

## **PARA POLIZAS SOLIDARIAS DE SEGUROS CONDICIONES GENERALES**

### **CLÁUSULA 1.- OBJETO DEL CONTRATO DE SEGURO.**

Mediante el presente contrato de seguro, el Asegurador se compromete a amparar los beneficios indicados en las condiciones particulares y anexos, si los hubiere, y a indemnizar los gastos cubiertos en que incurra el Asegurado, hasta la suma asegurada contratada indicada en el Cuadro Recibo Solidario y sujeto a las condiciones de la póliza.

### **CLÁUSULA 2.- DEFINICIONES.**

A los efectos de este contrato de seguro, se entiende por:

1. **ASEGURADOR:** (Indicar Nombre completo de la Empresa de Seguros) quien asume los riesgos cubiertos en las condiciones particulares y anexos de la Póliza.

2. **TOMADOR:** Persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena, contrata el seguro con el Asegurador, trasladándole los riesgos y obligándose al pago de la prima.

3. **ASEGURADO:** Persona natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos por la Póliza y se encuentra amparada por este contrato, ya sea el Asegurado Titular o cualquiera de sus Dependientes.

4. **ASEGURADO TITULAR:** Es la persona natural, quien podrá ser el Tomador, amparada bajo este contrato e indicada como tal en el Cuadro Recibo Solidario, la cual debe pertenecer a la Población Vulnerable o a la Población de Bajos Ingresos, según se definen en esta póliza.

5. **BENEFICIARIO:** Para efectos de esta póliza el Asegurado Titular es la persona que tiene el derecho de recibir el pago de las indemnizaciones a que hubiera lugar.

6. **DEPENDIENTES:** : Los hijos del Asegurado Titular menores de veinticinco (25) años de edad, el cónyuge del Asegurado Titular o la persona con quien mantenga unión estable de hecho, los padres y suegros del Asegurado Titular, siempre que todos convivan y dependan económicamente de éste. Podrán inscribirse en este seguro como parte del grupo familiar hasta un máximo de cinco (5) personas de las indicadas anteriormente.

7. PARTES DEL CONTRATO DE SEGURO: El Asegurador y el Tomador. Además de las personas señaladas, forman parte del contrato de seguro el Asegurado y el Beneficiario.

8. DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO: Las condiciones generales, las condiciones particulares, la solicitud de seguro solidario o cuestionario de seguro solidario, el Cuadro Recibo Solidario, y los anexos si lo hubiere.

9. REGISTRO ÚNICO PARA SEGUROS SOLIDARIOS (R.U.S.S): Control individual de cada Asegurado, que deberá mantener el Asegurador de acuerdo con las disposiciones establecidas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

10. CUADRO RECIBO SOLIDARIO: Documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: Número de la Póliza, Registro Único Solidario (R.U.S.S), nombre del Tomador, del Asegurado, identificación completa del Asegurado, indicando si pertenece a la Población Vulnerable o la Población de Bajos Ingresos, identificación del Beneficiario, identificación completa del Asegurador y domicilio principal, dirección del Tomador, dirección de cobro, nombre y código del intermediario de seguros, coberturas contratadas, sumas aseguradas, monto de la prima, forma y lugar de pago, período de vigencia, firmas del Asegurador y del Tomador.

11. PRIMA: Es la única contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración del contrato de seguro.

12. SUMA ASEGURADA: Límite máximo de responsabilidad del Asegurador, cuya cuantía se determinará de acuerdo con la tarifa y con la unidad tributaria (U.T.) vigente para el momento de la emisión o de la renovación del contrato de seguro, según sea el caso, y está indicado en el Cuadro Recibo Solidario. La suma asegurada contratada será aplicada por Asegurado.

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

14. POBLACIÓN VULNERABLE: Comprende a los jubilados, jubiladas, pensionados, pensionadas, adultos y adultas mayores, personas con discapacidad y a las personas con enfermedades físicas y/o mentales.

15. POBLACIÓN DE BAJOS INGRESOS: Son aquellas personas cuyos ingresos mensuales no superen el equivalente a veinticinco Unidades Tributarias (25 U.T.).

16. EDAD: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del cumpleaños más cercano a la fecha de comienzo de este contrato o de la fecha de

renovación. El Asegurador tiene derecho a exigir pruebas satisfactorias de la edad del Asegurado.

#### CLÁUSULA 3.- VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

La vigencia de la póliza será anual y se hará constar en el Cuadro Recibo Solidario, con indicación de la fecha en que se emita, la hora y día de su iniciación y vencimiento.

#### CLÁUSULA 4.- RENOVACIÓN.

El contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior de la póliza y por un plazo igual, siempre que el Tomador pague la prima correspondiente al nuevo período anual del seguro, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula 6.- Plazo de Gracia, de las condiciones generales de la presente Póliza, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior.

La prórroga no procederá si el Tomador notifica al Asegurador su voluntad de no prorrogar, mediante una notificación escrita dirigida al domicilio del Asegurador que conste en el Cuadro Recibo Solidario, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de vigencia de la póliza en curso.

#### CLÁUSULA 5.- PAGO DE PRIMAS.

Las partes acuerdan fraccionar en doce (12) cuotas iguales mensuales el pago de la prima anual de la póliza. El Tomador debe pagar la primera fracción de la prima anual en el plazo de quince (15) días continuos contados a partir de la fecha de inicio del contrato. Igualmente, el Tomador está obligado a pagar las posteriores fracciones de la prima anual dentro del plazo de diez (10) días continuos siguientes a la fecha de finalización de la última fracción de prima pagada. Si alguna fracción de la prima anual no es pagada o se hace imposible su cobro por causa imputable al Tomador en el plazo establecido, el Asegurador tendrá derecho a resolver la póliza o a exigir el pago de la fracción de prima debida. No obstante, de ocurrir un siniestro en el mencionado plazo, el Asegurador tendrá la obligación de pagar la respectiva prestación, previa deducción de las fracciones de prima correspondientes a la anualidad del contrato en curso.

Contra el pago de la prima, el Asegurador entregará al Tomador el recibo de prima correspondiente firmado y sellado por él mismo.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del Asegurador por dicho exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses del excedente, aun cuando aquellas hubieren sido aceptadas formalmente por el Asegurador.

Todas las primas correspondientes a este contrato serán pagadas directamente en las oficinas del Asegurador. No obstante, éste podrá cobrar las primas a domicilio y dar aviso de sus vencimientos y, si lo hiciere, no sentará precedente de obligación y podrá suspender esta gestión en cualquier momento, sin previo aviso.

#### CLÁUSULA 6.- PLAZO DE GRACIA.

Se conceden quince (15) días consecutivos de gracia para el pago de la primera fracción de la prima anual de renovación, contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia anual anterior, en el entendido de que durante tal plazo el contrato continuará en vigor y en caso de ocurrir algún siniestro en ese período, el Asegurador tendrá la obligación de pagar la prestación correspondiente, previa deducción de la fracciones de primas correspondientes a la anualidad del contrato. No obstante, vencido el plazo de gracia sin que se haya pagado la primera fracción de la prima anual de renovación, el contrato quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación del período de vigencia anual anterior.

#### CLÁUSULA 7.- EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.

El Asegurador no estará obligado al pago de la prestación en los siguientes casos:

1. Si el Tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios.
2. 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.
3. 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. No obstante, el Asegurador estará obligada al pago de la prestación si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el Asegurador en lo que respecta a la póliza.
4. Si el Siniestro se inicia antes de la vigencia del contrato y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador.
5. Otras exoneraciones de responsabilidad establecidas en las condiciones particulares.

#### CLÁUSULA 8.- REHABILITACIÓN.

Se consideran aceptadas las solicitudes escritas de rehabilitar la Póliza suspendida, si el Asegurador no rechaza la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido. Este plazo será de veinte (20) días hábiles cuando a criterio del Asegurador la modificación o rehabilitación del contrato, hagan necesario un reconocimiento médico. El requerimiento del Asegurador de que el Asegurado se realice el examen médico, no implica aceptación.

#### CLÁUSULA 9.- ANEXO.

Solamente los funcionarios autorizados por el Asegurador tendrán facultad para extender Anexos a la presente póliza. Para que tengan validez y puedan considerarse parte integrante de la misma, deben ser emitidos por el Asegurador en formularios impresos debidamente sellados y firmados por uno de sus funcionarios autorizados y, si fuera el caso, el Tomador deberá pagar la prima correspondiente contra la entrega del Cuadro Recibo Solidario correspondiente.

Los anexos de las pólizas que modifiquen sus condiciones para su validez deberán estar firmados por el Asegurador y el Tomador. En caso de discrepancia entre lo indicado en los anexos y en la póliza, prevalecerá lo señalado en el anexo debidamente firmado.

#### CLÁUSULA 10.- DECLARACIONES INEXACTAS EN LA SOLICITUD.

El Asegurador deberá participar al Tomador, en un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud de seguros, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o terminar el contrato mediante comunicación dirigida al Tomador, en el plazo de un (1) mes contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el Tomador o el Asegurado. En caso de terminación ésta se producirá a partir del décimo sexto (16º) día siguiente a su notificación, siempre y cuando la devolución de la prima correspondiente al periodo que falte por transcurrir, calculada a prorrata, se encuentre a disposición del Tomador en la caja del Asegurador. Corresponderán al Asegurador las primas relativas al periodo en curso en el momento en que haga esta notificación. El Asegurador no podrá terminar el contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador o el Asegurado actúan con dolo o culpa grave, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación y de la devolución de la prima. Cuando el contrato esté referido a varias personas y la reserva o inexactitud se contrajese sólo a uno o varios de ellos, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto a los restantes si ello fuere técnicamente posible.

#### CLÁUSULA 11.- INDISPUTABILIDAD

El Asegurador no podrá impugnar este contrato una vez transcurrido el plazo de un (1) año, a contar desde la fecha de su celebración, salvo que el Tomador o el Asegurado haya actuado con dolo o mala fe, en cuyo caso el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación y de la devolución de prima no consumida.

#### CLÁUSULA 12.- FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador o del Asegurado, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato, si son de tal

naturaleza que el Asegurador de haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

#### CLÁUSULA 13.- PAGO DE INDEMNIZACIONES.

El Asegurador tendrá la obligación de pagar el monto de la prestación dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días continuos, contados a partir de la fecha en que el Asegurador haya recibido el último recaudo, salvo por causa extraña no imputable al Asegurador.

#### CLÁUSULA 14.- RECHAZO DEL SINIESTRO.

El Asegurador deberá notificar por escrito al Beneficiario, 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 prestación exigida.

#### 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 podrá actuar 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 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.

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario, perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra el Asegurador o convenir con éste el Arbitraje previsto en la Cláusula anterior, si no lo hubieren 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 la notificación por escrito del rechazo.

b) En caso de inconformidad con el pago de la prestación, un (1) año contado a partir de la fecha en que el Asegurador hubiere efectuado el pago.

c) En caso de inconformidad con la prestación del servicio, un (1) año contado a partir de la fecha en que el Asegurador hubiere prestado el servicio.

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

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

**CLÁUSULA 17.- 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 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 del Asegurador o a la dirección del Tomador o del Asegurado que conste en la póliza, según sea el caso.

**CLÁUSULA 19.- DOMICILIO ESPECIAL.**

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, el lugar donde se celebró el contrato de seguro, a cuya Jurisdicción declaran someterse las partes.

## **PÓLIZA DE SEGURO SOLIDARIO DE ACCIDENTES PERSONALES**

### **CONDICIONES PARTICULARES**

#### **CLÁUSULA 1. DEFINICIONES PARTICULARES.**

Para todos los fines relacionados con esta Póliza de Seguro Solidario, queda expresamente convenido que las siguientes definiciones tendrán la acepción que se les asigna seguidamente:

**ACCIDENTE:** Es todo suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del Tomador o del Asegurado, que le cause a este último lesiones corporales, la muerte o alguna invalidez.

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

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

#### **CLÁUSULA 2. COBERTURA.**

Mediante la presente Póliza de Seguro Solidario, el Asegurador se compromete a amparar al Asegurado contra los riesgos indicados en la Cláusula 3. Riesgos Cubiertos de estas Condiciones Particulares y a pagar las prestaciones o los gastos cubiertos, según sea el caso, hasta la suma asegurada contratada indicada en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario.

A los efectos de esta cobertura, el Asegurado Titular y el Asegurado identifican a la misma persona.

La suma asegurada y la prima solidaria serán determinadas de acuerdo con el valor de la Unidad Tributaria (U.T.) vigente para la fecha de la emisión o renovación de la Póliza de Seguro Solidario, según sea el caso.

### CLÁUSULA 3. RIESGOS CUBIERTOS.

3.1. Muerte Accidental: Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por esta Póliza y dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha del mismo, al Asegurado le sobreviene la muerte, el Asegurador pagará la suma asegurada indicada en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario.

3.2. Invalidez Permanente: Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por esta Póliza y dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualquier invalidez de las mencionadas en la Escala de Indemnizaciones, el Asegurador pagará la cantidad resultante de aplicar el porcentaje estipulado en la referida escala a la suma asegurada indicada en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario.

<b>ESCALA DE INDEMNIZACIÓN</b>	
Tipo de Invalidez	% de Indemnización
Enajenación mental incurable o pérdida de la conciencia.	100
Ceguera absoluta.	100
Pérdida total de la audición y del habla.	100
Lesiones incurables de la médula espinal que impida por completo el movimiento.	100
Pérdida o inutilización de ambos brazos, manos, piernas, pies, de un brazo o una mano y de una pierna o pie.	100
<b>PÉRDIDA TOTAL O INUTILIZACIÓN ABSOLUTA</b>	
Un ojo con disminución de la agudeza visual del otro en más de un 50%, siempre que ésta sea incorregible.	75
Un ojo con enucleación.	35
Un ojo sin enucleación.	25
Reducción de la visión de ambos ojos en más del 50%.	50
Sordera bilateral.	50
Sordera unilateral.	25
Trastornos graves en las articulaciones de ambos maxilares.	15

Del olfato o del gusto.	5
Del uso de la cadera.	30
Una de las piernas por encima de la rodilla.	60
Una de las piernas por debajo de la rodilla o de un pie.	50
Del uso de la rodilla.	25
Del dedo gordo del pie.	10
Cualquier otro dedo del pie.	5
Un brazo o una mano.	60
Un dedo pulgar.	20
Un dedo índice.	15
Un dedo medio.	10
Un dedo anular.	8
Un dedo meñique.	7
Del uso del hombro.	30

Por pérdida total o inutilización absoluta se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano lesionado.

Cuando la pérdida o inutilización sea parcial, la indemnización que hubiese correspondido por pérdida total o inutilización absoluta será disminuida en forma proporcional.

La invalidez no contemplada en la escala anterior, será indemnizada según su gravedad y en comparación con las mencionadas en la mencionada escala.

En caso de varias invalideces como consecuencia del mismo accidente, la indemnización resultante se calculará sumando los porcentajes correspondientes a cada invalidez, sin exceder la suma asegurada. Cuando el monto a indemnizar alcance o exceda el ochenta por ciento (80%), el Asegurador indemnizará la suma asegurada vigente al momento del accidente.

Cuando varios tipos de invalidez afecten a un mismo miembro u órgano, éstas no se acumularán entre sí y el Asegurador indemnizará el porcentaje correspondiente a la mayor invalidez.

La pérdida de miembros u órganos ya incapacitados antes del accidente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior, siempre que los dictámenes médicos así lo demuestren, únicamente por la diferencia entre el grado de invalidez que presentare después y antes del accidente.

La evaluación de lesiones de miembros u órganos sanos sufridas en un accidente, no puede ser aumentada por el estado de invalidez de otros miembros u órganos no afectados por el accidente.

Cualquier indemnización pagada durante la vigencia de esta Póliza por concepto de alguna invalidez permanente, será en disminución de la suma asegurada para esta cobertura y es sobre el remanente que se aplicarán los porcentajes de indemnización por invalidez permanente en caso de ocurrir nuevos accidentes en el mismo período y sujetos a este beneficio.

3.3. Gastos Médicos: Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por esta Póliza, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado requiere atención médica u hospitalaria para el restablecimiento de su salud, el Asegurador pagará, hasta la suma asegurada indicada en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario, los gastos médicos incurridos por el Asegurado en una institución hospitalaria por la atención médica u hospitalaria, incluyendo los gastos por servicios de ambulancia y de farmacia.

La suma asegurada contratada para esta cobertura será aplicada por Asegurado, accidente y año Póliza.

#### CLAUSULA 4. PAGO DE PRIMAS SOLIDARIAS.

El Asegurador debe cobrar la prima solidaria anual en el plazo de diez (10) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la Póliza de Seguro Solidario. De ocurrir algún siniestro en ese plazo, se aplicarán las siguientes reglas:

Si el monto a indemnizar es superior a la prima solidaria a cobrar, el Asegurador la descontará del monto a indemnizar.

Si el monto a indemnizar es menor a la prima solidaria a cobrar, el Tomador deberá pagar antes de finalizar el plazo indicado, la diferencia existente entre la referida prima solidaria y el monto a indemnizar. No obstante, si el Tomador se negase o no pudiese pagar la diferencia en el plazo previsto, el contrato se considerará prorrogado por el período de tiempo que resultare de dividir el monto del siniestro indemnizable entre la prima solidaria exigible.

Si la prima solidaria anual no es pagada o se hace imposible su cobro por causa imputable al Tomador en el plazo establecido, el Asegurador tendrá derecho a exigir el pago correspondiente o resolver la Póliza, mediante comunicación escrita, telegrama o medio electrónico, con acuse de recibo, dirigido a la dirección del Tomador que conste en la Póliza. En caso de resolución esta tendrá efecto desde el inicio de la vigencia de la Póliza de Seguro Solidario.

Contra el pago de la prima solidaria, el Asegurador entregará al Tomador el Cuadro Recibo de Seguro Solidario firmado y sellado por él mismo.

Las primas solidarias pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del Asegurador por el exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses del excedente, aun cuando aquellas hubieren sido aceptadas formalmente por el Asegurador.

Las primas solidarias correspondientes a esta Póliza podrán ser pagadas bajo cualquier mecanismo o medio acordado por las partes.

#### CLÁUSULA 5. PLAZO DE GRACIA.

Se conceden treinta (30) días consecutivos de gracia para el pago de la prima solidaria anual de renovación, contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia anterior. Durante este plazo, la Póliza de Seguro Solidario continuará vigente y en caso de ocurrir algún siniestro en ese período, se aplicarán las siguientes reglas:

Si el monto a indemnizar es superior a la prima solidaria a cobrar, el Asegurador la descontará del monto a indemnizar.

Si el monto a indemnizar es menor a la prima solidaria a cobrar, el Tomador deberá pagar antes de finalizar el plazo de gracia, la diferencia existente entre la referida prima solidaria y el monto a indemnizar. No obstante, si el Tomador se negase o no pudiese pagar la diferencia antes de finalizar el plazo de gracia, el contrato se considerará prorrogado por el período de tiempo que resultare de dividir el monto del siniestro indemnizable entre la prima solidaria exigible.

#### CLÁUSULA 6.- SUBROGACION DE DERECHOS EN CASO DE GASTOS MÉDICOS.

El Asegurador queda subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto pagado por la cobertura de gastos médicos, en los derechos y acciones del Asegurado contra los terceros responsables.

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará si el daño hubiese sido causado por los descendientes, por el cónyuge o por la persona con quien mantenga unión estable de hecho, por otros parientes del Asegurado o las personas que conviven permanentemente con él o por las personas por las que deba responder civilmente.

El Asegurado no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de recobrar de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado. En caso de siniestro, el Asegurado está obligado a realizar a expensas del Asegurador, cuantos actos sean necesarios y todo lo que éste pueda razonablemente requerir, con el objeto de permitir que éste ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago.

Si el Asegurado incumpliere lo establecido en esta cláusula perderá el derecho a pago por la cobertura de gastos médicos que le otorga esta Póliza de Seguro

Solidario, a menos que compruebe que el incumplimiento sea debido a una causa extraña no imputable a él.

#### CLÁUSULA 7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE LA COBERTURA.

En caso de siniestro ocurrido durante la vigencia de la Póliza de Seguro Solidario, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario hará la notificación al Asegurador dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento del siniestro. Una vez efectuada la notificación deberá suministrar al Asegurador, dentro de los treinta (30) días hábiles, como requisito para reclamar el pago correspondiente, la siguiente información o documentos en original y copia:

Cédula de Identidad o Partida de Nacimiento del Asegurado afectado.

Cédula de Identidad del Beneficiario. En caso de que los Beneficiarios sean niños, niñas o adolescentes, oficio mediante el cual el tribunal competente autorice a su representante legal a recibir el pago de la indemnización.

Informe de las autoridades que intervinieron en el hecho, si fuere el caso.

Informe escrito con todas las circunstancias relativas a la ocurrencia del siniestro.

En caso de muerte, acta de defunción o certificado de defunción.

En caso de invalidez permanente, certificado médico de incapacidad, especificando el grado de invalidez.

Certificaciones médicas, facturas y récipes con indicación médica concerniente a los gastos médicos ocasionados.

El Asegurador podrá solicitar documentos adicionales a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad, la solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos en el párrafo anterior. En este caso, se establece un plazo de treinta (30) días hábiles para la presentación de los recaudos solicitados por el Asegurador, contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos.

El Asegurador, a su costo, tendrá derecho y la oportunidad de examinar al Asegurado durante la tramitación de una reclamación bajo esta Póliza.

Queda entendido que en los reclamos por gastos médicos, el Asegurador cubre el ciento por ciento (100%) de los gastos amparados ocasionados durante la vigencia de la Póliza de Seguro Solidario, sujeto al costo razonable y hasta la suma asegurada contratada. Si los gastos han continuado luego de finalizada la vigencia de la referida Póliza en curso, tendrán cobertura, siempre que no se haya agotado la suma asegurada.

El costo razonable es el promedio calculado por el Asegurador de los gastos cubiertos por tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas de Instituciones Hospitalarias ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido el Asegurado, los cuales

correspondan a una intervención quirúrgica o tratamiento médico igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de esta Póliza de Seguro Solidario se encuentran cubiertos. Este promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga el Asegurador de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en los gastos, incrementado según el Índice Nacional de Precios al Consumidor (I.N.P.C.) del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes o los baremos previamente convenidos con las Instituciones Hospitalarias. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el costo razonable será el monto facturado. En todo caso, el costo razonable de los gastos cubiertos debe ajustarse a los baremos o la estructura de precios que el Estado haya fijado en el área de prestación de la salud.

El Asegurador debe realizar una conciliación con las Instituciones Hospitalarias, conjuntamente con los organismos del Estado competentes, con la finalidad que los montos facturados sean cubiertos por la Póliza de Seguro Solidario.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de solicitar la autopsia o la exhumación del cadáver, de conformidad con lo establecido en la normativa prevista para ello, con la finalidad de determinar las causas de la muerte.

Todos los gastos que se produzcan con ocasión de la autopsia o la exhumación del cadáver serán pagados por el Asegurador.

#### CLÁUSULA 8.- OTRA EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.

El Asegurador quedará relevado de toda responsabilidad sobre cualquier siniestro y el Beneficiario perderá todo derecho a indemnización si no se hiciera la reclamación o no se entregare la documentación exigida en los lapsos indicados en la Cláusula 7.- Procedimientos en Caso de Activación de la Cobertura, de estas Condiciones Particulares, a menos que el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario compruebe que dejó de realizarse por una causa extraña no imputable a él.

#### CLÁUSULA 9. EXCLUSIONES.

Esta Póliza no cubre los siniestros ocasionados 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 civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con alguna organización que realice actividades dirigidas a la sustitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.

Participación activa del Asegurado en actos delictivos, motín, conmoción civil, disturbios populares, saqueos, disturbios laborales o conflictos de trabajo.

Terremoto, temblor de tierra, maremoto, tsunami, inundación, movimientos de masas, flujos torrenciales, huracanes, tornado, tifón, ciclón, eventos climáticos, granizo, erupción volcánica o cualquier otra convulsión de la naturaleza o perturbación atmosférica.

Radiación nuclear o sus consecuencias, fisión, fusión, radiaciones ionizantes o contaminación radiactiva.

Suicidio o sus tentativas, así como las lesiones que el Asegurado se cause intencionalmente.

Lesiones provocadas por el Asegurado por encontrarse bajo la influencia de alcohol o de drogas no prescritas médicamente.

Participación activa del Asegurado en duelos o riñas, a menos que se compruebe que no han sido provocados por el Asegurado o que éste actuó en legítima defensa.

Práctica del Asegurado de los siguientes deportes o actividades de alto riesgo: caza, automovilismo, motociclismo, motocross, karting, scooters, competencia de ciclismo, benji, buceo, submarinismo, esquí acuático, esquí en nieve, rafting, descensos de rápidos, surf, windsurf, remo, pesca en altamar, pesca submarina, motonáutica, navegación en aguas internacionales en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, fútbol americano, rugby, saltos ornamentales, paracaidismo, vuelo en ícaro, vuelo a vela, vuelo en globo, vuelo en parapente, vuelo en planeador, vuelo en ultraligero, velerismo, vuelo delta, coleo, competencia de equitación, polo, hipismo, rodeo, boxeo, lucha, artes marciales, jiu jitsu, viet vo dao, full contact, competencia de levantamiento de pesas, tiro, espeleología, alpinismo y escalada.

Viajes aéreos que no sean realizados en líneas regulares y comerciales.

#### CLÁUSULA 10. BENEFICIARIOS.

El Asegurador pagará las indemnizaciones que correspondan conforme con esta Póliza:

En caso de fallecimiento del Asegurado, al Beneficiario designado. El Beneficiario debe ser identificado en forma inequívoca y que haga posible su diferenciación de otra persona o del resto de los Beneficiarios. Igualmente deberá indicarse la proporción en la cual concurrirá en el importe de la prestación convenida. Si hubiere inexactitud o error en el nombre de algún Beneficiario que haga imposible su identificación, dará derecho a acrecer la prestación convenida a favor de los demás Beneficiarios designados.

Si alguno de los Beneficiarios designados falleciera antes o simultáneamente con el Asegurado, la parte correspondiente a éstos se repartirá, en partes iguales, entre los restantes y si todos han fallecido se pagará a los únicos y universales herederos del Asegurado.

De no existir Beneficiarios designados o en caso de inexactitud o error en el nombre del Beneficiario único que haga imposible su identificación, el Asegurador pagará la suma asegurada en partes iguales a los herederos legales del

Asegurado, quedando el Asegurador exento de toda responsabilidad para con las personas que se presenten como únicos y universales herederos con posterioridad al pago de la indemnización prevista en esta Póliza.

A falta de designación de la proporción que corresponde a todos los Beneficiarios o para alguno en particular, la prestación convenida se pagará en partes iguales, para el primer caso, o acrecerá para el resto de los Beneficiarios, en el segundo caso.

Si la designación se hace a favor de los herederos del Asegurado, sin mayor especificación, se considerarán como Beneficiarios aquellos que tengan la condición de herederos legales, para el momento del fallecimiento del Asegurado.

En caso de invalidez permanente, al Asegurado o al Beneficiario designado en caso de su fallecimiento, siempre que el Asegurado se encuentre incapacitado para recibir el pago.

En caso de gastos médicos, a la persona que demuestre haber efectuado el gasto.

#### CLÁUSULA 11. PÉRDIDA DE LA CUALIDAD DE BENEFICIARIO.

La cualidad de Beneficiario, aun cuando fuere irrevocable, no tendrá efectos si éste atentase contra la vida o integridad personal del Asegurado o fuere declarado cómplice del hecho, mediante sentencia definitivamente firme.

#### CLÁUSULA 12. CAMBIO DE BENEFICIARIO.

A efectos de la cobertura de muerte accidental, el Asegurado tiene derecho durante la vigencia de la presente Póliza de Seguro Solidario, a designar nuevos Beneficiarios y a modificar los porcentajes de participación, mediante notificación por escrito al Asegurador y éste emitirá el respectivo Anexo a la Póliza haciendo constar el cambio solicitado.

#### CLÁUSULA 13.- OTROS SEGUROS.

El Tomador debe notificar por escrito al Asegurador la tenencia o contratación de cualquier otro seguro de accidentes personales a su nombre, en un plazo de cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que hubiera tenido conocimiento de la ocurrencia del siniestro.

El incumplimiento de este deber, sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que el Asegurador pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

Cuando el Asegurado se encuentre amparado por varios seguros que amparen los mismos riesgos de la cobertura de gastos médicos, el Asegurado escogerá el

orden en que presentará las reclamaciones y las empresas de seguros deberán indemnizar, según los límites de sus Pólizas, hasta el monto total de los gastos.

#### CLÁUSULA 14.- PERITAJE.

Cuando el Asegurado o el Beneficiario no esté de acuerdo con el monto de la indemnización, la calificación o la evaluación de una invalidez, podrá someterse al siguiente procedimiento:

Nombrar por escrito un Perito de común acuerdo entre las partes.

En caso de desacuerdo sobre la designación del Perito único, se nombrarán por escrito dos (2) Peritos, uno (1) por cada parte, en el plazo de un (1) mes calendario a partir del día en que una de las partes la haya requerido a la otra.

Si el Asegurado o el Beneficiario se negare a designar o dejare de nombrar el Perito en el plazo estipulado, se entenderá desistido el procedimiento y el monto de la indemnización, la calificación o la evaluación de la invalidez, será la determinada por el Asegurador.

Si el Asegurador se negare a designar el Perito, corresponderá al Superintendente de la Actividad Aseguradora su nombramiento.

Si los dos Peritos 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. En caso de desacuerdo, el tercer perito será nombrado por el Superintendente de la Actividad Aseguradora.

Los Peritos deberán dar su fallo por escrito dentro de un período de un (1) mes después de haber aceptado la designación. Los Peritos harán sus evaluaciones ateniéndose a la Escala de Indemnizaciones inserta en esta Póliza y a las condiciones de la misma. Los gastos de peritaje serán sufragados en partes iguales por el Asegurador y el Asegurado, a falta de éste por sus Beneficiarios o herederos legales. El fallecimiento de cualquiera de los dos (2) Peritos que aconteciera en el curso de las operaciones de peritaje, no anulará ni mermará los poderes, derechos o atribuciones del Perito sobreviviente. Asimismo, si el Perito único o el Perito tercero fallecieren antes del dictamen final, la parte o los Peritos que le hubieren nombrado, según el caso, quedan facultados para sustituirlo por otro.

Se entiende por Perito, un médico con experiencia en la materia que originó el peritaje.

---

**EL ASEGURADOR**

---

**EL TOMADOR**