de pérdidas y culminado las investigaciones correspondientes, si fuere el caso, o haya recibido por parte de **EL ASEGURADO** todos los recaudos requeridos que figuran en la Cláusula 7 (Procedimiento en caso de reclamo) de las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Si posterior al pago de una **INDEMNIZACIÓN**, **LA EMPRESA DE SEGUROS** llegare a comprobar que la misma era improcedente de acuerdo a las condiciones de esta Póliza y sus Anexos, ésta podrá, de ser posible, considerar dicha **INDEMNIZACIÓN** como un anticipo sobre cualquier futuro pago que tuviere que hacer a **EL TOMADOR** o a **EL ASEGURADO** y, de no ser posible, podrá solicitar de éstos o de la persona que formuló tal reclamación, el reintegro parcial o total de la **INDEMNIZACIÓN**, ya sea de forma amistosa o mediante acciones administrativas o judiciales.

## **Cláusula 11. RECHAZO DEL SINIESTRO**

**LA EMPRESA DE SEGUROS** deberá notificar por escrito a **EL TOMADOR** o a **EL ASEGURADO TITULAR** dentro del plazo señalado en la cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que, a su juicio, justifican el rechazo, total o parcial, de la **INDEMNIZACIÓN** exigida.

## **Cláusula 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 la Actividad Aseguradora actuará directamente o a través de los funcionarios que designe como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la Póliza. Las partes fijarán el procedimiento a seguir;

caso contrario, se aplicará el procedimiento previsto en la ley que rige la materia de arbitraje. En este supuesto, 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, pudiendo solicitarse su nulidad únicamente en los supuestos previstos en la Ley.

### **Cláusula 13. CADUCIDAD**

**EL TOMADOR, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO** perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra **LA EMPRESA DE SEGUROS** o convenir con ésta el Arbitraje previsto en la cláusula anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación:

- a. En caso de rechazo del siniestro, un (1) año contado a partir de la fecha de notificación del rechazo.
- b. En caso de inconformidad con el pago de la indemnización, un (1) año contado a partir de la fecha en que **LA EMPRESA DE SEGUROS** hubiere efectuado el pago.

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 o iniciado el procedimiento de arbitraje.

### **Cláusula 14. PRESCRIPCIÓN**

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

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 o iniciado el procedimiento de arbitraje.

### **Cláusula 15. MODIFICACIONES**

Toda modificación a las condiciones de esta Póliza entrará en vigor una vez que **EL TOMADOR** notifique su consentimiento a la proposición formulada por **LA EMPRESA DE SEGUROS** o cuando ésta participe a **EL TOMADOR** su aceptación a la solicitud de modificación por él propuesta.

La modificación de la **SUMA ASEGURADA** requerirá aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por **LA EMPRESA DE SEGUROS** con la emisión del recibo de prima, en el que se modifique la **SUMA ASEGURADA**, y por parte de **EL TOMADOR** mediante comunicación escrita o por el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere.

Las modificaciones se harán constar mediante Anexos, emitidos en los formularios usuales de **LA EMPRESA DE SEGUROS**, y debidamente firmados por un representante de **LA EMPRESA DE SEGUROS** y por **EL TOMADOR**. Los Anexos 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 3. (Vigencia de la Póliza) y en la Cláusula 5. (Pago de las Primas) de estas Condiciones Generales.

Se considerarán aceptadas las solicitudes escritas de prórroga o de modificación del contrato, si **LA EMPRESA DE SEGUROS** no rechaza la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de haberla recibido. El plazo será de veinte (20) días hábiles cuando sea necesario un reconocimiento médico. El requerimiento de **LA EMPRESA DE SEGUROS** de que **EL ASEGURADO** se realice el examen médico no implica aceptación.

Cuando **EL TOMADOR** solicite aumentos de **SUMA ASEGURADA**, las cantidades en exceso se comenzarán a considerar y a aplicar una vez vencido el plazo de espera indicado en la Cláusula 4 (Plazo de espera) de las Condiciones Particulares de esta Póliza, contado a partir de la fecha del pago de la **PRIMA** correspondiente a dicho aumento; por lo tanto, cualquier **INDEMNIZACIÓN** ocurrida antes del vencimiento de dicha período se liquidará basándose en las coberturas del plan anterior.

#### **Cláusula 16. COOPERACIÓN DE LOS ASEGURADOS**

**EL ASEGURADO** está obligado a entregar a **LA EMPRESA DE SEGUROS** todos los recibos, facturas, resultados de exámenes y cualquier otro documento que ésta considere necesario con referencia a la contratación del seguro o a una reclamación. Igualmente, **EL ASEGURADO** otorga la autorización para que todos los médicos que estén atendiendo la hospitalización o suministrando el tratamiento, proporcionen a **LA EMPRESA DE SEGUROS** información sobre el estado físico, historia médica, historia clínica y demás circunstancias que se relacionen con **EL ASEGURADO**. En caso de reclamación, **LA EMPRESA DE SEGUROS** tendrá derecho, a su propio costo, a hacer examinar a **EL ASEGURADO** por médicos distintos al tratante y **EL ASEGURADO** se obliga a someterse a los exámenes que razonablemente sean exigidos.

#### **Cláusula 17. SUBROGACIÓN DE DERECHOS**

**LA EMPRESA DE SEGUROS** queda subrogada de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto indemnizado, en todos los derechos y acciones de **EL ASEGURADO** y **EL BENEFICIARIO** contra los terceros responsables.

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará si el daño hubiese sido causado por los descendientes de **EL ASEGURADO**, su cónyuge, la persona con quien mantenga unión estable de hecho, otros parientes u otras personas que convivan permanentemente con él o por las personas por la que deba responder civilmente.

**EL ASEGURADO** o **EL BENEFICIARIO** no podrá en ningún momento renunciar a su derecho de recobrar de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado, so pena de perder todo derecho de **INDEMNIZACIÓN** derivada de esta Póliza.

En caso de siniestro, **EL ASEGURADO** o **EL BENEFICIARIO** se obliga a realizar, a expensas de **LA EMPRESA DE SEGUROS**, cuantos actos sean necesarios y todo lo que ésta pueda razonablemente requerir, con el objeto de permitir que **LA EMPRESA DE SEGUROS** ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sea antes o después del pago de la **INDEMNIZACIÓN**. **EL ASEGURADO** o **EL BENEFICIARIO** será responsable de todo acto que

perjudique este derecho de **LA EMPRESA DE SEGUROS**.

### **Cláusula 18. AVISOS**

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a la Póliza deberá hacerse mediante comunicación escrita o telegrama, con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal o sucursal de **LA EMPRESA DE SEGUROS** o a la dirección de **EL TOMADOR** o de **EL ASEGURADO** que conste en la Póliza, según sea el caso.

En caso de siniestro, las comunicaciones entregadas al intermediario de seguros producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte.

### **Cláusula 19. 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 expresamente~~

## **CONDICIONES PARTICULARES**

### **Cláusula 1. DEFINICIONES**

A los efectos de esta Póliza, queda expresamente convenido que los siguientes términos tendrán la acepción que se les asigna a continuación:

**ACCIDENTE:** Es la acción fortuita, repentina y violenta de una fuerza exterior e independiente de la voluntad de **EL ASEGURADO**, cuya consecuencia real, inmediata, directa y exclusiva sea cualquier daño físico cuyas heridas o lesiones no puedan atribuirse en forma alguna a condiciones patológicas.

**ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR:** Lesión neurológica aguda que se produce por procesos patológicos de los vasos sanguíneos cerebrales, y que ocasiona trastornos bruscos de las funciones cerebrales. Esto incluye trombosis, embolia y hemorragia cerebral. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique accidente cerebro vascular.

**ANGIOPLASTIA:** Intervención quirúrgica cuyo procedimiento consiste en la plastia de una o más arterias coronarias para aumentar su diámetro y corregir su obstrucción mediante la utilización de un catéter, siempre y cuando se demuestre obstrucción de más del setenta por ciento (70%) de una o más arterias.

**BETA TALASEMIA HOMOZIGOTE:** Anemia hemolítica hereditaria por defecto de la síntesis de Hemoglobina, que lleva a la destrucción del glóbulo rojo.

**CÁNCER (NEOPLASIA):** Presencia de tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, y la proliferación de células malignas, invasión de tejidos, metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios, incluyendo la Leucemia.

**CENTRO DE TRANSPLANTE:** Institución legalmente autorizada para efectuar Transplantes de Órganos y Transplantes de Tejidos, reconocida y aceptada como un centro especializado para tal fin por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional; y que se ocupa en primer término, y de forma remunerada, de proporcionar a los pacientes ingresados en la institución tratamiento y cuidado bajo la dirección del personal médico técnico, incluyendo los procedimientos especiales requeridos por concepto de Transplante de Órganos y de Tejidos.

**CIRUGÍA CORONARIA:** Cirugía de arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento u obstrucción, por medio de una revascularización by-pass, realizada posteriormente a la confirmación obtenida mediante un cateterismo cardíaco.

**ENFERMEDAD:** Alteración de la salud de **EL ASEGURADO** que origine reducción de su capacidad funcional y equilibrio orgánico y de la cual se origina un diagnóstico que la define, certificado por un médico durante la vigencia de la Póliza y que se encuentre expresamente amparada por **LA EMPRESA DE SEGUROS** de acuerdo a los términos de las Condiciones Generales y Particulares de este contrato de seguro.

**ENFERMEDADES CEREBRALES (TUMORES BENIGNOS O MALFORMACIONES VASCULARES):** Originadas por tumores benignos de las células nerviosas o en las malformaciones vasculares (aneurismas o hemangiomas) que en ambos casos se presenten en la parte central del cerebro, en la base del encéfalo, o vecinos a estructuras vitales, cuyo tratamiento por extirpación resulta imposible o técnicamente muy difícil sin dejar secuelas, siendo necesario recurrir a métodos de irradiación fina.

**ENFERMEDAD DE ALBERS-SCHONBERG:** Conocida como la enfermedad de huesos de mármol, congénita, caracterizada por la elevada densidad mineral ósea de los huesos. Al ser tan resistentes y poco elásticos, los pacientes afectados por esta enfermedad sufre numerosas fracturas secundarias a traumatismos mínimos.

**ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS:** Aquellas en las cuales el sistema nervioso central, el sistema nervioso periférico o ambos, se encuentran afectados por un proceso patológico que se origina y ocurre principalmente dentro de las mencionadas estructuras que componen el Sistema Nervioso. No se considerará Enfermedad Neurológica a los efectos de esta Póliza, cualquier enfermedad o desorden que afecte de forma secundaria al sistema nervioso central o al periférico, o que haya sido causada por condiciones o factores ajenos al sistema nervioso.

**INFARTO DEL MIOCARDIO:** Necrosis de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:

- a) Una hospitalización debida a un dolor agudo del pecho, miembro superior izquierdo o epigastrio sugerente de un infarto de miocardio, y
- b) Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma ECG o aumento en las enzimas cardíacas por sobre los valores normales de laboratorio.

**INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:** La etapa final de una enfermedad crónica de ambos riñones, que significa la pérdida total e irreversible del funcionamiento de éstos, como consecuencia de la cual se hace necesaria regularmente la hemodiálisis, diálisis peritoneal o el trasplante de riñón.

**LEUCEMIA:** Neoplasia derivada de las células hematopoyéticas (de la sangre), que proliferan inicialmente en la médula ósea antes de diseminarse a la sangre periférica, bazo, ganglios linfáticos y, finalmente, al resto de los tejidos.

**LEUCEMIA LINFOCÍTICA:** Tipo de leucemia en el que las células de origen son las linfoides.

**LEUCEMIA NO LINFOCÍTICA (MIELOIDE):** Tipo de leucemia con células inmaduras (blastos) de estirpe mieloide.

**LEUCEMIA MIOLOGENA CRÓNICA:** Enfermedad neoplásica maligna por disfunción de la médula ósea, o cáncer hematológico.

**LINFOMA:** Neoplasia que se deriva y reside predominantemente en los tejidos linfoides.

**LINFOMA HODGKIN. ESTADIOS:**

Estadio IIIA: Afección de ganglios en ambos lados del diafragma, acompañada o no de alteración localizada en un órgano o sitio extralinfático o afectación del bazo, sin síntomas generales.

Estadio IIIB: Afección de ganglios en ambos lados del diafragma, acompañada o no de alteración localizada en un órgano o sitio extralinfático o afectación del bazo, con pérdida ponderal mayor del diez por ciento (10%) del peso los seis (6) meses previos o fiebre inexplicable mayor de treinta y ocho grados centígrados (38°C) o ambas cosas, o bien sudoración nocturna.

Estadio IVA: Afección diseminada o difusa de uno o más órganos o tejidos extralinfáticos, con o sin crecimiento ganglionar asociado, sin síntomas generales.

Estadio IVB: Afección diseminada o difusa de uno o más órganos o tejidos extralinfáticos, con o sin crecimiento ganglionar asociado, con pérdida ponderal mayor del diez por ciento (10%) del peso los seis (6) meses previos o fiebre inexplicable mayor de treinta y ocho grados centígrados (38°C) o ambas cosas, o bien sudoración nocturna.

**LINFOMA DE NO-HODGKIN:** Enfermedad neoplásica maligna del tejido linfático, de mal pronóstico a diferencia del Linfoma de Hodgkin, por su difícil tratamiento y agresividad.

**MÉDULA ÓSEA:** Tejido que se encuentra en las cavidades de los huesos, presentando fibras reticulares y células.

**NEUROBLASTOMA:** Tumor maligno originado de las células precursoras (neuroblastos) de las células nerviosas.

**ENFERMEDAD NEUROQUIRÚRGICA:** Toda intervención quirúrgica del sistema nervioso

central y/o periférico, lo que incluye el cerebro y otras estructuras intracraneales, la médula espinal y las vértebras, los nervios periféricos de todo el cuerpo y los vasos sanguíneos del cerebro y la médula espinal.

**OSTEOPOROSIS GENERALIZADA:** Enfermedad caracterizada por un trastorno del metabolismo del calcio que conlleva a una baja densidad mineral ósea, por lo que existe un alto riesgo de fracturas por traumatismos mínimos o espontáneamente. Con mayor frecuencia asociada a la edad avanzada, o secundaria a otras enfermedades como el hiperparatiroidismo.

**PERSONA RESIDENTE:** Aquella que vive dentro del territorio de la República Bolivariana de Venezuela por más de ciento ochenta (180) días continuos durante la vigencia anual de esta Póliza.

**PLAZO DE ESPERA:** Es aquel período dentro de la vigencia de la cobertura de este contrato de seguro, durante el cual **LA EMPRESA DE SEGUROS** no cubre determinados riesgos.

**POLITRAUMATISMO:** Lesión física, interna o externa, provocada por una violencia exterior, debido a la cual **EL ASEGURADO** puede sufrir severas incapacidades.

**QUEMADURAS DE TERCER GRADO:** Para los efectos de esta cobertura, sólo se cubrirán las quemaduras de tercer grado que afecten a un mínimo del veinte por ciento (20%) de la superficie del cuerpo.

**RECEPTOR: EL ASEGURADO** que ha recibido o está en proceso de recibir un trasplante de órgano o de tejido cubierto.

**SEPTICEMIA:** Cuadro patológico causado por la presencia de microorganismos patógenos y sus toxinas en un foco infeccioso y por la penetración permanente o periódica de estos microorganismos y sus toxinas en la circulación sanguínea, a la vez que falla la reacción general y normal de defensa contra los gérmenes y cuando no se produce una curación espontánea por existir una situación reactiva especial en el organismo como falta de anticuerpos, defensas bajas, tratamiento inmunosupresor o citostático. Como suposición de una septicemia, por lo menos cuatro de los fenómenos siguientes tienen que ser cumplidos:

- 1) Cultivo de sangre positivo
- 2) Temperatura rectal mayor de treinta y ocho y medio grados centígrados (38,5°C)
- 3) Anemia
- 4) Leucocitosis (más de doce mil (12.000) leucocitos) o leucopenia (menos de cuatro mil (4.000) leucocitos)
- 5) Trombocitopenia (menos de ciento cincuenta mil (150.000) plaquetas)
- 6) Trastornos de la coagulación
- 7) Acidosis metabólica
- 8) Terapia necesaria en una unidad de cuidados intensivos.

**SINDROME WISKOTT – ALDRICH:** Dermatitis eczematoide crónica, mayor sensibilidad a las infecciones recurrentes y trombocitopenia con hepatomegalia.

**TEJIDO:** Conjunto de células similares y especializadas, las cuales están unidas para cumplir una función determinada.

**TRANSPLANTE DE ÓRGANO:** Procedimiento quirúrgico, médicamente necesario, efectuado durante el período de vigencia de esta Póliza, mediante el cual se inserta en el cuerpo de **EL ASEGURADO** cualquiera de los órganos que se mencionan a continuación o parte de uno de ellos, provenientes de un donante fallecido o vivo. La implantación de órganos sólo se reconocerá cuando se hayan agotado todos los otros medios y recursos disponibles o éstos sean inconvenientes o insuficientes como alternativa terapéutica de salud o conservación de la vida y siempre que sean realizados por médicos e instituciones registradas y legalmente habilitadas por las autoridades pertinentes.

Los únicos trasplantes de órganos que están cubiertos bajo esta Póliza son los de:

- 1) Corazón, pulmón, páncreas, riñón e hígado, o alguna combinación de éstos siempre que sea médicamente necesario;
- 2) Trasplante de Médula Ósea: Este trasplante solamente se cubrirá como la última alternativa de vida, quedando excluidos los realizados como esquema terapéutico de rescate de tumores sólidos de cualquier origen. En cualquier caso, este trasplante no se cubrirá si es con fines experimentales. Casos cubiertos:

2.1 Médula ósea autóloga para:

- Linfoma de no-Hodgkin, todos los estadíos;
- Linfoma de Hodgkin, estado III A o B; o estado IV o B;
- Leucemia linfocítica aguda después del primer o segundo relapso;
- Leucemia no-linfocítica aguda después del primer o segundo relapso;
- Tumores de célula germen (gameto);

2.2 Médula ósea alogénica para:

- Anemia aplásica;
- Leucemia aguda;
- Inmunodeficiencia combinada severa;
- Síndrome de Wiskott-Aldrich;
- Osteoporosis infantil maligna (enfermedad de Albers Schonberg u Osteoporosis generalizada);
- Leucemia mielógena crónica (LMC);
- Neuroblastoma Estado III o IV en niños mayores de un año;
- Beta talasemia homocigote (talasemia mayor).

## **Cláusula 2. COBERTURA BÁSICA**

**LA EMPRESA DE SEGUROS pagará a EL ASEGURADO la SUMA ASEGURADA indicada en el CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA para esta cobertura, si EL ASEGURADO recibe un diagnóstico por ENFERMEDAD o sufre un ACCIDENTE siempre que den lugar solamente a:**

- 1. Enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas, incluyendo accidente cerebro vascular**

2. Cirugía cardíaca, incluyendo angioplastia
3. Cáncer
4. Trasplante de órganos
5. Politraumatismo
6. Quemaduras de tercer grado
7. Insuficiencia renal crónica
8. Septicemia.

**Independientemente del número de diagnósticos que recibe EL ASEGURADO ya sea para la misma ENFERMEDAD o ACCIDENTE o para distintas enfermedades o accidentes, este beneficio se pagará solamente una vez por ASEGURADO, en cuyo caso la vigencia y efectividad de esta Póliza se entenderá terminada solo por lo que respecta a dicho ASEGURADO.**

### **Cláusula 3. PERSONAS ASEGURABLES**

Son asegurables **EI ASEGURADO TITULAR** y los **ASEGURADOS FAMILIARES**, según están definidos en la Cláusula 2 (Definiciones) de las Condiciones Generales de esta Póliza.

### **Cláusula 4. PLAZO DE ESPERA**

Para los casos de **ENFERMEDAD** se establece un **PLAZO DE ESPERA** para la cobertura de esta Póliza de once (11) meses. Este plazo comenzará a contarse a partir de la fecha efectiva del perfeccionamiento de este contrato, inclusión de un nuevo **ASEGURADO** o aumento de **SUMA ASEGURADA**. Para el aumento de **SUMA ASEGURADA**, el plazo de espera sólo se aplicará para la diferencia de **SUMA ASEGURADA** con respecto a la anterior.

En caso de **ACCIDENTE** no aplica este **PLAZO DE ESPERA**.

### **Cláusula 5. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS**

Las personas asegurables que no hayan sido inscritas en la Póliza al momento de la celebración del contrato de seguro podrán inscribirse en cualquier fecha posterior, comenzando la efectividad del seguro desde el momento en que **LA EMPRESA DE SEGUROS** acepte la solicitud.

La inclusión de un nuevo **ASEGURADO** causará una prima adicional a cargo de **EL TOMADOR**, cuya falta de pago originará los efectos previstos en la Cláusula 5 (Pago de las Primas) de las Condiciones Generales de esta Póliza.

Queda entendido que todos los **ASEGURADOS** gozarán de los beneficios previstos en la póliza, una vez transcurrido el **PLAZO DE ESPERA** indicado en la cláusula anterior.

### **Cláusula 6. EXÁMENES MÉDICOS**

**LA EMPRESA DE SEGUROS** tiene derecho a someter a **EL ASEGURADO** a los exámenes y reconocimientos médicos necesarios y razonables, antes de la suscripción

de esta Póliza y para la evaluación de cualquier siniestro presentado por éste, siendo por cuenta de **LA EMPRESA DE SEGUROS** los gastos que se originen por tal concepto.

Así mismo, **EL ASEGURADO** deberá suministrar todas las informaciones requeridas por **LA EMPRESA DE SEGUROS** sobre su estado de salud, antes y después de la expedición de la póliza y autoriza a los profesionales o instituciones donde hubieran sido o sean tratados, a que suministren por su cuenta toda la información necesaria para integrar una cabal y completa historia clínica en cada caso.

El incumplimiento de las anteriores obligaciones de **EL ASEGURADO** permitirá a **LA EMPRESA DE SEGUROS** dar por terminado el contrato de seguro, cuando dicho incumplimiento se presentare antes de la ocurrencia de un siniestro; si se presentare después, **LA EMPRESA DE SEGUROS** quedará exonerada de responsabilidad por ese siniestro, quedando a salvo el ejercicio de las acciones que por daños y perjuicios pudiere intentar.

#### **Cláusula 7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO**

Al ocurrir un siniestro que se encuentre amparado por esta Póliza, **EL TOMADOR, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO** deberá notificar la ocurrencia del siniestro a **LA EMPRESA DE SEGUROS** dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haber conocido su ocurrencia. Tal notificación o aviso deberá contener:

- a) Planilla de Declaración de Siniestro
- b) Ordenes de exámenes practicados con sus respectivos resultados.
- c) Informe médico detallado.
- d) Informe de la autoridad competente que intervino en el **ACCIDENTE** (si fuere el caso).

**LA EMPRESA DE SEGUROS** podrá solicitar documentos adicionales a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad adicional. Dicha solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó, a satisfacción de **LA EMPRESA DE SEGUROS**, el último de los documentos requeridos en el párrafo anterior. En este caso, se establece un plazo de diez (10) días hábiles para la presentación de los recaudos solicitados por **LA EMPRESA DE SEGUROS**, contados a partir del día hábil siguiente a la fecha de recepción de la solicitud de los mismos.

#### **Cláusula 8. EXCLUSIONES**

**LA EMPRESA DE SEGUROS** no indemnizará ninguna reclamación originada por o derivada de:

1. Lesiones como consecuencia de: guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra intestina, guerra civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación de estado de excepción, acto de terrorismo o cualquier acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con cualquier organización que realice actividades dirigidas a la destitución

- por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.
2. Lesiones causadas o provenientes de: nacionalización, confiscación, incautación, requisa, comiso, embargo, secuestro, expropiación, destrucción o daño por orden de cualquier gobierno o autoridad pública legalmente constituida o de facto, cuando dicha destrucción no sea ejecutada para detener la propagación de los daños causados por cualquier riesgo cubierto por esta Póliza.
  3. Lesiones causadas o provenientes de: radiaciones iónicas o contaminación por radioactividad resultantes de fisión o fusión nuclear o desperdicios de las mismas; radiación, toxicidad, explosión u otras propiedades azarosas de cualquier conjunto nuclear o sus componentes.
  4. Lesiones como consecuencia de motín, conmoción civil, disturbios populares, disturbios laborales y daños maliciosos.
  5. Lesiones corporales producidas por: movimientos sísmicos, inundaciones, tormenta, huracán, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos o de acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados por las autoridades competentes como de "catástrofe o calamidad nacional".
  6. Cualquier enfermedad, padecimientos o trasplante de órgano o tejido no mencionados en la cobertura de la cláusula 2 (Cobertura Básica) de estas Condiciones Particulares.
  7. Cáncer in situ, cáncer in situ del cuello uterino, cánceres de la piel, con excepción del melanoma maligno invasivo a partir del nivel Clark III y tumores en presencia de un virus relacionado con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA.
  8. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o por cualquier tratamiento proporcionado para el SIDA, incluyendo la enfermedad conocida como "Kaposi Sarcoma".
  9. Cualquier cáncer, enfermedad, desorden, lesión o condición, que sea diagnosticada antes o durante el PLAZO DE ESPERA.
  10. Cualquier cáncer, enfermedad, condición, desorden, lesión o cirugía (u otro procedimiento invasivo) directamente causado por o atribuible a infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o infecciones asociadas incluyendo, pero no limitadas a, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y el complejo relacionado al SIDA (CRS).
  11. Cualquier infección oportunista y/o carcinoma maligno (tumor) si, al momento de una crisis, EL ASEGURADO padecía del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o tenía anticuerpos positivos de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en la prueba sanguínea. Las infecciones oportunistas incluyen, pero no se limitan a, neumosiastisis, neumonía carinii, virus de organismos de enteritis crónica y/o infecciones diseminadas por hongos.
  12. Cualquier cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos.

13. **Cualquier Cáncer cérvico y/o uterino “in situ”, pero esta exclusión aplica únicamente al beneficio de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer.**
14. **Enfermedades y lesiones causadas por radiaciones nucleares, energía atómica, isótopos radioactivos o cualquier tipo de radiación, contaminación radioactiva o por terapia de rayos X, radioterapia, o de isótopos, aplicada sin la disposición o supervisión médica correspondiente.**
15. **Enfermedades, accidentes o tratamientos, resultantes del consumo o dependencia del alcohol, drogas estupefacientes y sustancias psicotrópicas no prescritas médicamente.**

#### **Cláusula 9. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO y BENEFICIARIO.**

1. **EL ASEGURADO TITULAR y EL TOMADOR** deberán llenar la **SOLICITUD DE SEGURO** y declarar con sinceridad todas las circunstancias exigidas por **LA EMPRESA DE SEGUROS**, para apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en este contrato.
2. **EL ASEGURADO** deberá prestar toda la colaboración para facilitar la realización de los trámites necesarios para determinar y calcular la **INDEMNIZACIÓN**.
3. **EL TOMADOR** deberá pagar la **PRIMA** en la forma, frecuencia y tiempo convenidos en el **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA** y en las Condiciones Generales de esta Póliza.
4. **EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO** deberá emplear el cuidado de un diligente padre de familia para prevenir el **SINIESTRO**.
5. **EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO** deberá tomar las medidas necesarias para conservar las evidencias y pruebas que demuestren el **SINIESTRO**.
6. **EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO** deberá declarar al tiempo de exigir el pago del **SINIESTRO**, los contratos de seguros que cubren el mismo riesgo.
7. **EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO** deberá probar la ocurrencia del **SINIESTRO**.
8. **EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO** deberá certificar la exactitud de su reclamación y de cuantos documentos hayan sido consignados en la misma.
9. **EL ASEGURADO, EL TOMADOR o EL BENEFICIARIO** deberá cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran esta Póliza.

#### **Cláusula 10. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA**

Esta póliza terminará para **EL ASEGURADO TITULAR y/o ASEGURADO FAMILIAR:**

- Cuando no se pague la **PRIMA** correspondiente a esta Póliza en la fecha, forma y tiempo convenidos.
- Al final del año Póliza en que fallezca **EL ASEGURADO TITULAR**. En estos casos, cualquier **ASEGURADO FAMILIAR** mayor de edad, inscrito en la Póliza, podrá solicitar a **LA EMPRESA DE SEGUROS** ser el nuevo **ASEGURADO TITULAR** a partir de la próxima renovación, siempre y cuando lo manifieste por escrito durante los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha de fallecimiento del **ASEGURADO TITULAR**, so pena de terminación de esta Póliza.

- Al final del año Póliza en que hayan desincorporaciones de **ASEGURADOS FAMILIARES**, siendo el grupo familiar asegurable menor que el grupo familiar original, siempre que dichas desincorporaciones sean por causas diferentes a fallecimiento o disolución del vínculo familiar. Esta condición aplica únicamente durante los dos (2) primeros años de vigencia de la Póliza.
- Cuando se pague la **SUMA ASEGURADA**, solo por lo que respecta a **EL**

**EL TOMADOR**

**Por ESTAR SEGUROS, S.A.**

**Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora con carácter General y Uniforme mediante Oficio N° 10344 del 01 de octubre de 2012.**