



## PÓLIZA DE SEGUROS COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

### CONDICIONES GENERALES

#### **CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO.**

En virtud de las declaraciones presentadas en las solicitudes de seguro que forman parte integrante de esta Póliza, **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:

**LA EMPRESA DE SEGUROS: ESTAR SEGUROS S.A.**, quien asume los riesgos y se obliga en virtud de la presente Póliza.

**TOMADOR:** Se entenderá por **TOMADOR** a la Firma, Empresa, Institución, Patrono o Representante del Colectivo. El **TOMADOR** tendrá a su cargo la negociación y formalización del presente contrato, así como también las modificaciones que en lo futuro se convengan; además son de su responsabilidad el pago de las primas y el suministro de las relaciones y solicitudes que contengan los datos de los empleados que ingresen o egresen al Colectivo. Cualquier reembolso de prima que se haga será pagado directamente al **TOMADOR**, el cual se encargará de efectuar la distribución que corresponda.

**EMPLEADO:** Es toda persona que preste un servicio personal al **TOMADOR** a cambio de un sueldo o emolumento, en forma permanente, debiendo desempeñar sus labores en las oficinas, sitios de faenas y/u obra del **TOMADOR**, con un mínimo de treinta (30) horas semanales.

**ASEGURADO:** Empleado o integrante del colectivo que está expuesto a los riesgos amparados en esta póliza.

**BENEFICIARIO:** Persona en cuyo favor se ha establecido la indemnización que pagará **LA EMPRESA DE SEGUROS**.

**COLECTIVO:** A los efectos del presente contrato, se considera como Colectivo, la agrupación de veinte y cinco (25) o más empleados del **TOMADOR**. También se considera como Colectivo el grupo de veinte y cinco (25) o más personas, que sean integrantes de Federaciones de Grupos, Asociaciones Profesionales, Gremiales o Sindicales, siempre que dicha entidad tomadora los vincule con fines de dirección o coordinación de sus actividades.

No se considera como Colectivo los grupos formados por la familia, carteras de intermediarios de seguros, ni aquellos que se constituyan con el objeto de asegurarse.

**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 del cual depende la obligación de indemnizar por parte de **LA EMPRESA DE SEGUROS**.

**DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO:** Las condiciones generales, las condiciones particulares, la solicitud de seguro, el **CUADRO- RECIBO DE PÓLIZA**, certificados individuales de seguro y los anexos que se emitan para complementarlo o modificarlo.

**CUADRO-RECIBO DE PÓLIZA:** Documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: Número de la Póliza, identificación completa de **LA EMPRESA DE SEGUROS**, de su representante y domicilio principal, identificación completa del **TOMADOR, ASEGURADO** y **BENEFICIARIOS**, dirección del **TOMADOR**, dirección de cobro, nombre del intermediario de seguros, dirección del **ASEGURADO**, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma y lugar de pago, período de vigencia y firmas de **LA EMPRESA DE SEGUROS** y del **TOMADOR**.

**CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO:** Documento donde se indican los datos particulares de la Póliza y los que corresponden a cada uno de los **ASEGURADOS**. Contiene como mínimo la siguiente información: Número de la Póliza, número del certificado, identificación completa de **LA EMPRESA DE SEGUROS**, identificación completa del **TOMADOR, ASEGURADO** y **BENEFICIARIOS**, riesgos cubiertos, suma asegurada, período de vigencia de la Póliza y del certificado y firmas de **LA EMPRESA DE SEGUROS** y del **TOMADOR**.

**CONDICIONES PARTICULARES:** Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.

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

### **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 determinarlo.

### **CLÁUSULA 4. RENOVACIÓN.**

El contrato se entenderá renovado 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.

### **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 DE 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 resolver el contrato o a exigir nuevamente el pago de la prima debida.

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, aun cuando las mismas hubieren sido aceptadas formalmente por **LA EMPRESA DE SEGUROS**.

La prima anual de la Póliza podrá pagarse de forma fraccionada según se haya indicado en el **CUADRO-RECIBO DE PÓLIZA**, conservando la vigencia anual de la Póliza.

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

### **CLÁUSULA 6. PLAZO DE GRACIA**

**LA EMPRESA DE SEGUROS** concede un plazo de gracia, de treinta (30) días continuos para el pago de las primas de renovación de la Póliza, cuando la prima es anual; y de quince (15) días continuos si la prima es fraccionada, aplicable solo a la primera fracción de primas de la renovación, 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 anual o de la fracción de prima pendiente de pago, según sea el caso. Si el monto indemnizable es menor a la prima a descontar, el **TOMADOR** deberá pagar, antes de finalizar el plazo de gracia la diferencia existente entre la prima y dicho monto.

#### **CLÁUSULA 7. DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD**

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

**LA EMPRESA DE SEGUROS** participará en un lapso de cinco (5) días hábiles que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado que puede influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver el contrato mediante comunicación dirigida al **ASEGURADO**, 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 del **TOMADOR** en la caja de **LA EMPRESA DE SEGUROS**. Corresponderán a **LA EMPRESA DE SEGUROS** las primas relativas al período transcurrido en el momento en que haga esta notificación. **LA EMPRESA DE SEGUROS** no podrá resolver el contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que **LA EMPRESA DE SEGUROS** haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a las diferencias entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el **ASEGURADO** actúa con dolo o culpa grave, **LA EMPRESA DE SEGUROS** quedará liberada de la devolución de la prima.

Cuando el contrato esté referido a varias personas y la reserva o inexactitud se contrajese sólo a una o varias de ellas, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto a las restantes si ello fuere técnicamente posible.

#### **CLÁUSULA 8. AGRAVACIÓN O DISMINUCIÓN DEL RIESGO**

Si durante la vigencia de la Póliza se produce: un cambio de profesión, de ocupación o la práctica profesional de algún deporte no indicado en la solicitud de seguro de cualesquiera de los **ASEGURADOS**, el **TOMADOR** o el **ASEGURADO** está en la obligación de notificar a **LA EMPRESA DE SEGUROS** de tal situación.

En cualquier caso, el **TOMADOR** deberá notificar a **LA EMPRESA DE SEGUROS** dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes la fecha en que hubiera tenido conocimiento de la agravación o disminución del riesgo o antes de que se produzca

cuando la misma depende de un acto del **TOMADOR**, el **ASEGURADO** o el **BENEFICIARIO**.

Conocido por **LA EMPRESA DE SEGUROS** que el riesgo se ha agravado, ésta dispone de un plazo de quince (15) días continuos para proponer la modificación del contrato o para notificar su rescisión. Notificada la modificación al **TOMADOR** éste deberá dar cumplimiento a las condiciones exigidas en un plazo que no exceda de (15) días continuos, en caso contrario se entenderá que el contrato ha quedado sin efecto a partir de la fecha de vencimiento de tal plazo.

En el caso de agravación, si el **TOMADOR** o el **ASEGURADO** no ha 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 identidad del riesgo, salvo que el **TOMADOR** o el **ASEGURADO** haya actuado con dolo o culpa grave, en cuyo caso **LA EMPRESA DE SEGUROS** quedará liberada de responsabilidad.

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 9. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**LA EMPRESA DE SEGUROS** no pagará la indemnización en los siguientes casos:

- a) Si el **TOMADOR**, el **ASEGURADO** o el **BENEFICIARIO** o cualquier persona que obre por cuenta de éstos presentan una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplean medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar beneficios, quedando a salvo los derechos de los **BENEFICIARIOS** que no participaron en el hecho.
- b) Si el **TOMADOR** o el **ASEGURADO** actúa con dolo o si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del **TOMADOR**, del **ASEGURADO** o del **BENEFICIARIO**, quedando a salvo los derechos de los **BENEFICIARIOS** que no participaron en el hecho.
- c) Si el **TOMADOR** o el **ASEGURADO** actúa con culpa grave o si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del **TOMADOR**, del **ASEGURADO** o del **BENEFICIARIO**, quedando a salvo los derechos de los **BENEFICIARIOS** que no participaron en el hecho. 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.
- d) 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 la Sección IV (Indemnizaciones), cláusula 1 (Presentación de los Reclamos) de las Condiciones Particulares de esta Póliza,

a menos que compruebe que la misma dejó de realizarse por una causa extraña no imputable a él.

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 de **LA EMPRESA DE SEGUROS**.

f) Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares de la Póliza.

#### **CLÁUSULA 10. 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 11. PLURALIDAD DE SEGUROS**

El **TOMADOR** o **ASEGURADO** debe comunicar a **LA EMPRESA DE SEGUROS**, 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, 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 12. 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 (Indemnizaciones), Cláusula 1 (Presentación de los Reclamos), Apartado II (Recaudos según el tipo de reclamo)**.

#### **CLÁUSULA 13. 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 14. PERITAJE**

Si surgiere desacuerdo para 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 calendarios 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 negara 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 el procedimiento.
- e) El Perito único, los dos Peritos o el Perito tercero, según el caso decidirán en qué proporción las partes han de soportar los gastos relativos al peritaje.

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, las partes o los Peritos que le hubieren nombrado, según sea el caso, quedan facultados para sustituirlo por otro.

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

Para los efectos de este punto, se entiende por Perito y amigable componedor, él médico legalmente autorizado para el ejercicio de la profesión médica quien deberá tener una especialidad reconocida por la Federación Médica Venezolana y tener conocimiento en la materia objeto del peritaje.

#### **CLÁUSULA 15. 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 sus 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, 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.

#### **CLÁUSULA 16. 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 **LA EMPRESA DE SEGUROS** hubiere efectuado el pago.

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. En los casos de ausentes y no presentes se aplicará lo previsto en el Código Civil de la República Bolivariana de Venezuela.

#### **CLÁUSULA 17. TERMINACIÓN DEL CONTRATO**

La presente Póliza se dará por terminada en el siguiente caso:

Si a **LA EMPRESA DE SEGUROS** le fuere cancelada la autorización para operar en el ramo de seguros de que se trate. En este caso, **LA EMPRESA DE SEGUROS** dará por terminada la Póliza con efecto a partir del decimosexto (16°) día siguiente a la fecha del acuse de recibo de la comunicación que a tal fin envíe al **TOMADOR**, siempre y cuando se encuentre en la caja de **LA EMPRESA DE SEGUROS**, a disposición del **TOMADOR**, el importe correspondiente a la parte proporcional de la prima no consumida por el período que falte por transcurrir.

La terminación de la Póliza se efectuará sin perjuicio del derecho del **BENEFICIARIO** a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación, en cuyo caso no procederá devolución de prima cuando la indemnización sea por la totalidad de la suma asegurada contratada.

#### **CLÁUSULA 18. PRESCRIPCIÓN**

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 19. 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 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 3 (Vigencia del Contrato) y 5 (Primas)** de estas Condiciones Generales.

Se consideran aceptadas las solicitudes escritas de prorrogar o modificar la presente Póliza o de rehabilitar la misma suspendida, 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 20. 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 21. AMBITO TERRITORIAL**

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

#### **CLÁUSULA 22. 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 seguro, a cuya jurisdicción declaran someterse a las partes.

### **CONDICIONES PARTICULARES**

#### **SECCIÓN I: DEFINICIONES**

1. **ACCIDENTE** Se entiende por accidente cuando el **ASEGURADO** sufra una lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del **TOMADOR** o del **ASEGURADO**.

## **2. INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE**

Pérdida anatómica o impotencia funcional total y permanente de miembros u órganos de la anatomía del **ASEGURADO** de forma definitiva según criterio médico que inhabilite al **ASEGURADO** para desarrollar cualquier actividad lucrativa o empleo remunerable.

## **3. INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**

Lesiones corporales que sean la causa única 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.

## **4. MÉDICO**

Es toda persona legalmente autorizada para el ejercicio de la medicina, reconocido por la Ley del país 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.

## **5. RECAUDOS**

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

## **6. REEMBOLSO**

Se refiere al reintegro por parte de **LA EMPRESA DE SEGUROS** de los gastos cancelados directamente por el **ASEGURADO** y que estuvieren amparados por la cobertura de esta Póliza.

# **SECCIÓN II: BENEFICIOS Y COBERTURAS**

## **CLÁUSULA 1. COBERTURAS BÁSICAS**

### **1.1 MUERTE**

Si **EL ASEGURADO** sufre lesiones corporales a consecuencia de un accidente ocurrido en el período de vigencia de la Póliza, que sean la causa única de la muerte del **ASEGURADO**, **LA EMPRESA DE SEGUROS** indemnizará a los **BENEFICIARIOS** designados en esta Póliza y nombrados por el **ASEGURADO** en su correspondiente solicitud de seguros o a falta de éstos a sus herederos legales, la suma asegurada indicada en el **CUADRO-RECIBO DE PÓLIZA** para esta cobertura, siempre y cuando el fallecimiento ocurra dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de haber ocurrido el accidente.

### **.2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE, PÉRDIDA DE EXTREMIDADES, AUDICIÓN O VISTA**

Si el **ASEGURADO** sufre lesiones corporales a consecuencia de un accidente, ocurrido en el período de vigencia de la Póliza, que sean la causa única de:

- Incapacidad Total Permanente.
- Pérdidas de extremidades, audición o vista.

LA EMPRESA DE SEGUROS indemnizará al *ASEGURADO* un porcentaje de la suma asegurada indicada en el Cuadro-Recibo de Póliza para este beneficio, siempre y cuando la incapacidad y/o la pérdida ocurra dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días de haberse producido el accidente.

El porcentaje de indemnización queda establecido según la lesión, en la tabla de porcentajes de indemnización que se indica a continuación:

TABLA DE PORCENTAJES DE INDEMNIZACIÓN	
Invalidez o Pérdida	% de Suma Asegurada
Incapacidad Total y Permanente, lesiones incurables de la médula espinal que impidan por completo movimiento, enajenación mental incurable.	100%
Pérdida o inutilización total de ambos brazos, ambas piernas, de ambas manos, de ambos pies, un brazo y una pierna o de una mano y un pie	100%
Ceguera Absoluta	100%
Pérdida del Habla	50%
Pérdida completa de un ojo o de su visión	50%
Sordera Completa	50%
Sordera Completa de un solo oído	15%
<b>Pérdida o inutilización absoluta:</b>	
De un brazo o de una mano	60%
Del dedo pulgar o índice	20%
De dos falanges del dedo índice	10%
De una falange del dedo índice	8%
De uno de los demás dedos de la mano	5%
De la falange distal del dedo pulgar	8%
De una falange de cualquier otro dedo de la mano	3%
Del dedo gordo del pie	5%
De cualquier otro dedo del pie	3%
De una pierna por encima de la rodilla	50%
De una pierna por debajo de la rodilla	40%

## CLÁUSULA 2. COBERTURAS OPCIONALES

Mediante la contratación de estas coberturas el *TOMADOR* se obliga al pago de la prima adicional correspondiente contra la entrega por parte de *LA EMPRESA DE SEGUROS* del Cuadro-Recibo de Póliza, quedando entendido que el *ASEGURADO* estará amparado por las coberturas contratadas que deberán estar indicadas en el Cuadro-Recibo de Póliza.

## **2.1 GASTOS MÉDICOS Y GASTOS POR FALLECIMIENTO**

Si dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha del accidente las lesiones corporales sufridas por el **ASEGURADO** necesitan 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, los gastos cancelados por el **ASEGURADO** por tales conceptos hasta un máximo igual al cincuenta por ciento (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 gastos funerarios hasta por un monto máximo igual al cincuenta por ciento (50%) de la suma asegurada bajo este beneficio.

## **2.2 INCAPACIDAD TOTAL TEMPORAL**

Si el **ASEGURADO** como consecuencia de un accidente, ocurrido en el período de vigencia de la Póliza, sufre una Incapacidad Total Temporal, **LA EMPRESA DE SEGUROS** indemnizará la suma asegurada semanal indicada en el **CUADRO-RECIBO DE PÓLIZA** para esta cobertura, vigente para el momento de ocurrencia del accidente, mientras la Incapacidad subsista y hasta el límite máximo de semanas indicadas también en el **CUADRO- RECIBO DE PÓLIZA**, siempre y cuando la incapacidad ocurra dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes de haber ocurrido el accidente.

## **2.3 COBERTURA EN HORARIO LABORAL SOLAMENTE.**

EL **TOMADOR** podrá optar por coberturas restringidas que sólo amparan cuando el **ASEGURADO** sufre un accidente mientras esté desempeñando su trabajo u ocupación.

Las coberturas que pueden ser contratadas en horario laboral son las referidas en las cláusulas: 1.1 (Muerte), 1.2 (Incapacidad Total y Permanente, Pérdida de Extremidades, Pérdida de la Audición o Vista), 2.1 (Gastos Médicos y Gastos por Fallecimiento) y 2.2 (Incapacidad Total Temporal) de ésta Sección.

## **2.4 COBERTURA AMPLIA DE VUELOS**

La cobertura de la Póliza se extiende a amparar al **ASEGURADO** en caso de ocurrir un accidente durante la vigencia de la Póliza, 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.

## **2.5 DEPORTES DE ALTO RIESGO**

La cobertura de la Póliza se extiende a amparar al **ASEGURADO** en caso de ocurrir un accidente durante la vigencia de la Póliza, mientras se halle

practicando los siguientes deportes de alto riesgo: Alpinismo, Boxeo/Lucha, Canoa, Caza, Coleo, Ciclismo, Motociclismo, Automovilismo, Equitación, Esquí-Nieve, Esquí-Acuático, Espeleología, Motonáutica, Polo, Submarinismo, windsurf, Veleros, Icaro y Skydiving.

### **CLÁUSULA 3. PERSONAS ASEGURABLES**

Son asegurables todos los empleados o integrantes del grupo cuya edad está comprendida entre dieciocho (18) y sesenta y cinco (65) años, y podrán gozar de la cobertura hasta la edad de ochenta (80) años.

### **CLÁUSULA 4. SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**

Cada empleado o integrante del colectivo, bien sea que forme parte del colectivo inicial o sea el ingreso de un nuevo empleado o integrante del colectivo, llenará una solicitud de seguro en la que hará constar: sus nombres y apellidos, cédula de Identidad, fecha de nacimiento, fecha de empleo, profesión, ocupación, beneficiarios designados y coberturas solicitadas. Dicha solicitud debe ser enviada a **LA EMPRESA DE SEGUROS**, en un plazo no mayor a los 30 días continuos, contados desde la fecha de comienzo de la relación laboral o afiliación con el colectivo.

Una vez que **LA EMPRESA DE SEGUROS** acepte la solicitud presentada, emitirá un Certificado Individual.

### **CLÁUSULA 5. FECHA EFECTIVA DEL SEGURO**

La fecha efectiva para los empleados o integrantes del colectivo será:

- 1) La fecha de otorgamiento del presente Contrato, para el colectivo inicial.
- 2) La fecha de recepción de la solicitud de seguro y previa aceptación de la misma por parte de **LA EMPRESA DE SEGUROS** (para nuevos empleados).
- 3) La fecha en que sea elegible para el Seguro

Los nuevos integrantes de la organización del **TOMADOR**, sólo podrán inscribirse en el Seguro cuando pasen a desempeñar labores regulares o sean admitidos definitivamente como integrantes de la organización. En este caso la efectividad del seguro comenzará desde el momento en que la solicitud sea aceptada por **LA EMPRESA DE SEGUROS**, y siempre que tal solicitud sea hecha dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de admisión definitiva por el **TOMADOR**, cumplidas estas condiciones las coberturas que proporciona esta Póliza serán de aplicación inmediata.

### **CLÁUSULA 6. TERMINACIÓN DEL SEGURO**

El Seguro terminará para el empleado o integrante del colectivo cuando ocurra alguna de las siguientes eventualidades:

- 1) La fecha de terminación de la Póliza.
- 2) La fecha en que deje de pertenecer al colectivo asegurado.

3) Al final del período de vigencia en el cual el **ASEGURADO** haya cumplido los ochenta (80) años de edad.

#### **CLÁUSULA 7. DETERMINACIÓN DE LA PRIMA**

La prima que ha de pagar inicialmente el **TOMADOR** se determinará sobre la base de la tarifa de primas vigente y en atención al número de empleados integrantes del colectivo que inicialmente ingresen al seguro. Posteriormente, se harán los ajustes de prima correspondientes tomando en cuenta los ingresos y egresos de los **ASEGURADOS**, emitiendo **LA EMPRESA DE SEGUROS** a tal efecto el recibo de prima correspondiente.

EL **TOMADOR** está obligado a notificar a **LA EMPRESA DE SEGUROS** todos los movimientos de ingresos y egresos de **ASEGURADOS** que se produzcan en el colectivo al momento en que ocurran.

Los ajustes de prima, por cobro o devolución que generen estos movimientos serán calculados proporcionalmente considerando la fecha en que se produce el movimiento de ingreso o egreso hasta la fecha de vencimiento de la vigencia de la Póliza.

#### **SECCIÓN III: EXCLUSIONES**

**LA EMPRESA DE SEGUROS** no indemnizará el pago de ningún beneficio al **ASEGURADO** en cualquiera de los casos siguientes:

- 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 delictuosos, duelos o riñas, en donde se compruebe que el **ASEGURADO** tuvo una participación activa en tales hechos.
- d) Actos de guerra, declarada o no, alteraciones de orden público, guerra, disturbio popular, motín, insurrecciones, huelgas, en donde se compruebe que el **ASEGURADO** tuvo una participación activa 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** por el o los **BENEFICIARIOS** de la Póliza, quedando a salvo el derecho de los **BENEFICIARIOS** que no participaron en el hecho.
- f) Lesiones a consecuencia de un accidente cuando el **ASEGURADO** se encuentre dentro, subiendo o bajando de una aeronave, cuando no sea en calidad de pasajero.

- g) Lesiones a consecuencia de un accidente cuando el **ASEGURADO** se encuentre dentro, subiendo o bajando en calidad de pasajero de: Cualquier avión o helicóptero que ostente certificado de aeronavegabilidad válido y al día (Aviación Civil) o de 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, cuando no se contrate la cobertura 2.4 (Cobertura Amplia de Vuelos) de la Sección II (Beneficios y Coberturas) de esta Póliza.
- h) Lesiones a consecuencia de la práctica de alguno de estos deportes de alto riesgo: Alpinismo, Boxeo/Lucha, Canoa, Caza, Coleo, Ciclismo, Motociclismo, Automovilismo, Equitación, Esquí-Nieve, Esquí-Acuático, Espeleología, Motonáutica, Polo, Submarinismo, windsurf, Velero, Icaro y Skydiving; cuando no se contrate la cobertura 2.5 (Deportes de Alto Riesgo) de la Sección II (Beneficios y Coberturas) de esta Póliza.

#### SECCIÓN IV: INDEMNIZACIONES

##### CLÁUSULA 1. PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

###### I. TIEMPO DE NOTIFICACIÓN

EL **ASEGURADO** debe notificar por escrito a **LA EMPRESA DE SEGUROS**, mediante formulario impreso por **LA EMPRESA DE SEGUROS**, la ocurrencia del siniestro dentro del plazo máximo de treinta (30) días continuos de haberlo conocido.

###### 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 de la declaración de herederos únicos y universales si no hubo designación de **BENEFICIARIOS**.
- f) Autorización del juzgado de menores para los **BENEFICIARIOS** menores de edad.
- g) Fotocopia de la Cédula de Identidad del **ASEGURADO** y de cada uno de los **BENEFICIARIOS**.
- h) Constancia del Patrono indicando sueldo del **ASEGURADO**, en caso de que el monto **ASEGURADO** sea sobre la base de sueldo o Declaración de Impuesto

sobre la Renta del **ASEGURADO** en caso de tratarse de indemnización en base a salario anual.

- i) 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.
- j) En caso de accidente de tránsito 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 Instituto Venezolano de los Seguros Sociales en caso de Incapacidad Total y Permanente.
- e) Resultado de exámenes y/o radiografías.
- f) Constancia de reposo emitida por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales para Incapacidades Temporales.
- g) Carta narrativa de los hechos.

#### **GASTOS MÉDICOS:**

- 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 farmacéuticos.
- d) Original de los resultados de los exámenes practicados.
- e) Carta narrativa de los hechos.

#### **GASTOS POR FALLECIMIENTO:**

- a) Facturas originales por gastos de entierro.

### **III. TIEMPO DE PRESENTACIÓN DE RECAUDOS**

EL **ASEGURADO** deberá entregar a **LA EMPRESA DE SEGUROS** los recaudos exigidos por ésta, dentro del plazo máximo de cuarenta y cinco (45) días continuos de haber notificado el siniestro.

#### **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 y autorización 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) El monto indemnizable por varias pérdidas sufridas bajo el beneficio de pérdidas de extremidades, audición o vista derivadas del mismo accidente se obtiene por la suma de los porcentajes fijados a cada una de ellas, sin exceder la Suma Asegurada. Si varias invalideces afectan el mismo órgano se indemnizará la mayor de ellas.
- c) Para proceder con la indemnización por Incapacidad Total y Permanente esta debe haber sido continua por un período de doce (12) meses.
- d) Las semanas de indemnización a que haya lugar indemnizar, por la cobertura de Incapacidad Total Temporal se pagarán luego de transcurrido un (1) mes de haberse declarado la incapacidad.

Firmado en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
EL TOMADOR

\_\_\_\_\_  
ESTAR SEGUROS S.A.

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio 7159 del 30 de Agosto de 2004