

## PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE CÁNCER FEMENINO

**SEGUROS VENEZUELA C.A.**, sociedad mercantil domiciliada en Caracas, inscrita inicialmente en el Registro Mercantil de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal (ahora Capital) y Estado Miranda en fecha 26 de julio de 1948, bajo el N° 602, Tomo 3-C, cuya última reforma de sus Estatutos Sociales quedó inscrita en la Oficina de Registro Mercantil antes citada, en fecha 16 de julio de 2012, bajo el No. 26, Tomo 132-A, Registro de Información Fiscal (RIF) N° J-00034036-6 e inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 24, representada en este acto por el ciudadano **ENRIQUE BANCHIERI**, de nacionalidad chilena, mayor de edad, de este domicilio y titular de la Cédula de Identidad N° 82.195.861, en su carácter de **Presidente Ejecutivo**, cualidad que deriva de la Reunión de Junta Directiva N° 1589 celebrada en fecha 14 de marzo de 2013, inscrita en el Registro Mercantil Primero del Distrito Capital, en fecha veintiséis (26) de noviembre de 2013, bajo el N° 18, Tomo 273-A, y el Tomador, identificado en el Cuadro Recibo, han convenido en suscribir el presente contrato de Seguro Individual de Cáncer Femenino, el cual está conformado y se registrará de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Recibo, la Solicitud de Seguro y los demás documentos que formen parte integrante del mismo.

### CONDICIONES GENERALES

#### Cláusula 1. OBJETO DEL CONTRATO DE SEGURO.

El ASEGURADOR se compromete a asumir los riesgos indicados en el contrato de seguro, hasta la suma asegurada señalada en el Cuadro Recibo.

#### Cláusula 2. DEFINICION DE TÉRMINOS.

Para todos los fines relacionados con este contrato, queda expresamente convenido entre las partes que los siguientes términos sólo tendrán los significados que se indican, salvo que del texto de esta Póliza se desprenda una interpretación diferente:

1. **ASEGURADOR:** Seguros Venezuela, C.A., la empresa aseguradora quien asume los riesgos cubiertos en la presente 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 sobre la cual se emite el seguro, que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos por la presente Póliza y se encuentra amparada por este contrato de seguro. El ASEGURADO debe ser identificado en el Cuadro Recibo, ser de sexo femenino y tener al momento de suscribir la Póliza una edad menor de sesenta y cinco (65) años.
4. **BENEFICIARIO:** Es la persona natural o jurídica que tiene el derecho de recibir del ASEGURADOR la(s) indemnización(es) a que hubiera lugar en virtud de esta Póliza, designada por el ASEGURADO en la Solicitud de Seguro.
5. **EDAD:** Es la correspondiente a la fecha de cumpleaños más cercana, anterior o posterior, al momento de emisión o renovación de la Póliza.
6. **DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO:** Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, el Cuadro Recibo, los Anexos que se emitan para complementar la Póliza y los demás documentos que por su naturaleza formen parte del contrato.
7. **CUADRO RECIBO:** Documento en el que se indica, como mínimo, la siguiente información: número de la Póliza, identificación completa del ASEGURADOR y de su domicilio principal, identificación completa del TOMADOR, del ASEGURADO y de los BENEFICIARIOS, dirección del TOMADOR, dirección del ASEGURADO, nombre y código del intermediario de seguros, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma de pago, vigencia del contrato, fecha de emisión del contrato y firmas del ASEGURADOR y del TOMADOR.
8. **SOLICITUD DE SEGURO:** Cuestionario que proporciona el ASEGURADOR, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del TOMADOR, del ASEGURADO y del BENEFICIARIO, así como también del estado de salud de la persona que será amparada por la Póliza y demás datos que pueda influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestada en su totalidad y con exactitud por el TOMADOR y/o ASEGURADO, constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión del contrato de seguro.
9. **CONDICIONES PARTICULARES:** Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.
10. **PRIMA:** Contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el TOMADOR al ASEGURADOR en virtud de la celebración del contrato.
11. **SINIESTRO:** Acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte del ASEGURADOR.
12. **SUMA ASEGURADA:** Límite máximo de responsabilidad del ASEGURADOR, indicada en el Cuadro Recibo, contratada por el TOMADOR para el Riesgo Cubierto de la presenta Póliza.

- 13. RIESGO:** Es el suceso futuro e incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del TOMADOR o del ASEGURADO, y cuya materialización da origen a la obligación del ASEGURADOR.

### **Cláusula 3. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.**

**El ASEGURADOR no estará obligado al pago de la indemnización 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 relacionados con esta Póliza.**
- 2. Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del TOMADOR, del ASEGURADO o del BENEFICIARIO.**
- 3. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del TOMADOR, del ASEGURADO o del BENEFICIARIO. No obstante, el ASEGURADOR estará obligado al pago de la indemnización, si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el ASEGURADOR en lo que respecta a la Póliza.**
- 4. Si el siniestro se inicia antes de la vigencia del contrato y continúa después de que los riesgos hayan empezado a correr por cuenta del ASEGURADOR.**
- 5. Si el TOMADOR, el ASEGURADO o el BENEFICIARIO no empleare los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro, siempre que este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al ASEGURADOR.**
- 6. Si el TOMADOR actúa con dolo o culpa grave, según lo señalado en la Cláusula 8. DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO, de estas Condiciones Generales.**
- 7. Si el TOMADOR, el ASEGURADO, el BENEFICIARIO o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, actuando con dolo o culpa grave, obstaculiza los derechos del ASEGURADOR estipulados en esta Póliza.**
- 8. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares y Anexos de la Póliza.**

### **Cláusula 4. VIGENCIA DEL CONTRATO.**

La vigencia del contrato será anual y se hará constar en el Cuadro Recibo, con indicación de la fecha de emisión, la hora y día de su iniciación y vencimiento.

### **Cláusula 5. PAGO DE LA PRIMA.**

El TOMADOR debe pagar la primera prima anual en el plazo de treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia del contrato. Si la prima 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. En caso de resolución, ésta tendrá efecto desde el inicio de la vigencia del contrato, sin necesidad de previo aviso del TOMADOR. Si ocurriese un siniestro en el plazo convenido para el pago de la prima, el ASEGURADOR pagará la indemnización, siempre que el TOMADOR pague antes de su vencimiento la prima correspondiente.

Contra el pago de la prima, el ASEGURADOR entregará al TOMADOR el Cuadro Recibo 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.

A elección del TOMADOR y por convenio expreso, el pago de las primas de la presente Póliza podrá ser realizado, además de anuales, en cuotas semestrales, trimestrales o mensuales, modalidad que se indicará en el Cuadro Recibo. El TOMADOR podrá solicitar cambiar la forma de pago de las primas, antes de la fecha de exigibilidad de la siguiente prima.

### **Cláusula 6. RENOVACIÓN.**

El contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día del período de duración del período vigencia anterior y por un plazo igual, siempre que el TOMADOR pague la prima correspondiente al nuevo período, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula 7. PLAZO DE GRACIA, de estas Condiciones Generales, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga de la anterior. Las partes puede negarse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, 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.

Transcurridos tres (3) años ininterrumpidos desde la celebración del contrato, el ASEGURADOR no podrá anular o negarse a renovar en las mismas condiciones, siempre que el TOMADOR pague la prima correspondiente.

### **Cláusula 7. PLAZO DE GRACIA.**

Se conceden treinta (30) días continuos de gracia para el pago de la prima de renovación, contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia del contrato anterior. Si ocurriere un siniestro en este plazo, el ASEGURADOR pagará la indemnización, previa deducción de la prima correspondiente. Si el monto del siniestro es menor a la prima de renovación, el ASEGURADOR pagará la indemnización, siempre que el TOMADOR pague la prima en el plazo de gracia concedido. Si la prima no es pagada en el referido período, el contrato quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación de la vigencia del contrato anterior.

### **Cláusula 8. DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO.**

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 Seguro, que puede influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver 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 resolución, ésta se producirá a partir del décimo sexto (16°) día siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de seguros, correspondiente al período que falte por transcurrir se encuentre a disposición del TOMADOR en la caja del ASEGURADOR. Corresponderá al ASEGURADOR las primas relativas al período transcurrido hasta el momento en que se haga esta notificación. El ASEGURADOR 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 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. Igualmente, si ocurre un siniestro antes del vencimiento de los plazos de un (1) mes o de dieciséis (16) días antes mencionados, según sea el caso, el pago de la prestación también se reducirá en los términos mencionados en este párrafo. Si el TOMADOR o el ASEGURADO actúan con dolo o culpa grave, el ASEGURADOR quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la prima.

Cuando la reserva o inexactitud se contrajese sólo a una o varias de las personas cubiertas por la Póliza, ésta subsistirá con todos sus efectos respecto a las restantes, si ello fuera técnicamente posible.

#### **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 el ASEGURADOR de haberlas conocido no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

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

El ASEGURADOR deberá pagar la indemnización que corresponda en un plazo que no exceda de treinta (30) días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que haya recibido el último recaudo solicitado, salvo por causa extraña no imputable al ASEGURADOR.

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

El ASEGURADOR deberá notificar por escrito al TOMADOR, al ASEGURADO o al BENEFICIARIO, en el plazo señalado en la Cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo, total o parcial, de la indemnización exigida.

#### **Cláusula 12. ARBITRAJE.**

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato. La tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil.

El Superintendente de la Actividad Aseguradora actuará como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de las controversias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato. En este supuesto, la tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en las normas para regular los mecanismos alternativos de solución de conflictos en la actividad aseguradora.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.



### **Cláusula 13. CADUCIDAD.**

El TOMADOR, el ASEGURADO o el BENEFICIARIO, perderá todo derecho a ejercer una acción judicial contra el ASEGURADOR o convenir con éste a someterse al arbitraje previsto en la Cláusula anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo de un (1) año contado a partir de la fecha de la notificación, por escrito:

1. Del rechazo, total o parcial, del siniestro.
2. De la decisión del ASEGURADOR sobre la inconformidad del TOMADOR, del ASEGURADO o del BENEFICIARIO respecto al monto de la indemnización.

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

### **Cláusula 14. PRESCRIPCIÓN.**

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

### **Cláusula 15. MODIFICACIÓN Y REHABILITACIÓN.**

La Póliza puede ser rehabilitada a solicitud del TOMADOR, siempre que el ASEGURADO se encuentre en buen estado de salud, según declaración de salud o reconocimiento médico a cargo del ASEGURADO. Es este supuesto, se requiera la aceptación del ASEGURADOR y el pago de la prima pendiente, entrando el contrato nuevamente en vigor en la fecha indicada en el Cuadro Recibo. El ASEGURADOR reconocerá la antigüedad obtenida por el ASEGURADO para efectos de la aplicación de los plazos de espera y exclusiones temporales, pero no estarán amparados los gastos incurridos desde la fecha de resolución del contrato hasta los tres (3) meses siguientes a la fecha de inicio de su rehabilitación. No se convendrá la rehabilitación, una vez transcurridos noventa (90) días continuos desde la fecha de resolución del contrato.

Se reputan aceptadas las solicitudes escritas de modificar el contrato o de rehabilitarlo, 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 de este contrato haga necesario un reconocimiento médico. El requerimiento del ASEGURADOR de que el ASEGURADO se realice el examen médico, no implica aceptación.

La modificación de la suma asegurada y/o el deducible requerirá aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por el ASEGURADOR con la emisión del Cuadro Recibo, en el que se modifique la suma asegurada y/o el deducible, y por parte del TOMADOR mediante comunicación escrita o con el pago de la diferencia de la prima correspondiente.

La propuesta de modificación de la suma asegurada y/o el deducible debe efectuarse en un plazo no menor de treinta (30) días hábiles anteriores al vencimiento de la vigencia del contrato en curso o a la fecha en que sea efectiva la modificación, según sea el caso.

#### **Cláusula 16. 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.

Las comunicaciones entregadas al intermediario de seguros producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte.

Los intermediarios de seguros deben entregar la correspondencia a su destinatario en un lapso de cinco (5) días hábiles, contados a partir de su recepción.

#### **Cláusula 17. DOMICILIO ESPECIAL.**

Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse de esta Póliza, las partes eligen como domicilio especial, único y excluyente de cualquier otro, el lugar donde se celebró el contrato de seguros, a cuya jurisdicción declaran someterse las partes.

---

**POR EL ASEGURADOR**

---

**EL TOMADOR**

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° 0789 de fecha 15/02/2005.



## PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL DE CÁNCER FEMENINO

### CONDICIONES PARTICULARES

#### Cláusula 1. DEFINICIONES PARTICULARES.

Para todos los fines relacionados con este contrato de seguro, queda expresamente y convenido que cada uno de los siguientes términos sólo tendrá la acepción que a continuación se les asigna:

1. **ACCIDENTE:** Es todo suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del TOMADOR o del ASEGURADO, que cause a este último lesiones corporales.
2. **ENFERMEDAD:** Alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que origine reducción de su capacidad funcional y que requiera tratamiento médico y/o intervención quirúrgica.
3. **ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Enfermedad o lesión que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del contrato o de la inclusión del ASEGURADO en la Póliza, y sea conocida por el TOMADOR o el ASEGURADO.
4. **ENFERMEDAD, DEFECTO O MALFORMACIÓN CONGÉNITA:** Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo humano que existan desde la fecha de nacimiento o antes del mismo. Se considerará enfermedad preexistente si es conocida por el TOMADOR o el ASEGURADO a la fecha de inicio de la vigencia del contrato o de la inclusión del ASEGURADO en la Póliza.
5. **CÁNCER:** Enfermedad que se caracteriza por una multiplicación celular incontrolada, que se manifiesta en la formación de un tumor no encapsulado y que tiene la capacidad de infiltrar los tejidos vecinos y sembrarse en órganos o tejidos distantes, originando tumores secundarios que se denominan metástasis. Su confirmación debe ser sustentada en un estudio histopatológico certificado por un Anatomopatólogo.  
Para efecto de este contrato, se excluye de la presente el carcinoma “in situ” o neoplasia maligna no invasiva, tumores resultantes de cualquier inmunodeficiencia producida por virus, aquellos tipificados como limítrofes o “borderline” así como aquellos que causen lesiones preneoplásicas o premalignas.
6. **CÁNCER FEMENINO:** Se considera Cáncer Femenino, al cáncer originado en los órganos genitales y glándulas mamarias. Cualquier otro órgano afectado diferente a los descritos no entrarán en esta definición.

7. **MÉDICO:** Profesional de la medicina titulado e inscrito en el Ministerio con competencia en materia de salud o en la institución que legalmente corresponda, para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios.
8. **INFORME MÉDICO:** Es un documento emitido por el médico tratante, que resume en forma clara y concisa, la etiología y evolución de la afección o enfermedad y el tratamiento recibido. Dicho informe deberá contener el nombre del médico, su especialidad, el número de su RIF, la matrícula del Ministerio con competencia en materia de salud y el número del Colegio Médico.
9. **INSTITUCIÓN HOSPITALARIA:** Establecimiento permanente con permiso sanitario vigente para suministrar asistencia médica autorizado por el organismo público competente. No serán consideradas instituciones hospitalarias para los efectos de esta Póliza, lugares de descanso, geriátricos, spas, hidroclínicas y cualquier institución que suministre tratamientos similares, centros exclusivos para tratamiento de farmacodependientes, de dipsómanos (alcohólicos), enfermos mentales o desordenes de conducta, ni lugares donde se proporcionen tratamientos naturistas, terapias alternativas y acupuntura.

## **Cláusula 2. RIESGO CUBIERTO DE INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER FEMENINO.**

Para la presente cobertura, el ASEGURADOR pagará la Suma Asegurada descrita en el Cuadro Recibo, en el caso que el ASEGURADO le sea diagnosticado clínicamente y por primera vez, luego de transcurrido el período de carencia descrito en la Cláusula 3. PERÍODO DE CARENCIA de estas Condiciones Particulares, la ocurrencia de un Cáncer Femenino, conforme a lo establecido en la Cláusula 5. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIONES de estas Condiciones Particulares.

El ASEGURADOR se limita a dar cobertura por la primera manifestación u ocurrencia de Cáncer Femenino, por lo tanto, cualquier manifestación posterior a ésta y referida a Cáncer Femenino no estará cubierta por la presente Póliza.

## **Cláusula 3. PERÍODO DE CARENCIA.**

Para la presente Póliza es aplicable un período de carencia de noventa (90) días continuos contados desde el comienzo de su vigencia, como consecuencia de ello, el ASEGURADOR únicamente reconocerá el diagnóstico por Cáncer Femenino cuando éste sea realizado u ocurrido después de transcurrido dicho período de carencia.

#### **Cláusula 4. EXCLUSIONES.**

**El ASEGURADOR no reconocerá como riesgo cubierto por la presente Póliza y por lo tanto no pagará la suma asegurada contratada, cuando el reclamo del ASEGURADO sea a consecuencia de:**

- 1. Infección oportunista y/o neoplasma maligno, si al momento de producirse la enfermedad, el ASEGURADO tuviere el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al HIV (Virus de Inmuno Deficiencia Humana). Las infecciones oportunistas incluirán entre otras a la neumonía y pneumosistis carinü, organismo del virus de enteritis crónica y/o infección disimulada de hongos. El neoplasma maligno, incluirá, entre otros, al Sarcoma de Kaposi, al linfoma del sistema nervioso central y/u otras tumoraciones conocidas en la actualidad o que se conozcan, como causas de enfermedad en presencia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.**
- 2. Cáncer Femenino existente con anterioridad al período de carencia descrito en la Cláusula 3. PERÍODO DE CARENIA de las Condiciones Particulares de esta Póliza, o que se detecte durante dicho período de carencia.**
- 3. Enfermedades preexistentes y enfermedades o malformaciones congénitas.**
- 4. Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, insurrección, rebelión, guerra civil, 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 destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.**
- 5. Epidemias declaradas por una autoridad competente.**
- 6. Radiaciones nucleares, enfermedades o accidentes producidos por la energía atómica, isótopos radioactivos y contraste para diagnósticos, lesiones o enfermedades adquiridas debido a terremotos o debido a cualquier catástrofe natural.**
- 7. Condiciones o complicaciones relacionadas con la dependencia o ingesta de alcohol, drogas, barbitúricos, estupefacientes o psicotrópicas.**
- 8. Enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el Virus de Papiloma Humano.**

9. El diagnóstico médico que haya sido realizado por un Médico relacionado con el ASEGURADO dentro del segundo grado de consanguinidad o de afinidad, o que vivan con éste.
10. La hiperqueratosis, el cáncer de piel escamoso y basocelular, y melanomas de menos de 1,5 mm de grosor Breslow, o menor al nivel 3 de Clark, a menos que exista evidencia de metástasis.

#### **Cláusula 5. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIONES.**

Luego de que al ASEGURADO le diagnostiquen, por primera vez, un Cáncer Femenino, él mismo, su BENEFICIARIO o cualquier otra persona interesada, según sea el caso, deben notificarlo al ASEGURADOR, a más tardar dentro de los quince (15) días continuos y siguientes a la fecha que tengan conocimiento de la ocurrencia del hecho.

Una vez efectuada la notificación, el interesado consignará al ASEGURADOR, dentro de los treinta (30) días continuos y siguientes a la notificación, los siguientes documentos:

- a. Formulario de Declaración de Siniestro que al efecto el ASEGURADOR suministre para tal fin, debidamente diligenciado y firmado por el ASEGURADO.
- b. Original y copia del documento legal que pruebe la identidad del ASEGURADO.
- c. Original y copia de los siguientes documentos (en caso que procedan en función a la localización del Cáncer femenino):
  - i. Marcadores Tumorales.
  - ii. Mamografía de seno, ecografías u otras imágenes diagnósticas compatibles con la presencia de Cáncer Femenino.
  - iii. Resultados de estudios histopatológico del tejido afectado tomado mediante Biopsia, BACAF o cortes de las piezas quirúrgicas en caso necesario.
  - iv. Informe Médico realizado Anatomopatólogo, legalmente autorizado y acreditado para diagnosticar la existencia de Cáncer Femenino en el ASEGURADO, que indique detalles sobre dicho diagnóstico, su etiología, características y tiempo de su evolución.
  - v. Resumen de la Historia Clínica o epicrisis del ASEGURADO.
  - vi. Cualquier otro examen necesario para realizar el diagnóstico de Cáncer Femenino en el ASEGURADO.
- d. Cualquier documento legal que pruebe la identidad del (los) BENEFICIARIO(S). Si algún BENEFICIARIO fuere niño, niña o adolescente, se

requiere la Autorización del Tribunal de Protección del Niño, Niña y del Adolescente.

- e. Certificaciones médicas elaboradas por el Médico tratante (Informe Médico donde se establezca el diagnóstico, etiología, características y tiempo de evolución de la enfermedad que originó el reclamo de la suma asegurada).

Adicionalmente, el ASEGURADOR podrá solicitar en una sola oportunidad y dentro de los quince (15) días continuos y siguientes de haber entregado todos los recaudos antes mencionados, cualquier otro documento que considere necesario para la correcta evaluación de la reclamación efectuada.

#### **Cláusula 6. OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD.**

**El ASEGURADOR quedará relevado de la obligación de indemnizar si el ASEGURADO o los BENEFICIARIOS no suministraren la información solicitada por el ASEGURADOR dentro de los plazos señalados en la Cláusula 5. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIONES de las presentes Condiciones Particulares, a menos que se compruebe que dejó de realizarse por causa extraña no imputable al ASEGURADO o a los BENEFICIARIOS.**

#### **Cláusula 7. EXAMENES FÍSICOS.**

El ASEGURADOR, asumiendo los costos, tendrá el derecho y oportunidad de examinar al ASEGURADO objeto de una reclamación, cuando y tan a menudo como sea razonablemente requerido durante la tramitación de una reclamación. El ASEGURADO hará accesible todos los reportes y archivos médicos, cuando sea requerido, firmará todas las autorizaciones y documentaciones necesarias para dar al ASEGURADOR un historial médico total y completo.

El ASEGURADOR tendrá derecho a solicitar que se efectúe a su propio cargo, en caso del fallecimiento del ASEGURADO, una autopsia o exhumación del cadáver, siempre que las leyes así lo permitan. En ese caso los BENEFICIARIOS deberán prestar conformidad para la obtención de las correspondientes autorizaciones.

#### **Cláusula 8. TERMINACIÓN DE LA PÓLIZA.**

El beneficio contemplado en la presente Póliza no tendrá aplicación y quedará extinguido para el ASEGURADO cuando al ocurrir un siniestro legalmente aceptado y reconocido por el ASEGURADOR que ocasione el pago de la suma asegurada al ASEGURADO o a sus BENEFICIARIOS.

La terminación de la Póliza, no perjudicará cualquier reclamación originada antes de dicha terminación. Las primas pagadas en exceso debido a limitaciones de la Póliza, no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del ASEGURADOR sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses de dichas primas, aun cuando las mismas hubiesen sido aceptadas formalmente por el ASEGURADOR.

### **Cláusula 9. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO.**

La designación del BENEFICIARIO puede ser hecha en la oportunidad de la celebración del contrato de seguro, siempre que no existiere cesión alguna de la Póliza o en un momento posterior, mediante declaración escrita comunicada al ASEGURADOR.

Si la designación se hace a favor de varios BENEFICIARIOS, la prestación convenida se distribuirá de acuerdo al porcentaje que indique el ASEGURADO para cada uno de ellos en la solicitud de seguro, o si es hecha posteriormente, mediante declaración escrita comunicada al ASEGURADOR. En caso que el ASEGURADO no indique cual es el porcentaje de distribución para sus BENEFICIARIOS, la misma será distribuida en partes iguales.

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

A falta de designación de BENEFICIARIOS o en caso de inexactitud o error en el nombre del BENEFICIARIO único que haga imposible su identificación, la prestación convenida se pagará en partes iguales a los herederos legales del ASEGURADO.

A falta de designación de la proporción que corresponda 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 que algún BENEFICIARIO falleciere antes o simultáneamente con el ASEGURADO, la parte que le corresponda acrecerá a favor de los demás BENEFICIARIOS sobrevivientes, y si todos hubiesen fallecido, la prestación convenida se hará a favor de los herederos legales del ASEGURADO. A los efectos del seguro, se presume que el BENEFICIARIO de que se trate ha fallecido simultáneamente con el ASEGURADO cuando el suceso que da origen al fallecimiento ocurra en un mismo momento, independientemente de que el fallecimiento ocurra en una fecha posterior.

#### **Cláusula 10. DECLARACION FALSA DE LA EDAD.**

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del ASEGURADO sin que se demuestre que haya dolo o mala fe, el ASEGURADOR no podrá resolver unilateralmente la Póliza a menos que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por el ASEGURADOR, pero en este caso se devolverá al ASEGURADO la prima cobrada correspondiente a la persona que declaró su edad en forma inexacta.

Si la edad del ASEGURADO estuviese comprendida dentro de dichos límites, se aplicarán las reglas siguientes:

- 1- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación del ASEGURADOR se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- 2- Si el ASEGURADOR hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del ASEGURADO, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- 3- Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, el ASEGURADOR estará obligado a rembolsar el exceso de las primas percibidas, sin intereses. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- 4- Si con posterioridad a la muerte del ASEGURADO se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la Solicitud de Seguro, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, el ASEGURADOR estará obligado a pagar al ASEGURADO la suma que por las primas canceladas corresponda de acuerdo con la edad real.



Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

---

**POR EL ASEGURADOR**

---

**EL TOMADOR**

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° 0789 de fecha 15/02/2005.

## **PÓLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO FUNERARIO**

**SEGUROS VENEZUELA, C.A.**, sociedad mercantil constituida con domicilio en la Av. Francisco de Miranda, Edif. Seguros Venezuela, pisos 8 y 9, Campo Alegre,, Municipio Chacao, Estado Miranda, Caracas , e inscrita inicialmente en el Registro Mercantil de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal (ahora Capital) y Estado Miranda, en fecha 26 de julio de 1948, bajo el N° 602, Tomo 3-C, cuya última reforma de sus Estatutos Sociales quedó inscrita en la Oficina de Registro Mercantil antes citada, en fecha 16 de julio de 2012, bajo el N° 26, Tomo 132-A, R.I.F. N° J-00034036-6 e inscrita por ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el Nro. 24, representada en este acto por el ciudadano **ENRIQUE BANCHIERI ORTIZ**, de nacionalidad chilena, mayor de edad, de este domicilio, titular de la Cédula de Identidad Nro. E-82.195.861, actuando con el carácter de Presidente Ejecutivo de dicha empresa, suficientemente autorizado para este acto por sus Estatutos Sociales y ratificado su nombramiento en Reunión de Junta Directiva N° 1557 celebrada el 03-03-2011, debidamente inscrita en el Registro Mercantil Primero del Distrito Capital, en fecha primero (01) de septiembre de 2011, bajo el N° 18, Tomo 183-A, y el TOMADOR, identificado en el CUADRO RECIBO, han convenido en suscribir el presente contrato de seguro, el cual está conformado y se regirá de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza Individual de Seguro Funerario, en el Cuadro Recibo, en las declaraciones del TOMADOR, en la información contenida en la solicitud de seguro, en los Anexos (si los hubiere) y demás documentos que formen parte integrante del mismo.

### **CONDICIONES GENERALES**

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

**Mediante el presente contrato de seguro, el ASEGURADOR se compromete a amparar los Riesgos Cubiertos indicados en las Condiciones Particulares y Anexos si los hubiere, y a indemnizar las prestaciones, producto de la muerte del ASEGURADO, por la Suma Asegurada contratada indicada en el Cuadro Recibo y sujeto a las condiciones de la Póliza.**

#### **Cláusula 2. DEFINICIONES.**

Para todos los fines relacionados con este contrato de seguro, queda expresamente y convenido que cada uno de los siguientes términos sólo tendrá la acepción que a continuación se les asigna:

- 1. ASEGURADOR:** Seguros Venezuela, C.A., la empresa aseguradora quien asume los Riesgos Cubiertos en las Condiciones Particulares y Anexos, de la presente 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(S):** Es(son) la(s) persona(s) natural(es) que en sí misma(s) está(n) expuesta(s) a los Riesgos Cubiertos por la presente Póliza y se encuentra(n) amparada(s) por este contrato de seguro, ya sea el ASEGURADO TITULAR o cualquiera de los ASEGURADOS DEPENDIENTES.
4. **ASEGURADO TITULAR:** Persona natural sobre la cual se emite el seguro, que al momento de suscribir la póliza tenga una edad menor de sesenta y cinco (65) años.
5. **ASEGURADO DEPENDIENTE:** Puede ser cualquier integrante del grupo familiar del ASEGURADO, descrito en la respectiva solicitud de seguro. Es condición expresa que al momento de ser solicitada la inclusión de dichos familiares, se deberá efectuar una declaración de salud (siempre y cuando el ASEGURADOR así lo requiera) a través del formulario que el ASEGURADOR disponga para tal fin.  
Para efecto de la Póliza, el grupo familiar de ASEGURADO TITULAR solo lo conforman las siguientes personas:
  - El Cónyuge o la persona con quien tenga unión estable de hecho, siempre que tenga una edad menor o igual a setenta y cinco (75) años al momento de adherirse a la Póliza.
  - Los hijos solteros, siempre que tengan una edad menor de veintitrés (23) años al momento de adherirse a la Póliza.
  - Sus padres, siempre que tenga una edad menor o igual a setenta y cinco (75) años al momento de adherirse a la Póliza.
6. **BENEFICIARIO:** Es la persona natural o jurídica que tiene el derecho de recibir del ASEGURADOR la(s) indemnización(es) a que hubiera lugar en virtud de esta Póliza, designada por el ASEGURADO TITULAR en la Solicitud de Seguro.
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, el CUADRO RECIBO y los anexos.
9. **CUADRO RECIBO:** Documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: Número de la Póliza, el nombre del TOMADOR, identificación completa del ASEGURADOR y domicilio principal, dirección del TOMADOR, dirección de cobro, nombre y código del intermediario de seguros, periodo de vigencia del seguro, Suma Asegurada, monto de la PRIMA, forma y lugar de pago de la PRIMA y firmas del ASEGURADOR y del TOMADOR.

- 10. PRIMA:** Es la única contraprestación pagadera en dinero que, en función del Riesgo, debe pagar el TOMADOR al ASEGURADOR en virtud de la celebración del contrato de seguro.
- 11. SUMA ASEGURADA:** Es el límite máximo de responsabilidad del ASEGURADOR, indicada en el CUADRO RECIBO, según sea el caso, contratada por el TOMADOR para los Riesgos Cubiertos de la presente Póliza..
- 12. CONDICIONES PARTICULARES:** Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.
- 13. EDAD:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del cumpleaños más cercano a la fecha de comienzo de este contrato de seguro o de la fecha de renovación. El ASEGURADOR tiene derecho a exigir pruebas satisfactorias de la EDAD del ASEGURADO.
- 14. SINIESTRO:** El Siniestro es el acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte del ASEGURADOR.
- 15. RIESGO:** Es el suceso futuro e incierto que no depende exclusivamente de la voluntad del TOMADOR o del ASEGURADO, y cuya materialización da origen a la obligación del ASEGURADOR.
- 16. INDEMNIZACIÓN:** Es la suma que debe pagar el ASEGURADOR en caso de que ocurra el Siniestro cubierto por la presente Póliza.

### Cláusula 3 VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

El ASEGURADOR asume las consecuencias de los Riesgos Cubiertos a partir de la fecha de la celebración del contrato de seguro, lo cual se producirá una vez que el TOMADOR notifique su consentimiento a la proposición formulada por el ASEGURADOR, o cuando éste participe su aceptación a la solicitud efectuada por el TOMADOR, según corresponda.

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

### Cláusula 4 RENOVACIÓN.

El contrato de seguro se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día del período de vigencia anterior de la Póliza y por un plazo igual, siempre que el TOMADOR pague la PRIMA correspondiente al nuevo periodo 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 de seguro, 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 a la conclusión del período de vigencia de la Póliza en curso.

#### **Cláusula 5 PAGO DE PRIMAS.**

El TOMADOR debe la PRIMA desde el momento de la celebración del contrato, pero aquélla no será exigible sino contra la entrega por parte del ASEGURADOR de la Póliza, del CUADRO RECIBO o de la Nota de Cobertura Provisional. El plazo establecido para que el TOMADOR pague la primera PRIMA de este contrato de seguro es de treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de dicho contrato. En caso de que la PRIMA no sea pagada en la fecha de su exigibilidad o se haga imposible su cobro por causa imputable al TOMADOR, el ASEGURADOR tendrá derecho a resolver la Póliza o a exigir el pago de la PRIMA debida con fundamento en la Póliza.

Contra el pago de la PRIMA, el ASEGURADOR entregará al TOMADOR el CUADRO RECIBO 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, aún cuando aquellas hubieren sido aceptadas formalmente por el ASEGURADOR

El pago de la PRIMA deberá ser efectuado por el TOMADOR, en la fecha de exigibilidad de la misma y 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.

La primera PRIMA que ha de pagar el TOMADOR se hará constar en el CUADRO RECIBO y de acuerdo con el total de ASEGURADOS especificados en las solicitudes de seguros para el momento de la emisión de la Póliza, determinándose en base a la TARIFA DE PRIMA vigente del ASEGURADOR y a los factores que integran dicha tarifa. Dentro del periodo de vigencia correspondiente a la PRIMA pagada por el TOMADOR, en el inicio del contrato de seguro o en su renovación, según sea el caso, el ASEGURADOR podrá realizar ajustes de la PRIMA en base a los ingresos y egresos de ASEGURADOS en dicho periodo, emitiendo a tal efecto, el recibo de PRIMA correspondiente con una relación de dichos ingresos y egresos de ASEGURADOS.

El ajuste de PRIMAS correspondientes a cualquier cambio en la Suma Asegurada se hará en la fecha del pago de la PRIMA subsiguiente a dicho cambio.



A elección del TOMADOR y por convenio expreso, el pago de las PRIMAS de la presente Póliza podrá ser realizado, además de anuales, en cuotas semestrales, trimestrales o mensuales, modalidad que se indicará en el CUADRO RECIBO.

En caso de haberse convenido el pago de la prima en cuotas periódicas y ocurriese un siniestro cubierto por la presente Póliza, el TOMADOR, el ASEGURADO TITULAR, su(s) BENEFICIARIO(S) o Heredero(s) Legal(es), según sea el caso, tendrán la obligación de pagar las cuotas de primas no pagadas correspondiente a la anualidad, en caso contrario la misma será deducida de la indemnización a que hubiere lugar por la Póliza.

El TOMADOR podrá solicitar cambiar la forma de pago de las PRIMAS, antes de la fecha de exigibilidad de la siguiente PRIMA.

#### **Cláusula 6 PLAZO DE GRACIA.**

El ASEGURADOR concede un plazo de gracia de treinta (30) días continuos para el pago de las PRIMAS de renovación, contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia anterior y en el caso de que se haya convenido en el pago de la PRIMA mediante cuotas, se conceden quince (15) días continuos y siguientes contados a partir de la fecha de finalización de la última cuota de la PRIMA pagada, 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 PRIMA pendiente de pago o de las cuotas pendientes para la anualidad de la prima. Si el monto indemnizable es menor a la PRIMA a descontar, el TOMADOR deberá pagar, antes de finalizar el período 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, la Póliza se considerará prorrogada solamente por el período que resultare de dividir el monto del siniestro indemnizable entre la PRIMA correspondiente al período de cobertura a ser renovado multiplicado por el número de días que contenga dicho período.

El Plazo de Gracia no procederá si una de las partes notificara a la otra su voluntad de no prorrogar, según lo descrito en la Cláusula 4. RENOVACION.

#### **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**

- engañoso, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios.
2. Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del TOMADOR, del ASEGURADO o del BENEFICIARIO.
  3. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del TOMADOR, del ASEGURADO o del BENEFICIARIO. No obstante, el ASEGURADOR estará obligado al pago de la Prestación o de la Indemnización, según sea el caso, 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 de seguro y continúa después de que los riesgos hayan empezado a correr por cuenta del ASEGURADOR.
  5. Si el TOMADOR, el ASEGURADO o el BENEFICIARIO no notificare el Siniestro dentro de los treinta (30) días continuos siguientes de haber conocido la ocurrencia del mismo, salvo por causa extraña no imputable al TOMADOR, el ASEGURADO o el BENEFICIARIO.
  6. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares y anexos de la Póliza.

#### **Cláusula 8 ANEXOS.**

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 fuere el caso, el TOMADOR deberá pagar la PRIMA correspondiente contra la entrega del CUADRO RECIBO correspondiente.

Los Anexos de la Póliza 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 9 DECLARACIONES INEXACTAS EN LA SOLICITUD.**

El TOMADOR y el ASEGURADO tienen el deber, antes de la celebración del contrato, de declarar con exactitud al ASEGURADOR, de acuerdo con el cuestionario que éste le proporcione o los requerimientos que le indique, los datos personales del ASEGURADO Titular y de los DEPENDIENTES, y todas las circunstancias por ellos conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

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 seguro, que puede influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustarlo 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 período 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 o de la indemnización, según sea el caso, 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 10 INDISPUTABILIDAD.**

El ASEGURADOR no podrá impugnar este contrato de seguro 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 o la Indemnización, según sea el caso, y de la devolución de PRIMA no consumida.

#### **Cláusula 11 FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE.**

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del TOMADOR, del BENEFICIARIO o del ASEGURADO debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato de seguro, si son de tal naturaleza que el ASEGURADOR de haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

**Cláusula 12 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 por parte del ASEGURADO o del BENEFICIARIO, según sea el caso, salvo por causa extraña no imputable al ASEGURADOR.

**Cláusula 13 RECHAZO DEL SINIESTRO.**

El ASEGURADOR deberá notificar por escrito al ASEGURADO o al BENEFICIARIO, según sea el caso, 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 14 ARBITRAJE.**

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato. La tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil.

El Superintendente de la Actividad Aseguradora podrá actuar como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de las controversias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato. En este supuesto, la tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en las normas para regular los mecanismos alternativos de solución de conflictos en la actividad aseguradora.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

**Cláusula 15 CADUCIDAD.**

El TOMADOR, el ASEGURADO o el BENEFICIARIO, perderán todo derecho a ejercer una acción judicial contra el ASEGURADOR o convenir con éste el Arbitraje previsto en la **Cláusula 14 ARBITRAJE** de estas Condiciones Generales, si no lo hubieren hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación:

1. En caso de rechazo del Siniestro, un (1) año contado a partir de la fecha de notificación de rechazo.
2. En caso de inconformidad con el pago de una indemnización, un (1) año contado a partir de la fecha en que el ASEGURADOR hubiere efectuado el pago.
3. En caso de inconformidad con la prestación del servicio, un (1) año contado a partir de la fecha en que el ASEGURADOR hubiese 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 cláusula, se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea consignado el libelo de demanda por ante el tribunal competente.

**Cláusula 16 EFECTOS DE LAS NOTIFICACIONES AL INTERMEDIARIO.**

Las comunicaciones entregadas a un intermediario de seguros producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte.

**Cláusula 17 MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA.**

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

Las modificaciones se harán constar mediante anexos, debidamente firmados por un representante del ASEGURADOR y del TOMADOR, los cuales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales de la Póliza.

Si alguna modificación requiere el pago de una PRIMA adicional, se aplicará lo dispuesto en la cláusula tres (3) **VIGENCIA DE LA PÓLIZA** y cinco (5) **PAGO DE PRIMAS** de estas Condiciones Generales.

La modificación de la Suma Asegurada requerirá aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por el ASEGURADOR con la emisión del CUADRO RECIBO, en el que se modifique la Suma Asegurada, y por parte del TOMADOR mediante comunicación por escrito o por el pago de la diferencia de la PRIMA correspondiente, si la hubiere.

Se consideran aceptadas las solicitudes escritas de prorrogar o modificar la Póliza o de rehabilitar la Póliza suspendida, si el ASEGURADOR no rechaza la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido.

**Cláusula 18 CESIÓN.**

La presente Póliza y los beneficios ANEXOS no podrán ser objetos de cesión.

### **Cláusula 19 PRESCRIPCIÓN**

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

### **Cláusula 20 SUBROGACIÓN DE DERECHOS.**

El ASEGURADOR queda subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto indemnizado, en los derechos y acciones del ASEGURADO o del BENEFICIARIO 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, por la persona con quien mantenga unión estable de hecho, por otros parientes del ASEGURADO o personas que convivan permanentemente con él o por las personas por las que deba responder civilmente.

El ASEGURADO o el BENEFICIARIO, según sea el caso, no podrán, en ningún momento, renunciar a sus derechos de recobrar de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado, so pena de perder todo derecho a indemnización bajo la Póliza. En caso de siniestro, el ASEGURADO o el BENEFICIARIO, según sea el caso, están 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 de la indemnización.

Si el ASEGURADO incumpliere lo establecido en esta Cláusula perderá el derecho a la Indemnización que le otorga esta Póliza, a menos que compruebe que el incumplimiento dejó de realizarse por causa extraña no imputable a él o a ellos.

### **Cláusula 21 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 22 DOMICILIO.**

Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse de la Póliza, las partes eligen como domicilio especial, único y excluyente de cualquier otro, la ciudad donde se celebró el contrato de seguro, a cuya jurisdicción declaran las partes someterse.

**Por SEGUROS VENEZUELA C.A.**

**Firma EI ASEGURADOR**

**Firma EI TOMADOR**

**APROBADA EN OFICIO N° 4474 EN FECHA 29-04-2013**

## PÒLIZA INDIVIDUAL DE SEGURO FUNERARIO

### CONDICIONES PARTICULARES

#### Cláusula 1 DEFINICIONES PARTICULARES.

Para todos los fines relacionados con este contrato de seguro, queda expresamente y convenido que cada uno de los siguientes términos sólo tendrá la acepción que a continuación se les asigna:

1. **ACCIDENTE:** es todo suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del Tomador o del ASEGURADO, que cause lesiones corporales en el ASEGURADO.
2. **INFORME MÉDICO:** Es un documento emitido por el médico tratante, que resume en forma clara y concisa, la etiología y evolución de la afección o enfermedad que origina la muerte del ASEGURADO. Dicho informe deberá contener el nombre del médico, su especialidad, el número de su RIF, la Matricula del Ministerio de Salud y Desarrollo Social y el número del Colegio Médico.
3. **EMPRESA PRESTADORA DE SERVICIO FUNERARIO:** Persona Jurídica legalmente establecida para prestar los servicios funerarios en caso de fallecimiento del ASEGURADO.

#### Cláusula 2 RIESGO CUBIERTO.

El ASEGURADOR se compromete a pagar en caso de fallecimiento del ASEGURADO, ocurrido dentro de la Vigencia de la Póliza y de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares estipuladas en la misma, la Suma Asegurada vigente al momento de la ocurrencia de dicho fallecimiento y descrita en el CUADRO RECIBO, conforme a lo establecido en la Cláusula 7 PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIONES de estas Condiciones Particulares.

La presente Póliza solo ampara únicamente a las personas inscritas en el seguro, para las cuales haya indicado, en cada caso, la Suma Asegurada y las PRIMAS en el CUADRO RECIBO.

#### Cláusula 3 SERVICIOS FUNERARIOS.

A efectos de esta Póliza, se consideran servicios funerarios los gastos incurridos por la atención funeraria del ASEGURADO fallecido referentes a:

1. Ataúd.
2. Servicio de Capilla y Cafetín.
3. Oficios religiosos.

4. Cruz de Flores Naturales.
5. Carroza fúnebre para sepelio y dos (2) vehículos de acompañamiento para el sepelio.
6. Traslado del fallecido, dentro del territorio nacional, al sitio donde se va a celebrar el sepelio.
7. Preparación y arreglo del fallecido (normal).
8. Servicio de cremación o el servicio de inhumación, éste último contempla una parcela en un cementerio privado, o municipal en su defecto, de la localidad donde deba efectuarse el sepelio, con un máximo de dos (2) puestos.
9. Invitación por la prensa o emisora local.
10. Realizar las diligencias de Ley, necesarias para el sepelio.
11. Derechos de Lápida.

En caso de fallecimiento del ASEGURADO TITULAR esta Póliza continuará en vigor para sus ASEGURADOS DEPENDIENTES, hasta finalizar la vigencia de la misma, a partir de este momento los ASEGURADOS DEPENDIENTES podrán contratar una póliza individual funeraria con Seguros Venezuela y de esta manera conservar los beneficios adquiridos.

#### **Cláusula 4. PLAZOS DE ESPERA:**

El beneficio previsto en el Riesgo Cubierto de Seguros Funerarios surtirá efecto, una vez transcurridos los Plazos de Espera que se especifican a continuación:

- 1- Tres (03) meses contados a partir del inicio de la póliza o de la inclusión de un ASEGURADO en la póliza.
- 2- Sin plazo de espera para los casos en que el fallecimiento del ASEGURADO sea a consecuencia de un accidente.

En caso de que fuera solicitado un aumento de la SUMA ASEGURADA de la Póliza y el mismo fuere aceptado por el ASEGURADOR, se aplicarán los mismos Plazos de Espera para la diferencia entre la nueva SUMA ASEGURADA y la SUMA ASEGURADA anterior al aumento.

#### **Cláusula 5 EXCLUSIÓN TEMPORAL.**

Los beneficios previstos en esta Póliza no tendrán efectos si el fallecimiento del ASEGURADO es a consecuencia de suicidio ocurrido dentro del periodo de un (1) año contado a partir de la fecha de su inscripción en la Póliza.

#### **Cláusula 6 MODALIDADES PARA PAGAR EL SINIESTRO.**

La Indemnización que pagará el ASEGURADOR, se realizará de acuerdo con la elección que hayan hecho el ASEGURADO TITULAR, los BENEFICIARIOS o cualquier otro interesado, según sea el caso, para reclamar el Siniestro, es decir:

- 1- A través del servicio de asistencia funeraria:  
Esta opción consiste en que el ASEGURADOR pagará los gastos funerarios incurridos por el servicio de asistencia funeraria prestado al ASEGURADO fallecido, hasta por la Suma Asegurada vigente para el momento de dicho fallecimiento, a la EMPRESA PRESTADORA DE SERVICIO FUNERARIO.  
En caso que los Gastos Funerarios no superan la Suma Asegurada, el ASEGURADOR pagará la diferencia que resulte entre la Suma Asegurada y los gastos funerarios incurridos al ASEGURADO TITULAR, o en caso de ser él la persona fallecida, a sus BENEFICIARIOS.
- 2- Por reembolso de gastos funerarios:  
En caso de que por alguna razón no se haya otorgado o elegido el servicio de asistencia funeraria, el ASEGURADOR pagará los gastos funerarios incurridos, tomando como límite del pago la Suma Asegurada, a la siguiente persona:
  - 2.1 En primer lugar a la persona que demuestre fehacientemente y dentro de un plazo de treinta (30) días continuos, contados desde la fecha de haber conocido la ocurrencia del siniestro, haber incurridos en dichos gastos en atención del ASEGURADO fallecido o,
  - 2.2 El ASEGURADO TITULAR o, en caso de ser él la persona fallecida, a sus BENEFICIARIOS.

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

Cuando la forma de presentar la reclamación sea por reembolso de gastos funerarios, el ASEGURADO, el(los) BENEFICIARIO(S) o cualquier otro interesado, según sea el caso, deberá dar aviso por escrito al ASEGURADOR en un plazo no mayor de treinta (30) días continuos, contados a partir de la fecha que tenga conocimiento del Siniestro, indicando fecha, lugar y circunstancia en que ocurrió el mismo, y mencionando si han intervenido la autoridades competentes.

El ASEGURADOR establece un plazo de sesenta (60) días continuos, contados desde la fecha de haber conocido la ocurrencia del siniestro, para la presentación de los documentos requeridos a continuación, en caso de reclamación de la Suma Asegurada bajo la opción de Reembolso de Gastos Funerarios:

1. Declaración por escrito del reclamo a través de los formularios que al efecto suministra el ASEGURADOR para tal fin.
2. Acta de Defunción y cualquier documento legal que pruebe la identidad del ASEGURADO fallecido.
3. Cualquier documento legal que pruebe la identidad del (los) BENEFICIARIO(S). Si el BENEFICIARIO fuere un niño, niña o adolescente se requiere la Autorización del Tribunal de Protección del Niño, Niña y del Adolescente.
4. Certificaciones Médicas elaboradas por el Médico tratante (Informe Médico) donde se establezca el diagnóstico, etiología, características y tiempo de evolución de la enfermedad que originó el fallecimiento del ASEGURADO.
5. Facturas y recibos, de acuerdo a los requerimientos del Servicio Nacional Integrado de Administración Tributaria (SENIAT), en originales, concernientes a servicios prestados y dispensados con ocasión del fallecimiento del ASEGURADO por instituciones proveedoras de servicios funerarios que se encuentren autorizadas legalmente.
6. Si se tratare de un accidente, se requerirá una declaración por escrito con todos los detalles referentes al accidente y las circunstancias en que se produjo, la cual se suministrará de ser posible por la persona que demande el beneficio de este Anexo.
7. En caso de Accidente Automovilístico informe de las Autoridades Competentes.

El ASEGURADOR podrá solicitar, por una sola vez, cualquier otro documento que considere necesario para la correcta evaluación de la reclamación efectuada. Dicha solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los quince (15) días hábiles continuos y siguientes a la fecha que se entregue al ASEGURADOR el último de los documentos requeridos en los literales anteriores. En este caso, se establece un plazo de treinta (30) días continuos y siguientes para ser entregados estos nuevos recaudos solicitados por el ASEGURADOR, contados a partir de la fecha de solicitud, salvo causa extraña no imputable a las personas interesadas en el pago del reclamo.

En caso que se opte por presentar la reclamación bajo la modalidad de servicio de asistencia funeraria, el procedimiento será el siguiente:

1. Ocurrido el deceso, el(los) BENEFICIARIO(S) o cualquier otro interesado, según sea el caso, deberán comunicarse con LA EMPRESA PRESTADORA DE SERVICIO FUNERARIO, cuyo nombre y teléfono aparece indicados en el CUADRO RECIBO, informando el nombre y el número de cédula del ASEGURADO, información que servirá para constatar su estado como ASEGURADO con el ASEGURADOR.

2. Confirmado el estado de la persona fallecida como ASEGURADO, la Empresa Prestadora de Servicio Funerario asesorará al BENEFICIARIO o al interesado, en función a la elección que deba hacer de la funeraria, de acuerdo a una red de funerarias presentada por la EMPRESA PRESTADORA DE SERVICIO FUNERARIO, así como la elección que deba hacer sobre parcela en algún cementerio de la República Bolivariana de Venezuela.
3. Elegida la funeraria y la parcela por el BENEFICIARIO o cualquier otro interesado, según sea el caso, la EMPRESA PRESTADORA DE SERVICIO FUNERARIO indicará el gasto funerario que se incurrirá por el servicio y la cantidad que el ASEGURADOR reconocerá como monto indemnizable, el cual no podrá ser mayor a la SUMA ASEGURADA.

#### **Cláusula 8 EXCLUSIONES.**

**Esta Póliza no tendrá validez si el fallecimiento del ASEGURADO ocurre como consecuencia de:**

- a. **Cualquier enfermedad existente antes de la emisión de la Póliza que, siendo conocida por el ASEGURADO no haya sido declarada en la solicitud de Seguro.**
- b. **Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra intestina, guerra civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o cualquier acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con cualquier organización que realice actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o violencia**
- c. **El uso y empleo de la energía atómica y/o nuclear, utilización de armas nucleares, fisión o fusión nuclear, contaminación radiactiva.**
- d. **Terremoto, maremoto, vientos huracanados, erupciones volcánicas y otros eventos naturales de magnitudes catastróficas.**
- e. **Su participación en riñas, alteraciones del orden público, actos delictivos y sucesos que ocurran durante el cumplimiento del servicio militar.**
- f. **Epidemias o Pandemias declaradas por autoridades competentes.**

#### **Cláusula 9 TERMINACIÓN DE LA POLIZA.**

El beneficio contemplado en la presente Póliza no tendrá aplicación y quedará extinguido para el ASEGURADO en los siguientes casos:

- 1- Para cada hijo incluido como ASEGURADO DEPENDIENTE en la fecha de renovación de la Póliza donde haya alcanzado la edad de veinte y seis (26) años de edad. Al cumplir los 26 años podrán contratar una póliza individual



funeraria con Seguros Venezuela y de esta manera conservar los beneficios adquiridos.

La terminación de la Póliza, no perjudicará cualquier reclamación originada antes de dicha terminación. Las PRIMAS pagadas en exceso debido a limitaciones de la Póliza, no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del ASEGURADOR sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses de dichas PRIMAS, aun cuando las mismas hubiesen sido aceptadas formalmente por el ASEGURADOR.

#### **Cláusula 10 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO.**

La designación del BENEFICIARIO puede ser hecha en la oportunidad de la celebración del contrato de seguro, siempre que no existiere cesión alguna de la Póliza o en un momento posterior, mediante declaración escrita comunicada al ASEGURADOR.

Si la designación se hace a favor de varios BENEFICIARIOS, la prestación convenida se distribuirá de acuerdo al porcentaje que indique el ASEGURADO TITULAR para cada uno de ellos en la solicitud de seguro, o si es hecha posteriormente, mediante declaración escrita comunicada al ASEGURADOR. En caso que el ASEGURADO TITULAR no indique cual es el porcentaje de distribución para sus BENEFICIARIOS, la misma será distribuida en partes iguales.

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

A falta de designación de BENEFICIARIOS o en caso de inexactitud o error en el nombre del BENEFICIARIO único que haga imposible su identificación, la prestación convenida se pagará en partes iguales a los herederos legales del ASEGURADO TITULAR.

A falta de designación de la proporción que corresponda a todos los BENEFICIARIOS o para alguno en particular, la 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 TITULAR, sin mayor especificación, se considerarán como BENEFICIARIOS aquellos que tengan

la condición de herederos legales, para el momento del fallecimiento del ASEGURADO TITULAR.

En caso de que algún BENEFICIARIO falleciere antes o simultáneamente con el ASEGURADO TITULAR, la parte que le corresponda acrecerá a favor de los demás BENEFICIARIOS sobrevivientes, y si todos hubiesen fallecido, la prestación convenida se hará a favor de los herederos legales del ASEGURADO TITULAR. A los efectos del seguro, se presume que el BENEFICIARIO de que se trate ha fallecido simultáneamente con el ASEGURADO TITULAR cuando el suceso que da origen al fallecimiento ocurra en un mismo momento, independientemente de que el fallecimiento ocurra en una fecha posterior.

**Cláusula 11 OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD.**

**El ASEGURADOR quedará relevado de la obligación de indemnizar si los BENEFICIARIOS no suministraren la información solicitada por El ASEGURADOR dentro de los plazos señalados en la Cláusula 7 PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIONES de las presentes Condiciones Particulares, a menos que se compruebe que dejó de realizarse por causa extraña no imputable a los BENEFICIARIOS.**

**Cláusula 12 DECLARACION FALSA DE LA EDAD:**

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del ASEGURADO sin que se demuestre que haya dolo o mala fe, el ASEGURADOR no podrá resolver unilateralmente la Póliza a menos que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por el ASEGURADOR, pero en este caso se devolverá al ASEGURADO la Prima cobrada correspondiente a la persona que declaró su edad en forma inexacta.

Si la edad del ASEGURADO estuviese comprendida dentro de dichos límites, se aplicarán las reglas siguientes:

- 1- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pagare una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación del ASEGURADOR se reducirá en la proporción que exista entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del Contrato de Seguro.
- 2- Si el ASEGURADOR hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del ASEGURADO, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.

- 3- Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, el ASEGURADOR estará obligado a rembolsar el exceso de las PRIMAS percibidas, sin intereses. Las PRIMAS ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- 4- Si con posterioridad a la muerte del ASEGURADO se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud de seguro, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, el ASEGURADOR estará obligado a pagar al ASEGURADO la suma que por las PRIMAS canceladas corresponda de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del Contrato de Seguro.

**Por SEGUROS VENEZUELA C.A.**

**Firma El ASEGURADOR**

**Firma El TOMADOR**

**APROBADA EN OFICIO N° 4474 EN FECHA 29-04-2013. .**

## ANEXO SERVICIO ODONTOLÓGICO PLAN DENTAL IV (ALTOCENTRO)

Para ser adherido y formar parte integrante de la Póliza de \_\_\_\_\_  
N° \_\_\_\_\_ emitida a nombre de: \_\_\_\_\_  
contratada por el TOMADOR: \_\_\_\_\_  
Productor de Seguro: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_  
Vigencia del Anexo: desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

### Cláusula 1 OBJETO

Mediante este Anexo de personas, el ASEGURADOR se obliga dentro de los límites establecidos en el mismo, a prestar los servicios o pagar los gastos ocasionados por el ASEGURADO, de acuerdo a los Riesgos Cubiertos definidos en la Cláusula tres (3) del presente Anexo. A su vez el TOMADOR se obliga a pagar la Prima adicional correspondiente contra la entrega del presente Anexo, del CUADRO RECIBO o de la nota de cobertura provisional.

### Cláusula 2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

Para todos los fines relacionados con este Anexo, queda expresamente convenido que cada uno de los siguientes términos sólo tendrá la acepción que a continuación se les asigna:

1. **ASEGURADO:** Persona natural que presta sus servicios bajo relación de dependencia con el TOMADOR y que en virtud de esa relación, tiene derecho a los beneficios que otorga el ASEGURADOR de acuerdo con la Póliza a la cual este documento se Anexa, siempre que haya formalizado su inscripción en la Póliza, en este Anexo y que al momento de incorporarse a la Póliza sea menor de setenta (70) años de edad.
2. **Red de Odontólogos:** Proveedores de Servicios odontológicos con los cuales el ASEGURADOR ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto de este Anexo.
3. **CUADRO RECIBO:** Documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: Número de la Póliza, el nombre del TOMADOR, dirección del TOMADOR, dirección de cobro, nombre del intermediario de seguros, Vigencia del Seguro, Suma Asegurada, Prima, lugar y forma de pago de la Prima y firmas del ASEGURADOR y del TOMADOR.

- 4. Diagnóstico y Prevención:** Es la primera fase, la cual se realiza en la primera consulta para establecer que enfermedad dental presenta el paciente y determinar el plan de tratamiento.
- 5. Examen clínico:** Fase donde se realiza la historia clínica para conocer la salud general y bucal del paciente, mediante la exploración extrabucal e intrabucal del mismo, con la finalidad de establecer el diagnóstico y planes de tratamiento; así como los honorarios profesionales para los tratamientos especializados que no incluyen planes.
- 6. Radiografías Coronales:** Tipo de radiografía intraoral que permite al odontólogo diagnosticar caries interproximales de los dientes posteriores y observar las crestas óseas interdentarias.
- 7. Profilaxis y Tartrectomía:** Remoción de placa y cálculo a través de procedimientos de raspado y pulido de superficies dentales.
- 8. Raspados y Alisados Radiculares:** Eliminación de cálculo e irritantes locales en superficies subgingivales.
- 9. Cirugía Periodonta:** tratamiento quirúrgico de tejidos de soporte.
- 10. Aplicación tópica de Flúor:** Colocación de flúor sobre la superficie de los dientes para introducir remineralización del esmalte.
- 11. Sellantes de Fosas y Fisuras:** Material resinoso fotocurado que se aplica en la superficie superior de los dientes para evitar el cúmulo de alimentos y la posterior formación de caries.
- 12. Restauraciones de resina estética o amalgama:** Reconstrucción de cualesquiera de las paredes o partes de las piezas dentarias cavitadas por procesos de caries. El material a emplear dependerá del diagnóstico particular de cada diente.
- 13. Restauraciones y bases Cavitarias de vidrio ionomérico:** Cemento dental que libera flúor que se emplea para restaurar zonas erosionadas del margen gingival y como base para grandes restauraciones de resina o amalgama.
- 14. Extracciones Simples:** Remoción quirúrgica de un diente mediante el uso de fórceps y elevadores. No requiere sutura ni segmentación de la pieza dental.
- 15. Extracciones Complejas:** remoción quirúrgica de un diente mediante el uso de fórceps y elevadores. Requiere sutura y posible segmentación de la pieza dental.
- 16. Tratamiento de conducto Mono o multirradicular:** Eliminación del nervio o pulpa dental.
  - a. **Monorradicular:** una sola (1) raíz o conducto.
  - b. **Multirradicular:** diente de dos (2) o mas raíces y conductos.
- 17. Curas Formocresoladas:** Procedimiento de emergencia que se realiza en niños y consiste en eliminar el nervio o pulpa dental y colocar un medicamento denominado formocresol.
- 18. Pulpectomías sin límites:** Procedimiento de emergencia que consiste en la eliminación total del nervio o pulpa dental.

- 19. Blanqueamiento dental:** es el proceso que se utiliza para tratar los dientes con fines estéticos, eliminando el efecto de manchas o coloraciones de origen extrínseco o intrínseco
- 20. Ortodoncia:** Rama de la odontología que estudia las malformaciones y defectos de la dentadura y su tratamiento.
- 21. Prótesis dental:** sobredentaduras, prótesis completas y prótesis parciales): los dientes perdidos pueden reemplazarse con prótesis completas y parciales. Las prótesis se pueden fabricar para que luzcan y se sientan como dientes reales; y se adaptan individualmente a la boca de cada paciente. Las sobredentaduras se ajustan sobre los dientes naturales remanentes como soporte y son más estables que las prótesis completas. Para las prótesis completas, puede ser necesaria la extracción de algunos dientes remanentes. Las prótesis parciales se usan en pacientes que han perdido relativamente pocos dientes. Evitan el movimiento de otros dientes y devuelven la sonrisa.
- 22. Corona metal porcelana:** es un aparato que se usa para reemplazar una pieza dentaria, se fijan en su lugar con cemento y no pueden ser retirados por el paciente.
- 23. Prótesis removible:** es un aparato que se usa para reemplazar uno o más dientes que faltan. Estos aparatos no se fijan de forma definitiva y pueden ser removidos por el paciente para su higiene y descanso.
- 24. Prótesis totales e implantes:** es un aparato que se usa para reemplazar la arcada dentaria cuando hay ausencia total de las piezas dentarias que la conforman, no se fijan de forma definitiva y pueden ser removidos por el paciente para su higiene y descanso.
- 25. Incrustaciones las incrustaciones inlay y onlay:** son materiales que se utilizan para reforzar y restaurar los dientes posteriores cariados o de otra manera dañados. Pueden estar fabricadas de un material cerámico atractivo y son ideales para la restauración de dientes agrietados o fracturados.
- 26. Implante dental:** cilindros titanium colocados en la quijada para utilizar los dientes del reemplazo.
- 27. 0501-ALTO CENTRO:** centro de atención telefónica, autorizado por el ASEGURADOR, para atender las solicitudes del ASEGURADO en función a los servicios que otorgue el presente anexo de acuerdo al plan escogido.

### **Cláusula 3 RIESGOS CUBIERTOS**

Los servicios odontológicos cubiertos por este Anexo son los descritos a continuación por área de atención y tratamiento odontológico:

- 1. Medicina Bucal:**
  - A. Elaboración de historia clínica.**
  - B. Examen clínico intra-bucal.**
  - C. Diagnóstico.**



- D. Secuencia de tratamiento y Alta.
- E. Despistaje o alerta de enfermedades o lesiones patológicas bucales.
- 2. Prevención:
  - A. Enseñanza técnica de cepillado e importancia de la higiene bucal.
  - B. Profilaxis, Aplicación tópica de flúor.
  - C. Colocación de sellantes de fosas y fisuras en premolares y molares (según el caso).
- 3. Periodoncia:
  - A. Sesiones de limpiezas o remoción de calculo dental (tartrectomias) y profilaxis.
  - B. Emergencias periodontales simples.
  - C. Medicación según los casos, o referencia al especialista dependiendo el grado de avance de la enfermedad periodontal.
  - D. Raspado y alisado periodontal
- 4. Restauración:

Restauración de resinas fotocuradas en dientes anteriores, restauración en amalgamas de dientes posteriores, restauración de resinas fotocuradas en dientes anteriores y vidrios ionoméricos.
- 5. Operatoria:
  - A. Todas las restauraciones que se hagan necesarias en relación a la eliminación de caries con sus correspondientes obturaciones.
  - B. Todas las restauraciones específicas a elementos dentarios ya restaurados, que presenten a observación clínica o radiográfica defectos tales como microfiltraciones, caries de recidiva, cementos provisionales o cavidades abiertas, que necesiten reposición a:
    - B.1 Todas las restauraciones indicadas para resinas fotocuradas: material composite de relleno, de características estéticas similares al esmalte dentario, empleado en toda la cavidad bucal.
    - B.2 Todas las restauraciones indicadas para vidrios ionoméricos: material de elección para restaurar cuellos dentarios abrasionados, cariados o erosionados.
- 6. Área de Endodoncia
  - A. Tratamientos de conductos monoradiculares.
  - B. Tratamientos de conductos multiradiculares.
  - C. Pulpotomías o curas formocresoladas.
  - D. Todas las emergencias endodónticas clasificadas según tipo.
- 7. Área Cirugía Bucal:
  - A. Tratamientos o extracciones de elementos dentarios partiendo de exodoncias simples en dientes permanentes, temporales, restos radiculares y dientes fracturados.

- B. Tratamientos o extracciones de elementos dentarios partiendo de exodoncias complejas, en dientes permanentes, temporales, restos radiculares, dientes fracturados y terceros molares.**
- 8. Radiografías para diagnóstico: Rx. Periapicales y coronales.**
- 9. Servicio de Emergencias:**
  - A. Comprende todas las emergencias odontológicas que se presenten en horario de consultas regulares y atención por emergencia en días feriados domiciliarios o en clínicas asignadas para la cobertura de las mismas clasificadas en: endodónticas, periodontales o quirúrgicas amparadas.**
  - B. Eliminación del dolor y molestias bucales de toda índole, emergencia por traumatismos en dientes anteriores causados por accidentes. Tratamientos o extracciones quirúrgicas de elementos dentarios, exodoncias quirúrgicas, en dientes permanentes, temporales, restos radiculares y dientes fracturados.**
  - C. Sedación de niños.**
  - D. Estudios histopatológicos o biopsias.**
  - E. Eliminación de caries y obturaciones.**
  - F. Se incluye la prostodoncia, ortodoncia, cirugía máximo-facial y reconstructiva cuando sea a consecuencia de una lesión accidental.**
- 10. Estética:**
  - Sesión de Blanqueamiento dental.**

#### **Cláusula 4 EXCLUSIONES**

**Quedan excluidos del alcance de este Anexo los gastos incurridos y los servicios originados como consecuencia de:**

- 1. Tratamientos no contemplados específicamente en la Cláusula 3 “RIESGOS CUBIERTOS”**
- 2. Servicios Odontológicos recibidos fuera de la República Bolivariana de Venezuela.**
- 3. La prostodoncia, ortodoncia, cirugía máximo-facial y reconstructiva, cuando no sea a consecuencia de una lesión accidental.**

#### **Cláusula 5 RED DE ODONTÓLOGOS**

Los servicios profesionales que constituyen el objeto de este Anexo, se prestarán únicamente en los Centros Odontológicos y por los profesionales universitarios, unos y otros plenamente identificados en el listado denominado Red de Odontólogos que el ASEGURADOR le entrega al TOMADOR y a los ASEGURADOS al momento de suscribirse este Anexo. Queda entendido que durante la vigencia del Anexo, dicho listado podrá sufrir modificaciones sin que por esta razón se afecte la prestación del servicio al ASEGURADO.

### **Cláusula 6 COBERTURA GEOGRÁFICA**

La prestación de los servicios odontológicos será sólo dentro del territorio nacional, únicamente en los Centros Odontológicos que tenga disponibles el proveedor de servicio y que se encuentran ubicados en las siguientes ciudades:

Área Metropolitana: San Bernardino, Bello Monte, Capitolio, Sabana Grande, Av. Universidad, Chuao, Plaza Venezuela, Los Palos Grandes, Chacaito, El Márquez, Los Rosales, Chacao, Baruta, Santa Paula, Los Ruices, Guarenas, Los Teques, La Guaira.

Interior del País: Anzoátegui, Aragua, Barinas, Bolívar, Carabobo, Lara, Mérida, Monagas, Nueva Esparta, Sucre, Táchira, Yaracuy, Zulia.

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

El ASEGURADO que requiera los servicios profesionales en los Centros Odontológicos de acuerdo a lo establecido en la Cláusula 3 “Riesgos Cubiertos” de este Anexo, podrá hacerlo cuando así lo decida bajo las siguientes condiciones:

- a) Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos afiliados a la Red de Odontólogos establecida por el ASEGURADOR. El ASEGURADO podrá escoger el Odontólogo de su preferencia o conveniencia, siempre que sea de los autorizados por el ASEGURADOR a través del número telefónico 0501-ALTO CENTRO. El ASEGURADOR no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros especialistas diferentes a los pertenecientes a la Red de Odontólogos, ni por los tratamientos no amparados por este Anexo, aún cuando los mismos sean realizados en los Centros autorizados.
- b) Para que el ASEGURADO pueda disfrutar de los beneficios otorgados por este Anexo, debe disponer de una clave de atención.
- c) En caso que el ASEGURADO quiera solicitar su 1era cita odontológica, debe escoger su Odontólogo de preferencia de una lista conformada por la Red de Odontólogos otorgadas por el ASEGURADOR y comunicarse, con cuarenta y ocho (48) horas de antelación a la fecha que quiera ser atendido odontológicamente, por el número telefónico 0501-ALTO CENTRO, donde le indicarán una clave de atención.
- d) EL ASEGURADO al acudir a su primera cita debe suministrar el nombre del Plan Dental contratado y la clave de atención otorgada a través del 0501-ALTO CENTRO.
- e) En caso que el ASEGURADO requiera solicitar un control médico posterior a la primera cita, debe solicitar al número telefónico 0501-ALTO CENTRO una nueva cita con su odontólogo tratante.

- f) Para el caso que el ASEGURADO requiera de un Especialista, debe pedir la referencia a su odontólogo tratante y luego comunicarse con el número telefónico 0501-ALTO CENTRO para la asignación de una nueva cita.
- g) El ASEGURADO debe asistir puntualmente a sus citas, en tal caso que no pueda asistir, debe comunicarlo con 48 horas de antelación.
- h) En caso de EMERGENCIA, el ASEGURADO deberá comunicarse con el número telefónico 0501-ALTO CENTRO, donde se le asignará de forma inmediata un especialista.
- i) Por cuanto los servicios profesionales que se brindan en virtud del presente Anexo están a cargo de Odontólogos egresados de universidades, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional, es clara y perfectamente entendido que la responsabilidad contractual aquí asumida por el ASEGURADOR, en ningún caso y bajo ninguna circunstancia se extiende a cubrir la responsabilidad profesional que les corresponde a los odontólogos en razón y con fundamento en el en el o los tratamientos que practiquen o hagan al ASEGURADO.
- j) Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberán ser notificados al ASEGURADOR por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días hábiles, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.

## **Cláusula 8 PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO POR VÍA DE REEMBOLSO**

Para los efectos de este Anexo queda convenido entre las partes que el ASEGURADO no tendrá derecho a reembolso alguno por los tratamientos amparados en este Anexo, aún cuando los mismos sean realizados en centros de la Red de Odontólogos establecida, salvo en los siguientes casos: a) Cuando el ASEGURADO debido a una emergencia odontológica requiera de los tratamientos amparados por este anexo y no existan en la localidad donde él se encuentre centros, consultorios y odontólogos afiliados a la red de odontólogos establecida por el ASEGURADOR; b) Cuando en el centro, consultorio u odontólogo afiliado a dicha red de odontólogos no presten los servicios requeridos y descritos en este Anexo; c) Cuando el ASEGURADO haya intentado comunicarse con el número telefónico 0501-ALTOCENTRO y la llamada no se haya podido efectuar satisfactoriamente entendiéndose como tal, que no lo hayan atendido o resuelto su requerimiento; o d) Cuando el ASEGURADO tenga la imposibilidad debidamente comprobada de asistir a alguno de los centros que el ASEGURADOR, tiene en el ámbito nacional y considerándose que se trata de una emergencia el ASEGURADO debe buscar ser atendido sin una clave de atención. En estos casos el ASEGURADO podrá recibir el Servicio Odontológico necesario

para la atención de emergencia, en el Centro, Consultorio y con un Odontólogo escogido por él.

Los “gastos razonables” incurridos por el ASEGURADO por tal servicio de emergencia le serán reembolsados por el ASEGURADOR, una vez que presente la factura original, informe odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que pudiese requerir el ASEGURADOR.

Se entiende por “gastos razonables” al promedio calculado por el ASEGURADOR de los gastos odontológicos facturados durante los últimos treinta (30) días en centros, consultorio y odontólogos afiliados de categoría equivalente a aquel donde fue atendido el ASEGURADO, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza, libre de complicaciones, cubierto o amparado por este Anexo.

Dicho promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga el ASEGURADOR de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el ASEGURADO incurrió en dichos gastos incrementados según el I.N.P.C. del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes, o los baremos de los Centros, Consultorios y Odontólogos, afiliados a la Red de Odontólogos, que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido el gasto razonable será el monto facturado.

Queda entendido, según los términos de este Anexo, que el pago contra reembolso será único y exclusivamente en el caso referido en esta cláusula y que se origine en la Republica Bolivariana de Venezuela.

### **Cláusula 9 PLAZO PARA EL PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES**

El ASEGURADOR tendrá la obligación de indemnizar el monto del siniestro cubierto por vía reembolso, dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que el ASEGURADOR haya recibido el último recaudo por parte del ASEGURADO, salvo por causa extraña no imputable al ASEGURADOR.

### **Cláusula 10 RECHAZO DE SINIESTRO**

El ASEGURADOR deberá notificar por escrito al ASEGURADO, dentro del plazo señalado en la cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo total de la indemnización exigida. Esta obligación existirá también cuando el ASEGURADOR pague sólo parte de la indemnización reclamada por el ASEGURADO.

### **Cláusula 11 PLURALIDAD DE SEGUROS**

Cuando existan uno o varios seguros odontológicos que estén obligados a pagar la indemnización sobre un mismo Siniestro, el TOMADOR o el ASEGURADO, estará obligado a poner en conocimiento de tal circunstancia a todas las empresas de seguros con las que hayan contratado el seguro, por escrito y en un plazo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha en que el TOMADOR o el ASEGURADO, tuvo conocimiento de la ocurrencia del siniestro. El TOMADOR o el ASEGURADO, escogerá el orden en que presentará las reclamaciones y las empresas de seguros deberán indemnizar, según los límites de sus seguros, hasta el monto total de los gastos.

### **Cláusula 12 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**El ASEGURADOR quedará exonerado de toda responsabilidad si:**

- 1. El ASEGURADO o cualquier interesado, concertó los servicios cubiertos por este Anexo antes de intentar de concertarlos con la Red de Odontólogos.**
- 2. El ASEGURADO o cualquier interesado, concertó los servicios cubiertos por este Anexo con la Red de Odontólogos sin poseer una clave de atención, salvo por causa extraña no imputable a él.**
- 3. El ASEGURADO ha dejado de presentar la notificación de un siniestro dentro de un plazo no mayor de treinta (30) días siguientes a la fecha en que incurrió con los gastos amparados en este Anexo, al menos que se compruebe que dejó de realizarse por una causa extraña no imputable al ASEGURADO.**

### **Cláusula 13 EFECTIVIDAD DEL ANEXO**

Este Anexo entrará en vigor a partir de la fecha de su inclusión en la Póliza y, salvo lo dispuesto en contrario en el texto del mismo, se regirá para todos sus efectos, por la Póliza y sus Anexos, no obstante, si surgiera alguna contradicción entre lo establecido en la Póliza y en el presente Anexo, prevalecerá lo indicado en este último.

**FIRMAS:**

\_\_\_\_\_  
Por El ASEGURADOR

\_\_\_\_\_  
El TOMADOR

En \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de año \_\_\_\_\_.





Aprobada por la Superintendencia de Seguros en oficio N° 5946 el día 03-06-2010.

---

Av. Francisco de Miranda  
Edif. Seguros Venezuela  
Piso 8 y 9, Urb. Campo Alegre  
Caracas, Edo. Miranda  
Telf: 0212.901.7111  
Fax: 0212.901.7400  
[www.segurosvenezuela.com](http://www.segurosvenezuela.com)

RIF J-00034036-6 / Compañía de Seguros  
autorizada por la Superintendencia  
de la Actividad Aseguradora bajo el N° 24

## ANEXO PARA EL AJUSTE DE SUMA ASEGURADA POR VARIACION ACUMULADA DEL INPC

Para ser adherido y formar parte integrante de la Póliza Seguro Individual de Cáncer Femenino N° \_\_\_\_\_

Contratada por el TOMADOR: \_\_\_\_\_

Emitida a nombre de: \_\_\_\_\_

Productor de seguro: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Vigencia del Anexo: desde: \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_ Prima: \_\_\_\_\_

Mediante la emisión del presente Anexo se deja constancia que el ASEGURADOR aumentará la SUMA ASEGURADA en cada fecha de renovación de la Póliza a la cual se adhiere este Anexo, en proporción a la VARIACION ACUMULADA (VA) que posea el INDICE NACIONAL DE PRECIOS AL CONSUMIDOR (INPC), emitido por el Banco Central de Venezuela, en el mes de diciembre del año inmediatamente anterior a la fecha de renovación de dicha Póliza, es decir:

$$\text{SUMA ASEGURADA}_{T+1} = \text{SUMA ASEGURADA}_T * VA$$

Siendo :

$VA = \text{INPC}_{\text{del mes de diciembre del año } t} / \text{INPC}_{\text{del mes de diciembre del año } t-1}$

T, el año inmediatamente anterior a la fecha que corresponda la renovación de la Póliza y,

T+1, es el año en el cual se esta renovando la Póliza.

A su vez el TOMADOR, se obliga a pagar la prima que corresponda conforme a la nueva Suma Asegurada contra la entrega del presente Anexo o del Cuadro Póliza.

Este Anexo entrará en vigor a partir de la fecha de su inclusión en la Póliza a la cual se adhiere y, salvo lo dispuesto en contrario en el texto del mismo, se registrará para todos sus efectos por las condiciones de la Póliza de la cual forma parte. No obstante, si surgiere alguna contradicción entre lo establecido en la citada Póliza y en el presente Anexo, prevalecerá lo indicado en éste último.

En constancia de lo cual se firma el presente Anexo en \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_: para surtir efecto en la fecha mencionada en el mismo.



**Conforme:**

\_\_\_\_\_  
**Firma: El TOMADOR**

\_\_\_\_\_  
**Firma: El ASEGURADOR**

**Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora oficio N° 3562  
de fecha 09-04-2007**