



## **PÓLIZA INDIVIDUAL DE PROTECCION PERSONAL FOUR IN ONE**

Entre BEE INSURANCE CORP, en adelante denominada la Aseguradora, con ubicación de su sede principal ubicada en 1110 Brikell Avenue, Suite 406, Miami, EEUU, ZIP CODE 33131, cuya Dirección Fiscal es la misma identificada anteriormente, y el Tomador, identificado en el Cuadro Póliza Recibo han convenido en suscribir el presente Contrato de Seguros, el cual está conformado y se regirá de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de la Póliza, en la Solicitud de Seguro, los Anexos, si los hubiere, y demás documentos que formen parte integrante del mismo.

### **CONDICIONES GENERALES FOUR IN ONE**

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

Mediante este seguro el Asegurador se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, y a indemnizar al Asegurado Titular o al Beneficiario, según sea el caso, las sumas que puedan corresponderle como consecuencia de un siniestro amparado por este contrato, hasta por la Suma Asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo.

#### **CLÁUSULA 2. DEFINICIONES**

A los efectos de este contrato, queda expresamente convenido entre las partes que los siguientes términos tendrán los significados que se indican, siendo que el género masculino incluirá también al femenino, cuando corresponda, salvo que del texto de esta Póliza se desprenda una interpretación diferente:

**ASEGURADOR:** BEE INSURANCE CORP, quien asume los riesgos cubiertos en esta Póliza.

**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.

**ASEGURADO:** Persona natural que en si misma está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las Condiciones Particulares y anexos de la póliza, si los hubiere, a los efectos de esta póliza será el Asegurado Titular y.

**ASEGURADO TITULAR:** Persona indicada con este carácter en el Cuadro Póliza Recibo, quien ejerce los derechos de los ante el Asegurador.

**BENEFICIARIO:** Persona natural o jurídica designada por el Asegurado Titular en cuyo favor se ha establecido la indemnización que pagará el Asegurador.



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

**CUADRO PÓLIZA RECIBO:** Documento donde se indican los datos particulares de la póliza, como son: número de la póliza, identificación completa del Tomador, Asegurado y el Beneficiario, identificación del Asegurador, dirección del Tomador, dirección de cobro, nombre del productor de seguros, riesgos cubiertos, Suma Asegurada, monto de la prima, deducible, forma y lugar de pago, período de vigencia y firmas del Asegurador y del Tomador.

**DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO:** La Solicitud de Seguro; el documento de Cobertura Provisional, si lo hubiere; las Condiciones Generales; las Condiciones Particulares; el Cuadro Póliza Recibo; los anexos que se emitan para complementar o modificar la Póliza y demás documentos que por su naturaleza formen parte del contrato.

**EDAD ALCANZADA:** Edad que corresponda al cumpleaños más cercano a la fecha de comienzo de esta Póliza, la cual se establecerá con base en la cédula de identidad, partida de nacimiento u otra comprobación legal a satisfacción del Asegurador.

**SOLICITUD DE SEGURO:** Cuestionario que proporciona el Asegurador, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del Tomador, del Propuesto Asegurado y del Beneficiario y demás datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el Tomador o el Propuesto Asegurado, constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión del contrato de seguro.

**PRIMA:** Contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración del contrato. Las primas de este seguro corresponderán a periodos anuales, semestrales, trimestrales, mensuales y cualquier otro acordado entre las partes, y serán determinadas sobre la base de las tarifas que por cada modalidad aplique el Asegurador.

**RIESGO:** Posible ocurrencia por azar de un acontecimiento que no dependa exclusivamente de la voluntad del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, que ocasione una necesidad económica, y cuya aparición real o existencia se prevé y garantiza en este contrato.

**SINIESTRO:** Materialización del riesgo que da origen a la obligación de indemnizar por parte del Asegurador, que corresponda conforme al presente contrato.

**SUMA ASEGURADA:** Límite máximo de responsabilidad del Asegurador, indicado en el Cuadro Póliza Recibo.



### **CLÁUSULA 3. EXONERACIONES 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 este contrato.
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 este contrato.
4. Si el siniestro se inicia antes de la vigencia del contrato y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador.
5. 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 o el Asegurado, actúa con dolo o culpa grave, según lo señalado en la Cláusula 9 (Declaraciones en la Solicitud de Seguro), de estas Condiciones Generales.
7. Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario intencionalmente omitiere dar aviso al Asegurador sobre la contratación de pólizas que cubran el mismo riesgo cubierto por el presente contrato o si hubiese celebrado el segundo o posteriores contratos de seguros, sobre los mismos riesgos, con el fin de procurarse un provecho ilícito.
8. 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.
9. Si el asegurado incumpliere cualquiera de las obligaciones establecidas en este contrato.
10. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares de la Póliza.

### **CLÁUSULA 4. VIGENCIA DEL CONTRATO**

La vigencia del contrato será anual, semestral, trimestral, mensual o de cualquier otra duración que haya sido acordada entre las partes, y en todo caso, se hará constar en el Cuadro Póliza Recibo, con indicación de la fecha de emisión, la hora y día de su iniciación y vencimiento.

A falta de indicación expresa, los riesgos cubiertos comienzan a correr por cuenta del



Asegurador a las 12 m. del día de inicio de la vigencia del contrato y terminarán a la misma hora del día de su vencimiento.

#### **CLÁUSULA 5. PAGO DE LA PRIMA**

El Tomador debe pagar la prima en el plazo de diez (10) 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 el contrato.

En caso de resolución, ésta tendrá efecto desde el inicio de la vigencia del contrato, sin necesidad de previo aviso al 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.

El pago de la prima solamente conserva en vigor el contrato por el tiempo al cual corresponda dicho pago, según conste en el Cuadro Póliza Recibo.

Si el pago de la prima es fraccionado, se entiende que tal fraccionamiento es una facilidad de pago y no implica modificación del período de vigencia del contrato. En este caso, si el Tomador no pagase cualquier fracción de la prima dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la finalización de la última fracción pagada, el Asegurador tiene derecho a exigir la prima debida o a resolver el contrato, de estas Condiciones Generales y si en ese período ocurriese un siniestro amparado, el Asegurador procederá de conformidad con las siguientes reglas:

1. Descontar del monto indemnizable la fracción de prima vencida. No obstante, si el monto a pagar es por la totalidad de la Suma Asegurada, el Asegurador podrá deducir las fracciones de primas pendientes para completar la totalidad de la prima del período de vigencia del contrato.
2. Si el monto indemnizable es menor a la fracción de prima vencida, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague la referida fracción de prima vencida, antes del plazo previsto en esta Cláusula.

En caso de resolución por falta de pago de una fracción de prima vencida, ésta tendrá efecto desde la fecha de finalización del período cubierto por la última fracción de prima pagada, siempre que el Asegurador lo haya notificado previamente al Tomador o al Asegurado.

Contra el pago de la prima o cualquiera de sus fracciones, el Asegurador entregará al Tomador el Cuadro Póliza Recibo o recibo de prima correspondiente, firmado y sellado. La entrega de este documento podrá efectuarse en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos previstos para ello y acordados por las partes que consten en la solicitud de seguro.



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

#### **CLÁUSULA 6. LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LAS PRIMAS**

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

Las primas podrán ser pagadas bajo cualquier mecanismo o medio acordado por las partes.

#### **CLÁUSULA 7. RENOVACIÓN**

Previa actualización de la declaración de salud y/o cumplimiento de protocolo médico exigido por BEE INSURANCE CORP sesenta (60) días antes del vencimiento de la vigencia actual y aprobadas las condiciones para la renovación, la vigencia del Contrato se entenderá renovada al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior y por un plazo igual, siempre que el ASEGURADO pague oportunamente la Prima correspondiente al nuevo período de vigencia en la oportunidad que corresponda.

Los gastos de exámenes o protocolo médico corren por cuenta del asegurado. En cualquiera de los casos, BEE INSURANCE CORP no está obligada a renovar automáticamente la póliza; y deberá notificar la no renovación treinta (30) días antes del vencimiento de la vigencia actual.

#### **CLÁUSULA 8. 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 la vigencia del contrato es mensual, el plazo de gracia será de quince (15) días continuos.

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 plazo, el contrato quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación de la vigencia del contrato anterior.

#### **CLÁUSULA 9. DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO**

El Tomador o el Propuesto Asegurado al llenar la solicitud, debe declarar con exactitud al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario y demás requerimientos que le indique, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.



El Asegurador, deberá participar al Tomador o al Asegurado, en el plazo de cinco (5) días hábiles siguientes al conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o rescindir el contrato, mediante comunicación dirigida al Tomador o al Asegurado, según corresponda, en el plazo de un (1) mes, contado a partir del conocimiento de los hechos.

En caso de resolución, ésta se producirá a partir del décimo sexto (16°) día continuo siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir, se encuentre a disposición del Tomador en la caja del Asegurador. Corresponderán al Asegurador, las primas relativas al período de seguro transcurrido, en el momento en que haga esta notificación. El Asegurador no podrá rescindir el contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes que el Asegurador, haga la participación a que se refiere esta Cláusula, la indemnización 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 actúa con dolo o culpa grave, el Asegurador quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la prima.

Cuando el contrato esté referido a varias personas, bienes o intereses 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. OMISIONES, FALSEDADES Y RETICENCIAS**

Las omisiones, falsedades y reticencias por parte del Tomador o del Asegurado realizadas en la Solicitud de Seguro, 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.

En caso de falsedades y reticencias por parte del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario en la reclamación del siniestro, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato y exonera al Asegurador del pago al Beneficiario de la prestación en dinero por la suma indicada en el Cuadro Póliza Recibo.

No hay lugar a la devolución de prima al Tomador asegurado en los supuestos de nulidad del contrato contemplados en esta Cláusula.



### **CLÁUSULA 11. 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 12. 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 justifiquen el rechazo, total o parcial, de la indemnización exigida.

### **CLÁUSULA 13. 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.

### **CLÁUSULA 14. CADUCIDAD DE LAS ACCIONES**

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario perderá todo derecho a ejercer 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 (3) meses contados 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 o al cumplimiento de la obligación a través de proveedores de insumos o servicios.

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 15. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO**

1. El Tomador y el Asegurado deberán llenar la Solicitud de Seguro y declarar, con absoluta sinceridad, todas las circunstancias necesarias para poder apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en este contrato.
2. El Tomador deberá pagar la prima en la forma, frecuencia y tiempo convenido en este contrato.
3. El Asegurado deberá emplear el cuidado de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro.
4. El Asegurado o el Beneficiario le hará saber al Asegurador, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haberlo conocido, la ocurrencia de un siniestro, expresando claramente las causas y circunstancias de lo ocurrido.





5. El Asegurado o el Beneficiario deberá declarar, al tiempo de exigir el pago del siniestro, los contratos de seguros que existen y que cubren el mismo riesgo.
6. El Asegurado o el Beneficiario deberá probar la ocurrencia del siniestro a través de la consignación de toda aquella información necesaria para la indemnización del siniestro, que sea solicitada por el Asegurador.
7. El Asegurado, en caso de cambio de dirección de cobro, domicilio, habitación u oficina, según sea el caso, debe notificar por escrito al Asegurador dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de haber efectuado el cambio, a menos que esta obligación sea considerada una agravación del riesgo, en cuyo caso se aplicará el plazo previsto para ello.
8. El Asegurado debe cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el presente contrato.
9. Declarar con exactitud todo cuanto represente un cambio significativo o permanente en su estado de salud o una agravación de riesgo.

#### **CLÁUSULA 16. OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR**

1. Informar al Tomador o al Asegurado, mediante la entrega de la Póliza y demás documentos, la extensión de los riesgos asumidos y aclarar, en cualquier tiempo, todas las dudas y consultas que éste le formule.
2. Entregar el Cuadro Póliza Recibo al Tomador junto con copia de la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los anexos, si los hubiere, y los demás documentos que formen parte integrante del contrato de seguro. En la renovación la obligación procederá para los nuevos documentos o para aquellos que hayan sido modificados. La entrega de los documentos señalados deberá efectuarse en los términos acordados entre las partes.
3. Proceder a la evaluación del daño, luego de recibida la notificación y los recaudos necesarios para la tramitación del siniestro, conforme con lo establecido en las Condiciones Particulares de este contrato.
4. Pagar la Suma Asegurada o la indemnización que corresponda en caso de siniestro, en los plazos establecidos en este contrato o rechazar la cobertura del siniestro, mediante aviso por escrito y debidamente motivado.
5. Entregar al Asegurado o a su intermediario de la actividad aseguradora, una copia del informe del ajuste de pérdidas que contenga los cálculos utilizados para determinar la indemnización.
6. Cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el contrato de seguro.

#### **CLÁUSULA 17. MODIFICACIONES**

La modificación de la Suma Asegurada o del deducible requerirá siempre aceptación expresa de la otra parte; en caso de que no exista aceptación expresa se presumirá aceptada: por el Asegurador, con la emisión del Cuadro Póliza Recibo, en el que se modifique la Suma Asegurada o el deducible y, por el Tomador o el Asegurado, con el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere.





Si la modificación es efectiva a partir de la prórroga del contrato, debe ser comunicada al Tomador mediante notificación efectuada en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con un plazo de un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso.

En caso de desacuerdo del Tomador, el Asegurador mantendrá o renovará el contrato bajo las mismas condiciones de Suma Asegurada y deducible vigentes al momento de la propuesta de modificación.

Las modificaciones se harán constar mediante Anexos, debidamente firmados por un representante del Asegurador y el Tomador, los cuales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales de la Póliza.

Si la modificación requiere pago de prima adicional se aplicará lo dispuesto en la Cláusula 4. Vigencia del Contrato, la Cláusula 5. Pago de la Prima y la Cláusula 6. Lugar y Forma de Pago de las Primas, de estas Condiciones Generales.

#### **CLÁUSULA 18. AVISOS**

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a este contrato se efectuará por acuse de recibo, mediante comunicación escrita o correo electrónico dirigido a la dirección del Tomador y del Asegurado que conste en el contrato o al domicilio principal o sucursal del Asegurador, o a través de los medios electrónicos acordados por las partes.

El intermediario de la actividad aseguradora será civilmente responsable en caso de que no haya entregado la correspondencia a su destinatario, en un lapso de cinco (5) días hábiles, contados a partir de su recepción.

#### **CLÁUSULA 19. DOMICILIO ESPECIAL**

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



## **CONDICIONES PARTICULARES FOUR IN ONE**

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

Para todos los fines relacionados con esta Póliza, queda expresamente convenido que los siguientes términos tendrán la acepción que se les asigna a continuación:

**ACCIDENTE:** Hecho fortuito en el cual el Asegurado sufre una lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Tomador o del Asegurado.

**COSTO RAZONABLE:** Costo promedio, calculado por el Asegurador, de los gastos médicos quirúrgicos y hospitalarios de centros médicos asistenciales ubicados en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido el Asegurado los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones, y que de acuerdo con las condiciones de esta Póliza se encuentren cubiertos. 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 Índice Precios al Consumidor (IPC) establecido por la institución gubernamental que corresponda, registrado en el mismo mes, o de los baremos de los centros médicos asistenciales que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el costo razonable será el monto facturado.

**ESTADO DE EMBRIAGUEZ:** Presencia en la sangre de más de 0,80 gramos por mil de alcohol, siempre y cuando la muestra haya sido tomada como máximo dos (2) horas después de ocurrido el Accidente.

**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, hidro clínicas 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.

**INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE:** Pérdida anatómica o impotencia funcional de miembros u órganos de la anatomía del Asegurado de forma irreversible y que según criterio médico inhabilite totalmente al Asegurado para desarrollar cualquier actividad lucrativa o empleo remunerable.

**LESIÓN:** Cualquier daño físico que sufra el Asegurado, siempre que el mismo tenga como causa real, inmediata, necesaria, directa y exclusiva, heridas o golpes producidos por la acción repentina, violenta y fortuita de una fuerza o agente externo, independiente de la voluntad del Asegurado, objetivamente constatables, y que sea base para una reclamación de acuerdo con los términos de esta póliza.



**MÉDICO:** Se entiende como médico a una persona profesional de la medicina, legalmente autorizada para ejercer la medicina bajo las leyes de la jurisdicción donde ha sido prestado el servicio y el cual se encuentra practicando dentro de los límites de cualquier autorización legal que sea pertinente. El médico deberá tener la especialidad directamente vinculada con el diagnóstico, tratamiento o cuidado de las alteraciones de la salud cubiertas bajo esta Póliza.

**MÉDICAMENTE NECESARIO:** Tratamiento, servicio, medicamentos o estancia en una Institución Hospitalaria, que:

- Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del Asegurado.
- No excede en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
- Ha sido prescrito por un médico.
- Es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas por la comunidad médica del País donde se presta el servicio o tratamiento médico.
- En el caso de un paciente internado en una Institución Hospitalaria de trasplante, no puede ser administrado fuera de dicho Centro por riesgo al paciente.

La necesidad médica es determinada por el Asegurador sobre la base de la definición anterior, el hecho de que un tratamiento, servicio o suministro que no guarde relación con el siniestro, aunque haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un médico no es necesariamente suficiente para que el Asegurador deba considerarlo como médicamente necesario.

**MUERTE ACCIDENTAL:** La pérdida de la vida del Asegurado como consecuencia de un accidente amparado por esta póliza.

**MUERTE CUALQUIER CAUSA:** La pérdida de la vida del Asegurado por cualquiera causa natural o accidental.

**PASAJERO:** Persona que utiliza un vehículo de transporte (aéreo, terrestre o marítimo) operado por una empresa de transporte comercial sujeto a itinerario sobre una ruta establecida de servicio de pasajeros. No se considera pasajero la persona que se encuentra manejando, prestando servicio o recibiendo un aprendizaje o instrucción en el medio de transporte ni los usuarios de medios de transporte (aéreo, terrestre o marítimo) no comerciales.

**SERVICIO FUNERARIO:** Son los servicios prestados por las funerarias legalmente establecidas, tales como: oficios religiosos, servicios de capilla y cafetín (dentro de la funeraria), vehículos fúnebres para el traslado del fallecido, vehículos de acompañamiento de los familiares, preparación y arreglo del fallecido, ataúd, aviso de prensa, traslado del fallecido vía terrestre dentro del territorio Nacional, realización de las diligencias legales, cremación o parcelas en el cementerio y cruz de flores.



**FUNERARIAS:** Compañías legalmente autorizadas para prestar servicios funerarios. Las Funerarias prestan sus servicios en forma independiente y las consecuencias de la prestación de sus servicios no generarán responsabilidad por parte del Asegurador.

**PASAJERO:** Persona que utiliza un vehículo de transporte (aéreo, terrestre o marítimo) operado por una empresa de transporte comercial sujeto a itinerario sobre una ruta establecida de servicio de pasajeros. No se considera pasajero la persona que se encuentra manejando, prestando servicio o recibiendo un aprendizaje o instrucción en el medio de transporte ni los usuarios de medios de transporte (aéreo, terrestre o marítimo) no comerciales

**PLAZO DE ESPERA:** Período dentro de la vigencia de la cobertura de este contrato de seguro, durante el cual el Asegurador no cubre determinados riesgos.

## **CLÁUSULA 2. COBERTURA BÁSICA**

### **2.1 MUERTE ACCIDENTAL**

Si como consecuencia de un Accidente sufrido por el Asegurado y amparado por esta Póliza, le sobreviniera la muerte dentro de un (1) año contado a partir de la fecha de ocurrencia del Accidente, el Asegurador indemnizará a los Beneficiarios designados, o a falta de éstos, a los herederos legales del Asegurado, el monto de la Suma Asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo para esta cobertura, vigente para el momento del Accidente.

### **2.2 INVALIDEZ TOTAL E INVALIDEZ PARCIAL**

Si como consecuencia de un Accidente sufrido por el Asegurado y amparado por esta Póliza, le sobreviniere dentro de un (1) año contado a partir de la fecha de ocurrencia de este, cualquiera de las invalideces enumeradas en la Escala de Indemnizaciones, el Asegurador pagará al Asegurado, la cantidad resultante de aplicar el porcentaje estipulado en dicha escala, al monto de Suma Asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo para esta cobertura, vigente para el momento del Accidente.

#### **ESCALA DE INDEMNIZACIONES**

**Invalidez Total y Permanente:** % Indemnización

<b>Parálisis total y permanente</b>	<b>100%</b>
<b>Enajenación mental, absoluta e incurable o pérdida de la conciencia</b>	<b>100%</b>
<b>Ceguera absoluta bilateral</b>	<b>100%</b>
<b>Pérdida total de la audición y el habla</b>	<b>100%</b>
<b>Lesiones incurables de la médula espinal que impidan por completo el movimiento</b>	<b>100%</b>
<b>Pérdida completa o impotencia funcional absoluta y permanente de</b>	<b>100%</b>



dos miembros superiores o inferiores, o uno superior y uno inferior, entendiéndose por tales inclusive las manos y los pies	
---	--

**Invalidez Parcial Permanente por amputación o inutilización por impotencia funcional absoluta de:**

Un ojo con disminución de la agudeza visual del otro en más de un 50%, siempre y cuando esta sea incorregible	<b>75%</b>
Un ojo con enucleación	<b>55%</b>
sin enucleación	<b>40%</b>
Reducción de la visión de ambos ojos en más de un 50%	<b>45%</b>
Sordera total bilateral	<b>65%</b>
Sordera total unilateral	<b>35%</b>
Pérdida total de una oreja	<b>25%</b>
Pérdida total de las dos orejas	<b>45%</b>
Pérdida total de la nariz	<b>40%</b>
Pérdida del habla	<b>60%</b>
Pérdida total del maxilar inferior o ablación total de la mandíbula	<b>45%</b>
Trastornos graves en las articulaciones de ambos maxilares	<b>25%</b>
Pérdida total del olfato o el gusto	<b>10%</b>
Pérdida total del movimiento de la columna cervical con o sin manifestaciones neurológicas	<b>45%</b>
Pérdida total del movimiento de la columna dorsal con o sin manifestaciones neurológicas	<b>45%</b>
Pérdida total del movimiento de la columna lumbar con o sin manifestaciones neurológicas	<b>45%</b>
Pérdida total del movimiento de la cadera	<b>70%</b>

**De las extremidades Superiores:**

<b>Pérdida total por amputación o mutilación de:</b>	<b>DERECHO</b>	<b>IZQUIERDO</b>
Un brazo	<b>75%</b>	<b>55%</b>
Una mano	<b>75%</b>	<b>55%</b>
Dedo pulgar	<b>35%</b>	<b>30%</b>
Dedo índice	<b>30%</b>	<b>25%</b>
Dedo medio	<b>20%</b>	<b>15%</b>
Dedo anular	<b>20%</b>	<b>15%</b>
Dedo meñique	<b>15%</b>	<b>10%</b>
Dedo índice y pulgar	<b>55%</b>	<b>45%</b>
Una falange del dedo pulgar	<b>20%</b>	<b>15%</b>
Una falange del dedo índice	<b>15%</b>	<b>10%</b>
Una falange de cualquier otro dedo	<b>10%</b>	<b>7%</b>
Dos falanges del dedo índice	<b>20%</b>	<b>15%</b>
Dos falanges de cualquier otro dedo que no sea el pulgar	<b>15%</b>	<b>10%</b>



<b>Pérdida total del movimiento de la muñeca</b>	<b>30%</b>	<b>25%</b>
<b>Pérdida total del movimiento del hombro</b>	<b>35%</b>	<b>30%</b>
<b>Pérdida total del movimiento del codo</b>	<b>35%</b>	<b>30%</b>
<b>Fractura mal consolidada de un brazo</b>	<b>30%</b>	<b>25%</b>

<b>Fractura mal consolidada del antebrazo:</b>	<b>DERECHO</b>	<b>IZQUIERDO</b>
<b>De los dos huesos</b>	<b>30%</b>	<b>25%</b>
<b>De un solo hueso</b>	<b>25%</b>	<b>20%</b>

**De las extremidades Inferiores:**

**Pérdida por amputación o mutilación de:**

<b>Una pierna por encima de la rodilla</b>	<b>75%</b>
<b>Una pierna por debajo de la rodilla</b>	<b>65%</b>
<b>Un pie</b>	<b>65%</b>
<b>Dedo gordo del pie</b>	<b>25%</b>
<b>Cualquier otro dedo del pie</b>	<b>15%</b>
<b>Pérdida total del movimiento de la rodilla</b>	<b>55%</b>
<b>Pérdida total de los movimientos de la garganta de un pie</b>	<b>35%</b>
<b>Pérdida total de movimiento de la articulación subastragalina</b>	<b>25%</b>
<b>Fractura mal consolidada del fémur o de los huesos de la pierna</b>	<b>55%</b>
<b>Fractura mal consolidada de un pie</b>	<b>35%</b>

**Acortamiento de un miembro inferior:**

<b>Más de 8 cm</b>	<b>35%</b>
<b>Entre 4 y 8 cm</b>	<b>25%</b>
<b>Menos de 4 cm</b>	<b>15%</b>

**En caso de que el Asegurado sea zurdo, se invertirán los porcentajes indicados en la Tabla de Indemnización, para pérdida o inutilización de las extremidades superiores.**

**A los efectos anteriores se entiende por Pérdida, la amputación o inutilización total e irreparable del uso del miembro o la parte del cuerpo afectada.**

**Para el caso de lesiones no mencionadas arriba, pero que sean consideradas de carácter permanente, serán evaluadas por el médico que designe el Asegurador, comparándolas de ser posible con la presente Escala de Indemnizaciones, a los efectos de la determinación del porcentaje a indemnizar.**

**En los casos de enajenación mental, parálisis, pérdida del habla y sordera, además de su condición de ser irreparable, a juicio del médico que designe el Asegurador, se requiere que hayan tenido una duración ininterrumpida no menor de ciento ochenta**



**(180) días desde la fecha del Accidente.**

**En caso de varias pérdidas o inutilizaciones originadas por un mismo Accidente cubierto por este beneficio, se sumarán los importes correspondientes a cada una de ellas, sin que el total pueda nunca exceder de la Suma Asegurada señalada en el Cuadro Póliza Recibo para esta cobertura.**

**En caso de que varias pérdidas o inutilizaciones que afecten a un mismo miembro, la indemnización total no podrá exceder del valor fijado por la pérdida total de dicho miembro.**

**La pérdida de miembros u órganos ya imposibilitados antes del Accidente no darán lugar a indemnización, sino por la diferencia entre el grado de invalidez que presentare antes y después del Accidente del Asegurado.**

**Cualquier pago efectuado por la pérdida de extremidades, audición o vista, será descontado del monto indemnizable por Invalidez Total y Permanente.**

**Sí el Asegurado sufiere una invalidez cubierta por esta Póliza y antes de que el Asegurador haya efectuado el pago correspondiente, el Asegurado falleciera como consecuencia del mismo Accidente que originó tal invalidez, la indemnización sólo procederá por la cobertura de Muerte Accidental.**

**Si al Asegurado Titular le es declarada una Invalidez Total y Permanente, fungirá como Titular de la Póliza en la renovación, quedando inscrito en la misma, pero le serán excluidas las coberturas que en ocasión del Accidente fueron afectadas o que pudieran originar futuras indemnizaciones por concepto de la invalidez declarada.**

#### **2.4 SERVICIO DE TELEMEDICINA.**

**Garantizamos al asegurado los servicios de telemedicina a través de nuestro Call Center Médico las 24 horas, los siete días de la semana por los 365 días del año.**

**Las coberturas incluidas y sus alcances constan en anexo especial, el cual forma parte integrante de este contrato.**

#### **2.5 SERVICIO FUNERARIO**

**El Asegurador se compromete a prestar servicio funerario o pagar los gastos incurridos por concepto de la prestación del Servicio Funerario a quien demuestre fehacientemente haber pagado los gastos hasta la Suma Asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo; todo esto como consecuencia del fallecimiento del Asegurado ocurrido durante la vigencia de la Póliza, siempre**





y cuando, dicho fallecimiento se haya producido por las causas establecidas por esta Póliza. Esta cobertura tiene un plazo de espera de tres (3) meses.

Las coberturas o servicios incluidas y sus alcances constan en anexo especial, el cual forma parte integrante de este contrato.

#### **2.6 MUERTE CUALQUIER CAUSA.**

Si el Asegurado muere por accidente o en caso de muerte natural, el Asegurador indemnizará a los Beneficiarios designados, o a falta de éstos, a los herederos legales del Asegurado, el monto de la Suma Asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo para esta cobertura, vigente para el momento del fallecimiento.

#### **CLÁUSULA 3. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS (APLICA SOLO PARA COLECTIVOS)**

Las personas asegurables que no hayan sido incluidas en el Contrato de Seguro al momento de la celebración del Contrato podrán inscribirse en cualquier fecha posterior, comenzando la efectividad del seguro desde el momento cuando se reciba la solicitud de seguro o en fecha posterior y su inclusión sea aceptada por el Asegurador.

La inclusión de un nuevo Asegurado causa una prima adicional a cargo del Tomador, cuya falta de pago originará los mismos efectos que la falta de pago de la prima establecida en las condiciones generales del Contrato de Seguro, con respecto al Asegurado a ser incluido.

#### **CLÁUSULA 4. EXCLUSIONES PARA LA COBERTURA**

El Asegurador no indemnizará al Asegurado o a sus Beneficiarios, si las reclamaciones se deben a:

- 1. Lesiones a consecuencia de: guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra intestina, guerra civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación de estado de excepción, acto de terrorismo o cualquier acto de cualquier persona que actué en nombre de o en relación con cualquier organización que realice actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.**
- 2. Las lesiones producidas por: movimientos sísmicos, inundaciones, tormenta, huracán, erupciones volcánicas, así como cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o extraordinario, o de acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados por las autoridades competentes como de "catástrofe o calamidad nacional".**



3. Enfermedades epidémicas o enfermedades endémicas declaradas como tales por las autoridades competentes, a partir del momento en que se haga la declaración.
4. Contaminación radioactiva.
5. Accidentes y sus consecuencias, sufridos con anterioridad a la vigencia de la póliza.
6. Intoxicaciones, trastornos de la salud por acción de la luz, temperatura y presiones atmosféricas, trastornos de la salud por el uso o exposición de materiales radioactivos.
7. Acto criminal del Asegurado o al encontrarse el Asegurado en estado de embriaguez, enajenación mental, bajo la influencia de drogas no prescritas medicamente o en estado de sonambulismo.
8. Lesiones inferidas a sí mismo por el Asegurado, así como las provocadas por suicidio o tentativa de este.
9. Homicidio o tentativa de homicidio causado intencionalmente por cualquier Beneficiario, de este o de cualquier otro seguro que tenga el Asegurado fallecido contratada con esta o con otra compañía, dejando a salvo los derechos que puedan corresponder a los demás Beneficiarios designados, que no hayan sido partícipes o causantes del hecho.
10. Pilotear o ser miembro de la tripulación de una aeronave de cualquier clase, a menos que el Asegurador haya aceptado el riesgo, mediante la emisión del anexo respectivo y el Tomador haya pagado la prima correspondiente.
11. Lesiones por accidentes que sufra el Asegurado cuando no viaje en calidad de pasajero en cualquier medio de transporte (aéreo o marítimo).
12. La realización de actividades, prácticas, entrenamientos o competencias de los siguientes deportes de alto riesgo: deportes de contacto a nivel profesional, caza mayor o a caballo, pesca en alta mar, cualquier deporte submarino o náutico, coleo y rodeo, alpinismo, embarcaciones a remo o a vela; vuelo delta, ultraligeros, ícaros, parapente, globos y aeróstatos, lanzamientos en benji o paracaidismo, karting, automovilismo, motociclismo, ciclismo de montaña, scooters, esquí acuático o sobre nieve o cualquier otro deporte de invierno, uso de vehículos a motor o animales en cualquier tipo de competencia, a menos que el Asegurador haya aceptado el riesgo mediante la emisión del anexo respectivo y el Tomador haya pagado la prima correspondiente.
13. Lesiones cuando el Asegurado se encuentre prestando servicio como miembro de alguna unidad policíaca, bomberos, o militar, a menos que el Asegurador haya aceptado el riesgo mediante la emisión del anexo respectivo y el Tomador haya pagado la prima correspondiente.
14. La ingestión voluntaria de cualquier veneno o medicamentos no prescritos por un médico.
15. Suicidio del el Asegurado ocurrido dentro del primer año de vigencia del contrato de seguro. El plazo de un (1) año se contará a partir de la fecha de inicio de la vigencia del contrato o de su inscripción en la Póliza. En caso de haberse efectuado algún aumento de Suma Asegurada, el plazo de un (1) año se comenzará a contar a partir de la fecha de dicho aumento y lo establecido en este numeral se aplicará únicamente al monto del incremento.



- 16. Participación activa del Asegurado en riñas, siempre que no sea en defensa propia, alteraciones del orden público, actos delictivos, motines, conmoción civil, huelga, disturbios, sabotaje, guerra civil, sublevación militar, naval o civil, insurrección, rebelión, terrorismo, sucesos que ocurran durante el cumplimiento del servicio militar, saqueos, golpes de Estado, revolución, conspiración o usurpación de poder, ley marcial o estado de sitio, o cualquiera de los eventos o causas que determinen la proclamación de la ley marcial o estado de sitio.**
- 17. Desaparición del asegurado.**
- 18. Si no cumpliera cualquiera de las obligaciones establecidas en las condiciones generales o particulares.**
- 19. Si no notificare al asegurador la agravación de riesgo conocida.**

#### **CLÁUSULA 5. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO**

Al ocurrir un siniestro amparado por esta póliza, el Tomador, el Asegurado Titular o el Beneficiario estará obligado a:

1. Dar aviso por escrito al Asegurador tardar dentro de los quince (15) días continuos siguientes a la fecha de haber conocido la ocurrencia del siniestro, indicando la existencia de cualquier otro contrato de seguro sobre los mismos riesgos cubiertos por esta póliza.
2. Suministrar al Asegurador dentro de los treinta (30) días continuos a partir de la fecha de notificación, los siguientes documentos:

##### **en caso de Muerte Accidental y Muerte No Accidental:**

- a) Planilla de declaración e informe de siniestro, que para tal fin el Asegurador tiene en sus oficinas, con todos los datos allí especificados.
- b) Original y fotocopia de la cédula de identidad del Asegurado.
- c) Original y fotocopia de acta de defunción del Asegurado.
- d) original y fotocopia de certificado de la medicatura forense (si fuere el caso): "certificación de defunción" en la que conste la causa de la muerte y el número de la cédula con la que fue identificado el cuerpo.
- e) Original y fotocopia de autorización del juez del tribunal del niño, niña y del adolescente, nombrando a la persona que deberá retirar la prestación correspondiente, cuando los Beneficiarios sean niños, niñas o adolescentes.
- f) Original y fotocopia de declaración de únicos y universales herederos, si no hubiere Beneficiarios designados.
- g) Original y fotocopia del registro de nacimiento o documentos de identidad de los Beneficiarios o heredero(s) legal(es).
- h) Carta narrativa de las circunstancias de cómo se produjo el siniestro, indicando lugar y hora, de ser posible.
- i) Original y fotocopia del informe de la autoridad competente que intervino en el accidente (si fuese el caso).



- j) en los casos de desaparición del Asegurado se aplicará lo dispuesto en el libro primero “de las personas, título XII de los no presentes y de los ausentes, del código civil de la República Bolivariana de Venezuela.

**en caso de Invalidez:**

- a) Planilla de declaración e informe de siniestro, que para tal fin el Asegurador tiene en sus oficinas, con todos los datos allí especificados.
- b) Original y fotocopia de informe del médico tratante, en el cual conste el grado de invalidez, o tipo de invalidez y duración de la invalidez, del Asegurado.

**en caso de Servicio Funerario:**

Las reclamaciones según la presente Póliza se procesarán sobre la base de la presentación de los documentos originales. Para tramitar un reclamo ante el Asegurador, el Tomador, el Asegurado Titular, o el Beneficiario deberá(n):

1. Notificar la ocurrencia del siniestro a través de los formularios establecidos por el Asegurador para tal fin, inmediatamente o a más tardar dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de este.
2. Entregar al Asegurador dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de notificación y debidamente completados, los formularios de que dispone El Asegurador para realizar el reclamo o la solicitud de servicio, junto con los siguientes documentos:
  - a) **Cédula de identidad del Asegurado.**
  - b) **Acta de defunción del Asegurado.**
  - c) **Certificado de la medicatura forense (si fuere el caso): “Certificación de defunción” en la que conste la causa de la muerte y el número de la cédula con la que fue identificado el cuerpo.**
  - d) **Factura de Gastos por Servicio Funerario.**

En caso de existir un remanente de pago para los Beneficiarios:

- e) **Autorización del Juez del Tribunal del niño, niña y del adolescente, nombrando a la persona que deberá retirar la prestación correspondiente, cuando los Beneficiarios sean niños, niñas o adolescentes.**
- f) **Declaración de herederos legales, si no hubiere otros Beneficiarios designados.**
- g) **Registro de nacimiento o documentos de identidad de los Beneficiarios o heredero(s) legal(es).**
- h) **Informe de la autoridad competente que intervino en el Accidente (si fuese el caso).**



**En caso de Servicio de Telemedicina:**

- a) Llamar al contact center
- b) Descargar el APP, iniciar sesión y video llamada.

**CLÁUSULA 6. OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDADES**

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

1. Cuando el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario, incumpliere cualquiera de las obligaciones establecidas en la cláusula 5 (Procedimiento en caso de Siniestro) de estas Condiciones Particulares, a menos que el incumplimiento se deba a causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario u otra que lo exonere de responsabilidad.
2. Duelos, riñas o actos delictivos cometidos por el Asegurado, o las consecuencias de ellos, de los cuales sea autor o partícipe.
3. Actividades realizadas en cumplimiento del servicio militar obligatorio.
4. Infracción de las Leyes vigentes de la República Bolivariana de Venezuela o en cualquier otro país donde ocurran, por parte del Asegurado, siempre y cuando tal infracción en sí constituya un delito o falta en el momento que ocurra y sea la causa determinante del siniestro.
5. Lesiones como consecuencia de que el Asegurado participe activamente en motín, conmoción civil, disturbios populares, disturbios laborales y daños maliciosos.
6. Por gastos cuyas facturas presentadas no cumplan con las exigencias de la legislación de cada país.

**CLÁUSULA 7. COMPLICIDAD EN EL SINIESTRO**

Si un Beneficiario o terceras personas que obren por cuenta de éste, dolosamente causaren la muerte del Asegurado, quedará nula cualquier designación hecha a su favor. en este caso, la indemnización que pudiera corresponderle será pagadera a los demás Beneficiarios que no hayan participado en el acto doloso, o a los únicos y universales herederos del Asegurado.

**CLÁUSULA 8. EXTENSIÓN GEOGRÁFICA DEL SEGURO**

Los beneficios de Muerte Accidental, Invalidez Total y parcial, Servicio Funerario que otorga la presente póliza tienen validez en cualquier parte del mundo, donde se encuentre el Asegurado y procederán bajo la modalidad de reembolso cuando no opere una red de aliados de servicios.

El servicio de telemedicina establecerá en anexo especial las limitaciones territoriales que apliquen.

**CLÁUSULA 9. PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN**

El Asegurador pagará las indemnizaciones, una vez recibida toda la documentación exigida por el Asegurador para el análisis y liquidación del siniestro, de la siguiente manera:



- a) En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, se le pagará al Beneficiario designado por el Asegurado Titular, de existir varios Beneficiarios, el pago se hará de acuerdo con la distribución indicada por éste en la solicitud de seguro; en caso de no haberse indicado los porcentajes de distribución, se entenderá que la misma será de forma equitativa. Si los Beneficiarios designados fallecieran antes o simultáneamente con el Asegurado Titular, la parte correspondiente a éstos se repartirá, en partes iguales, entre los restantes y si todos han fallecido se pagará a los únicos y universales herederos del Asegurado Titular. En caso de no existir Beneficiarios designados, a los únicos y universales herederos del Asegurado Titular. El Asegurador pagará la Suma Asegurada, en partes iguales, entre aquellos que hubiesen comprobado tal carácter, quedando el Asegurador exento de toda responsabilidad para con las personas que se presenten como únicos y universales herederos con posterioridad al pago de la indemnización prevista en esta póliza.
- b) En caso de fallecimiento del (los) beneficiario (s) nombrado (s), se le pagará a los únicos y universales herederos del Asegurado Fallecido.
- c) En caso de invalidez, se le pagará al Asegurado o a su representante.

#### **CLÁUSULA 10. PERITAJE**

Si surgiere desacuerdo entre el Asegurado y el Asegurador para la fijación del importe de la indemnización que pudiera corresponder, de acuerdo con la cobertura contratada, el Asegurado podrá someterse al siguiente procedimiento:

1. Nombrar por escrito un perito único de común acuerdo entre las partes.
2. En caso de desacuerdo sobre la designación del perito único, se nombrarán por escrito dos (2) peritos, uno por cada parte, en el plazo de un (1) mes calendario a partir del día en que una de las dos partes haya requerido a la otra dicha designación.
3. En caso de que una de las dos partes se negare a designar o dejare de nombrar el perito en el plazo antes indicado, la otra parte entenderá que desiste del procedimiento.
4. si los dos (2) peritos así nombrados no llegaren a un acuerdo, el o los puntos en discrepancias serán sometidos al fallo de un tercer perito nombrado por ellos, por escrito y su apreciación agotará este procedimiento.
5. El perito único, los dos (2) peritos o el perito tercero, según sea en caso decidirán en que proporción las partes han de soportar los gastos relativos al peritaje.

El fallecimiento de cualesquiera de los dos (2) peritos, que aconteciera en el curso de las operaciones de peritaje, no anulará ni mermará los poderes, derechos o atribuciones del perito sobreviviente, asimismo, si el perito único o el perito tercero falleciera antes del dictamen final, las partes o los peritos que le hubieren nombrado según el caso quedan facultados para sustituirlo por otro.

El perito único, los dos (2) peritos o el perito tercero, según el caso, deberán conocer la materia relativa al peritaje.

Los peritos deberán dar su fallo por escrito dentro de un período de treinta (30) días continuos después de haber aceptado la designación.



Para los efectos de esta cláusula, se entiende por perito, el médico legalmente autorizado para el ejercicio de la profesión médica quien deberá tener una especialidad reconocida por una universidad legalmente autorizada para otorgar el título.

El procedimiento de peritaje previsto en esta cláusula será obligatorio si surgiere desacuerdo entre el Tomador, el Asegurado y el Asegurador para la fijación del importe del porcentaje de invalidez.

#### **CLÁUSULA 12. EXÁMENES MÉDICOS Y AUTOPSIA**

El Asegurador tiene derecho a someter al Asegurado a los exámenes y reconocimientos médicos necesarios y razonables, al momento de evaluación de cualquier siniestro presentado por éste, siendo por cuenta del Asegurador los gastos que se originen por tal concepto.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los Beneficiarios o sucesores prestar su conformidad y su concurso si fueren imprescindibles para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La autopsia o la exhumación deberán efectuarse con citación de los Beneficiarios o sucesores, quienes podrán designar un médico para representarlos. todos los gastos que se produzcan serán por cuenta del Asegurador, excepto los derivados del médico representante de los Beneficiarios o sucesores.

#### **CLÁUSULA 13. RESPONSABILIDAD DE LA EMPRESA**

La responsabilidad de **La Empresa** se limita únicamente al pago de los gastos médicos amparados en este contrato. En ningún caso responderá por las consecuencias de los actos del personal médico o paramédico que intervenga en la asistencia **El Contratante** o el Beneficiario o por los servicios que le proporcione cualquier Institución Hospitalaria, de diagnóstico o farmacéuticos.

**EL TOMADOR**

**POR EL ASEGURADOR**