



POLIZA DE SEGUROS ACCIDENTES PERSONALES CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO.

En virtud de las declaraciones presentadas por el Tomador o el Asegurado, contenidas en la solicitud de seguro que forma parte integrante de la misma, **ESTAR SEGUROS S.A.**, en adelante denominada la Empresa de Seguros garantiza al Asegurado o Beneficiario el pago de las indemnizaciones que puedan corresponderle de acuerdo con las condiciones de esta Póliza.

CLÁUSULA 2. DEFINICIONES.

A los efectos de este Contrato se entiende por:

EMPRESA DE SEGUROS: **ESTAR SEGUROS S.A.** quien asume los riesgos y se obliga en virtud del presente Contrato.

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.

ASEGURADO: Persona que en sus bienes o en sus intereses económicos está expuesto al riesgo que pueden afectar su integridad personal.

PRIMA: Es la contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el Tomador a la Empresa de Seguros en virtud de la celebración del presente contrato. El Tomador está obligado al pago de la prima en las condiciones establecidas en la presente Póliza.

SINIESTRO: Es el acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte de la Empresa de seguros. Si el siniestro ha continuado después de vencido el contrato, la Empresa de Seguros responde del valor de la indemnización en los términos del contrato.

CLÁUSULA 3. VIGENCIA DEL CONTRATO

La Empresa de Seguros asume las consecuencias de riesgos ajenos a partir de la fecha de perfeccionamiento del contrato de seguros, el cual se producirá una vez que el Tomador notifique por escrito su consentimiento a la proposición formulada por la Empresa de Seguros, o cuando ésta participe al Tomador por escrito su aceptación a la solicitud por éste efectuada. En todo caso, la vigencia del contrato se hará constar en la Póliza, con indicación de la fecha en que se extienda, la hora y día de su iniciación y vencimiento, o el modo de terminarlo. Las partes podrán, por acuerdo expreso, convenir

en que los efectos del contrato se retrotraigan a la fecha en que se presentó la solicitud o se formuló la proposición.

CLÁUSULA 4. RENOVACION.

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

No obstante, transcurridos tres (3) años ininterrumpidos desde la celebración del contrato, la Empresa de Seguros no podrá negarse a renovar siempre que el Tomador o el Asegurado Titular pague la prima.

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 de la Empresa de Seguros, del Cuadro Recibo Póliza. 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 anular el contrato o a exigir el pago de la prima debida con fundamento en la presente Póliza.

El pago de una Prima solamente conserva en vigor el presente contrato por el tiempo al cual corresponde dicho pago, según se haga constar en la Póliza. Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte de la Empresa de Seguros, sino única y exclusivamente al reintegro sin interés de dichas primas, aún cuando las mismas hubieren sido aceptadas formalmente por la Empresa de Seguros.

La Empresa de Seguros no está obligada a cobrar las primas a domicilio ni dar aviso de su vencimiento y si lo hiciera no sentará precedente de obligación y podrá 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.

CLÁUSULA 6. PLAZO DE GRACIA

La Empresa de Seguros concede un período de gracia, de treinta (30) días continuos para el pago de las primas siguientes a la primera, cuando la vigencia es anual y de quince (15) días continuos, cuando la vigencia es menor de un (1) año, contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia anterior, en el entendido de que durante tal plazo el contrato continuará vigente y en caso de ocurrir algún siniestro en ese período, 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 indemnizable es menor a la prima a descontar, el Tomador deberá pagar, ante 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, el contrato se considera prorrogado solamente por el período de tiempo que resultare de dividir el monto del siniestro indemnizable entre la prima completa que corresponda al mismo período de la cobertura anterior multiplicado por el número de días que contenga dicho período.

CLÁUSULA 7. AGRAVACION O DISMINUCION DEL RIESGO

Si durante la vigencia de la póliza se produce un cambio de profesión, de ocupación, un registro erróneo en la fecha de nacimiento o la práctica de algún deporte no indicado en la solicitud de seguro, que puedan modificar las características del riesgo detallado en la solicitud de seguro, la cual forma parte integrante del presente contrato, el Tomador o el Asegurado está en la obligación de notificar a La Empresa de Seguros de tal situación.

Si el caso es de agravación del riesgo, el Tomador deberá notificar a la Empresa de Seguros dentro de los (5) días hábiles siguientes a la fecha en que hubiera tenido conocimiento de la misma.

En el caso de que el Tomador o el Asegurado no haya efectuado la declaración y sobreviniere un siniestro el deber de indemnización de La Empresa de Seguros se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Si el caso es de disminución del riesgo La empresa de Seguros deberá devolver la prima cobrada en exceso por el período que falte por transcurrir, en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la notificación, deducida la comisión pagada al intermediario de Seguros.

CLÁUSULA 8. EXONERACION DE RESPONSABILIDAD

La Empresa de Seguros no estará obligada al pago de la indemnización en los siguientes casos:

- a) Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario presentan una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplean medios o documentos engañosos o dolosos sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios.
- b) Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no notificare el siniestro o no entregare los documentos requeridos por La Empresa de Seguros dentro de los plazos señalados en esta Póliza, a menos que compruebe que la misma dejó de realizarse por un hecho ajeno a su voluntad.
- c) Si se inicia antes de la vigencia del contrato, y continúa después de que los riesgos hayan principiado a correr por cuenta de la Empresa de Seguros, esta queda relevada de su obligación de indemnizar.

CLÁUSULA 9. FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE

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

CLÁUSULA 10. PLURALIDAD DE SEGUROS

El Tomador o Asegurado debe comunicar a La Empresa de Seguros la celebración de cualquier otro seguro que ampare iguales riesgos a los cubiertos por el seguro de accidente que se refiera a la misma persona. El incumplimiento de este deber sólo puede 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.

CLÁUSULA 11. PAGO DE INDEMNIZACIONES

La Empresa de Seguros está obligada a satisfacer la indemnización de ser el caso, dentro de un plazo que no exceda de treinta (30) días continuos, contados a partir de la fecha en que el Asegurado haya entregado todos los recaudos requeridos que figuran en las condiciones particulares de esta Póliza en la Sección IV, Cláusula 1, apartado II. Recaudo según el tipo de reclamo, de acuerdo con lo establecido por la Empresa de Seguros para liquidar el siniestro.

CLÁUSULA 12. RECHAZO DEL SINIESTRO

El Asegurado o los beneficiarios tienen derecho a ser notificados por escrito, dentro del plazo señalado en la Cláusula anterior, de las causas de hecho y de derecho que a juicio de la Empresa de Seguros justifican el rechazo, total o parcial, de la indemnización exigida.

CLÁUSULA 13. PERITAJE

Si surgiere desacuerdo entre la fijación del importe de la indemnización, las partes podrán someterse al siguiente procedimiento:

- a) Nombrar por escrito un perito único de común acuerdo entre las partes.
- b) En caso de desacuerdo sobre la designación del Perito único, se nombrarán por escrito dos Peritos, uno por cada parte, en el plazo de dos (2) meses calendario a partir del día en que una de las dos partes haya requerido a la otra dicha designación.

c) En el caso de que una de las dos partes se negare a designar o dejare de nombrar un Perito en el plazo antes indicado, la otra parte tendrá el derecho de nombrar un amigable componedor.

d) Si los dos Peritos así nombrados no llegaren a un acuerdo, el o los puntos de discrepancia serán sometidos al fallo de un tercer Perito nombrado por ellos, por escrito, y su apreciación agotará este procedimiento.

e) El Perito único, los peritos o el perito tercero, según el caso, deberán en que proporción las partes han de soportar los gastos relativos al peritaje.

El fallecimiento de cualquiera de los dos Peritos, que aconteciere en el curso de las operaciones de peritaje, no anulará ni mermará los poderes, derechos, o atribuciones del Perito sobreviviente. Asimismo, si el Perito único o el perito tercero falleciere antes del dictamen final, la parte o los Peritos que le hubieren nombrado, según el caso, quedan facultados para sustituirlo por otro.

El Perito único, los dos Peritos o el Perito tercero, según el caso deberán ser expertos en la materia relativa al peritaje.

Para los efectos de esta cláusula, se entiende por Perito y amigable componedor, el médico legalmente autorizado para el ejercicio de la profesión médica, quien deberá tener una especialidad reconocida por la Federación Médica Venezolana y tener suficiente experiencia en la materia que originó el peritaje.

CLÁUSULA 14. 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 deberá actuar directamente o a través de los funcionarios como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la Póliza. Las partes fijarán el procedimiento a seguir, en caso contrario se aplicará el procedimiento previsto en la ley que rige la materia de arbitraje. En este caso, las decisiones deberán ser adoptadas en un plazo que no exceda de treinta (30) días hábiles una vez finalizado el lapso probatorio. El arbitraje por ante la Superintendencia de Seguros será obligatorio en los casos cuya cuantía no exceda de doscientas cincuenta unidades tributarias (250 U.T.). El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLÁUSULA 15. CADUCIDAD DE ACCIONES

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario perderán todo derecho a ejercer acción judicial (Demanda) contra la Empresa de Seguros o convenir con ésta al 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 del rechazo.
- b) En caso de inconformidad con el pago de la indemnización, un (1) año contado a partir de la fecha en que el Asegurador hubiere efectuado el pago.
- c) En caso de inconformidad con el servicio recibido, un (1) año contado a partir de la fecha en que se prestó el servicio.

En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado desde el momento en que haya un pronunciamiento por parte de la Empresa de Seguros.

A los efectos de esta cláusula se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea consignado el libelo de demanda por ante el tribunal competente.

CLÁUSULA 16. PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA 17. 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 al Tomador su aceptación a la solicitud de modificación por éste efectuada.

Las modificaciones se harán constar mediante anexos, los cuales prevalecerán sobre las condiciones particulares de la Póliza, y para su validez deberán estar firmados por la empresa de seguros y el tomador.

Si la modificación requiere pago de prima adicional se aplicará lo dispuesto para el contrato en las Cláusulas 5 y 6 de estas Condiciones Generales.

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

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

CLÁUSULA 18. AVISOS

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a esta Póliza deberá hacerse por escrito mediante carta certificada o telegrama con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal o sucursal de la Empresa de Seguros o a la dirección del Tomador o del Asegurado que conste en la Póliza, según sea el caso.

CLÁUSULA 19. AMBITO TERRITORIAL

Los beneficios que otorga la presente Póliza, tendrán validez en cualquier parte del mundo donde se encuentre el Asegurado.

CLÁUSULA 20. DOMICILIO PROCESAL

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 a las partes

CONDICIONES PARTICULARES

SECCION I: DEFINICIONES

1. ASEGURADO TITULAR

Es el tomador del seguro y es la persona que tiene derecho a recibir el pago de las indemnizaciones a que hubiese por esta póliza.

2. ACCIDENTE

Se entiende por accidente cuando el asegurado sufre una lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del tomador o del asegurado que le produzca incapacidad, invalidez temporal o permanente o muerte.

3. MUERTE

Lesión corporal que dentro de los 365 días siguientes a la fecha del accidente, sea la causa única y directa de la muerte del Asegurado.

4. PERDIDA DE EXTREMIDADES, AUDICION O VISTA

Lesiones corporales, que dentro de los 365 días siguientes a la fecha del accidente, sean la causa única y directa de pérdidas que afecten al Asegurado, calculadas de

acuerdo a la tabla de porcentajes de indemnización sobre la suma asegurada bajo este beneficio.

5. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Lesiones corporales que sean la causa única y directa de que El Asegurado quede totalmente incapacitado e inhabilitado en forma permanente para desarrollar cualquier actividad lucrativa o empleo remunerable, siempre que la incapacidad surja dentro de los 365 días siguientes a la ocurrencia del accidente.

6. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL

Lesiones corporales que sean la causa única y directa de que El Asegurado quede totalmente incapacitado en forma temporal que le impida desempeñar todos y cada uno de los deberes o funciones de su profesión u ocupación.

7. MEDICO

Es toda persona legalmente autorizada para el ejercicio de la medicina, reconocida por la Ley del país del donde se suministre el tratamiento y quien, al prestar sus servicios, está ejerciendo su profesión dentro de los límites correspondientes a su preparación y entrenamiento.

8. MONTO ASEGURADO

Es la cantidad máxima a indemnizar al asegurado en caso de que se incapacite total y permanentemente como consecuencia de un accidente.

9. RECAUDOS

Son todos aquellos documentos que recopilan la información relacionada al servicio médico o hospitalario suministrado al asegurado y que corroboran el accidente sufrido por el asegurado.

10. REEMBOLSO

Se refiere al reintegro por parte de la Aseguradora de los gastos cancelados directamente por el Asegurado y que estuvieren amparados por la cobertura de esta póliza.

SECCION II : BENEFICIOS Y COBERTURAS

Cláusula 1. COBERTURAS BASICAS

La Empresa de Seguros indemnizará al Asegurado en caso de sufrir un accidente cubierto por esta Póliza que le ocasione:

- **Muerte.** Ocurrida dentro de los 365 días siguientes a la fecha del accidente.
- **Incapacidad Total y Permanente.**
- **Perdidas de extremidades, audición o vista** ocurrida dentro de los 365 días siguientes al accidente, según la Tabla de Porcentaje De Indemnización de la suma asegurada.

TABLA DE PORCENTAJE DE LA SUMA ASEGURA	
Pérdida o inutilización total de ambos brazos, o de ambas piernas, o de ambas manos, o de ambos pies, o de un brazo y una pierna o de una mano y un pie	100%
Pérdida de habla	50%
Ceguera absoluta	100%
Pérdida completa de un ojo o de su visión	50%
Sordera Completa	50%
Sordera completa de un solo oído	15%
Pérdida o inutilización absoluta:	60%
De un brazo, o de una mano	20%
Del dedo pulgar o índice	10%
De dos falanges del dedo índice	8%
De una falange del dedo índice	5%
De uno de los demás dedos de la mano	8%
De la falange distal del dedo pulgar	3%
De una falange de cualquier otro dedo de la mano	5%
Del dedo del pie	3%
De cualquier dedo de los pies	3%
De una pierna por encima de la rodilla	50%
De una pierna por debajo de la rodilla	40%

Cláusula 2. COBERTURAS OPCIONALES

Las coberturas básicas pueden ser ampliadas o restringidas a través de anexos especiales, mediante el pago de una prima adicional según sea el caso, los cuales se indican a continuación:

A. GASTOS MEDICOS Y GASTOS POR FALLECIMIENTO:

Si dentro de los 365 días siguientes a la fecha del accidente las lesiones corporales sufridas por El Asegurado necesiten un tratamiento médico, hospitalización, medicinas, radiografías, empleo de enfermeros o ambulancia, La Empresa de Seguros reembolsará al Asegurado, en adición a cualquier otra indemnización pagadera bajo esta póliza, el monto real incurrido por el asegurado por tales conceptos hasta un máximo igual al 50% de la suma asegurada bajo este beneficio y en caso de fallecimiento del Asegurado por causa accidental, La Empresa de Seguros reembolsará al beneficiario, en adición a cualquier otra indemnización pagadera bajo esta póliza, los gastos incurridos por concepto de fallecimiento hasta por un monto máximo igual al 50% de la suma asegurada bajo este artículo.

B. COBERTURA AMPLIA DE VUELOS: La cobertura de la Póliza se extiende a amparar al Asegurado mientras se halle dentro, subiendo o bajando en calidad de pasajero de:

- **Cualquier avión o helicóptero que ostente certificado de aeronavegabilidad válido y al día (Aviación Civil).**
- **Cualquier avión tipo transporte operado por el servicio de transporte aéreo militar de la República Bolivariana de Venezuela u otro servicio militar de cualquier autoridad gubernamental de un gobierno reconocido.**

C. COBERTURA DE ACCIDENTES LABORALES SOLAMENTE: Se restringe la cobertura de esta Póliza a los accidentes que sufra el Asegurado, mientras esté desempeñando su trabajo u ocupación

D. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL: La Empresa de Seguros indemnizará al Asegurado en caso de ocurrir un accidente que le ocasione Incapacidad Total Temporal, por la suma asegurada semanal indicada en el Cuadro Recibo hasta el límite máximo de semanas indicadas también en el Cuadro Recibo.

E. DEPORTES DE ALTO RIESGO

La cobertura de la Póliza se extiende a amparar al Asegurado mientras se halle practicando los siguientes deportes de alto riesgo: **Alpinismo, Boxeo/Lucha, Canoa, Caza, Coleo, Ciclismo, Motociclismo, Automovilismo, Equitación, Esqui-**

Nieve, Esquí-Acuático, Espeleología, Motonáutica, Polo, Submarinismo, windsurf, Veleró, Icaro y Skydiving.

Cláusula 3. REQUISITOS DE SUSCRIPCIÓN DEL RIESGO

- Solicitud de Seguro llenada en todas sus Partes por el Asegurado.
- Balance Financiero Actualizado y Avalado por un Contador Público.

Cláusula 4. PERSONAS ASEGURABLES

Son asegurables todas las personas cuya edad está comprendida entre 18 y 65 años, y podrán gozar de la cobertura hasta la edad de 75 años.

SECCIÓN III: EXCLUSIONES

La Empresa de Seguros no será responsable por lesiones que sean consecuencia de:

- a) **Intoxicaciones, enfermedades profesionales, trastornos de la salud por acción de la luz, temperatura y presiones atmosféricas, trastornos de la salud por el uso o exposición de materiales radioactivos.**
- b) **Desvanecimientos, ataques de apoplejía, alteración arterial, estado de intoxicación alcohólica, efectos de drogas, trastornos mentales, infartos, rotura de aneurisma, hernias de cualquier naturaleza.**
- c) **Actos delictivos, duelos o riñas, a menos que se compruebe que El Asegurado no tuvo una participación directa en tales hechos.**
- d) **Actos de guerra, sean declarados o no, alteraciones de orden público, conmoción civil, levantamiento popular, motín, insurrecciones, huelgas, a menos que se compruebe que El Asegurado no tuvo una participación directa en tales hechos.**
- e) **Daños causados voluntariamente a sí mismo, suicidio o tentativa de suicidio y lesiones causadas, incluyendo homicidio o tentativa de homicidio, intencionalmente al Asegurado directa o indirectamente por el o los Beneficiarios de la Póliza.**
- f) **Participación en competencias de velocidad, saltos, carreras (excepto a vela que no sea en altamar, equitación deportiva, ícaro, paracaidismo, alpinismo, boxeo/lucha, canoa, caza, coleo, ciclismo, motociclismo, automovilismo, esquí-nieve, esquí-acuático, motonáutica, submarinismo, windsurf, espeleología, Skydiving, polo.**

- g) Que el Asegurado se encuentre dentro, subiendo o bajando de un avión o helicóptero, excepto cuando sea en calidad de pasajero de un avión con matrícula y certificado de aeronavegabilidad válido y al día, operado por una empresa Aérea comercial en vuelo regular.

SECCIÓN IV : INDEMNIZACIONES

Cláusula 1. PRESENTACION DE RECLAMOS

I. TIEMPO DE NOTIFICACION

Cualquier lesión que pueda dar lugar a una reclamación bajo esta Póliza deberá ser notificada a La Empresa de Seguros, por escrito mediante formulario impreso por La Empresa de Seguros, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del accidente que causó tal lesión.

II. RECAUDOS SEGUN EL TIPO DE RECLAMO:

FALLECIMIENTO

- a) Formulario de reclamación por muerte debidamente completado por el médico tratante.
- b) Formulario de reclamación por muerte debidamente completado por el beneficiario
- c) Formulario de reclamación por muerte debidamente completado por el patrono.
- d) Original de la partida de defunción.
- e) Original del certificado de defunción.
- f) Original de la declaración de herederos únicos y universales si no hubo designación de Beneficiarios.
- g) Autorización del juzgado de menores para los beneficiarios menores de edad.
- h) Fotocopia de la C.I. del asegurado y de los Beneficiarios.
- i) Constancia del Patrono indicando sueldo del Asegurado, en caso de que el monto asegurado sea sobre la base de sueldo.
- j) R.C.V. del Asegurado en caso de tratarse de indemnización paquete Anual.
- k) Informe de las autoridades competentes que intervinieron en el caso si el reclamo es a consecuencia de heridas por armas de fuego y/o armas blancas.
- l) En caso de muerte por accidente anexar informe de las autoridades competentes.

INCAPACIDAD

- a) Formulario de reclamación por accidente debidamente completado por el Asegurado.
- b) Formulario de reclamación por accidente debidamente completado por el médico tratante.

- c) Informe del médico tratante.
- d) Certificación del médico legista del I.V.S.S. en caso de Incapacidad Total y Permanente.
- e) Resultado de exámenes y/o radiografías.
- f) Constancia de reposo emitida por el I.V.S.S. para Incapacidades Temporales.
- g) Carta narrativa de los hechos.

GASTOS MEDICOS

- a) Formulario de reclamación por accidente debidamente completado por el Asegurado.
- b) Formulario de reclamación por accidente completado por el médico tratante.
- c) Facturas originales por gastos médicos y resultado de los exámenes practicados.
- d) Carta narrativa de los hechos.

III. TIEMPO DE PRESENTACION DE RECLAMOS

La Empresa de Seguros quedará relevada de toda responsabilidad sobre cualquier siniestro y el Asegurado perderá todo derecho a indemnización: Si después de notificada a La Empresa de Seguros la ocurrencia de un siniestro, la documentación necesaria para el análisis de la reclamación no se hubiese presentado dentro de los (3) meses siguientes a la fecha de aviso.

Cláusula 2: PRUEBAS

Siempre que La Empresa de Seguros lo requiera, El Asegurado se someterá a examen médico por cuenta de ella con respecto a cualquier lesión alegada. En caso de muerte deberá darse a La Empresa de Seguros su notificación para que ella se haga representar en una autopsia, investigación o examen del cadáver, según sea el caso.

Cláusula 3: MONTOS Y LÍMITES DE LAS INDEMNIZACIONES

a) EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO:

El monto del seguro será pagadero a los beneficiarios designados en esta Póliza nombrados por El Asegurado en su correspondiente solicitud de seguro, o en su defecto a los herederos legales de éste. Cuando son varios los beneficiarios, la distribución del pago correspondiente en virtud de esta Póliza, se hará en partes iguales si no hay estipulación en contrario; y en caso de que alguno o algunos de los beneficiarios designados fallecieren antes o simultáneamente con El Asegurado, la parte correspondiente a éstos acrecerá a favor de los sobrevivientes y si todos han fallecido, se pagará a los herederos legales del Asegurado.

- b) Cualquier pago efectuado por la “PERDIDAD DE EXTREMIDADES, AUDICION O VISTA”, será descontado del monto indemnizable por Incapacidad Total Permanente.
- c) El monto indemnizado por varias PERDIDAS DE EXTREMIDADES, AUDICION O VISTA, derivados del mismo accidente se obtiene por la suma de los porcentajes fijados a cada una de ellas, sin exceder del monto asegurado; Si varias invalideces afectan a un mismo órgano se indemnizará la mayor de ellas.
- d) Para proceder con la indemnización por INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE esta debe haber sido continua por un período de doce (12) meses.

Firmado en _____ a los ____ de _____ de _____.

Tomador

ESTAR SEGUROS S.A.

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° 9542 del 13 de Agosto de 2002