



ZURICH[®]

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

POLIZA DE SEGURO DE “ACCIDENTES PERSONALES” INDIVIDUAL

ZURICH SEGUROS, S.A. en adelante denominada la ASEGURADORA, Registro de Información Fiscal (R.I.F.) N° J-00034024-2, debidamente inscrita en el Registro Mercantil Segundo de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda en fecha 9 de agosto de 1951, bajo el N° 672 del Tomo 3-C, e inscrita su modificación de cambio de nombre en fecha 25 de abril del 2001, bajo el N° 58, Tomo 72-A-Sgdo; con ubicación de su Sede Principal en la Avenida Francisco de Miranda, Torre Seguros Sud América, Piso 7 y 8, Urbanización El Rosal, Caracas, Inscrita en la Superintendencia de Seguros de Ministerio de Fomento con el No. 29; representada en este contrato por el Sr. CARLOS LUENGO DECARLI, C.I.: 6.157.489, en su condición de Vice-Presidente Ejecutivo (C.E.O), emite la presente Póliza con las siguientes características:

CONDICIONES GENERALES

1. OBJETO DEL SEGURO.

Mediante este seguro de personas la ASEGURADORA se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las Condiciones Particulares y Anexos, y a indemnizar al ASEGURADO TITULAR o BENEFICIARIO(S) la prestación correspondiente en caso de siniestro cubierto por esta Póliza y hasta por la Suma Asegurada indicada como límite en el Cuadro y Recibo de Póliza.

2. DEFINICIONES.

ASEGURADORA: ZURICH SEGUROS, S.A. quien asume los riesgos y se obliga en virtud del presente contrato.

TOMADOR: Persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena traspassa los riesgos a la ASEGURADORA, celebrando el presente contrato y se obliga a efectuar el pago de las primas.

ASEGURADO: persona natural expuesta a los riesgos cubiertos por esta Póliza. Se incluyen dentro de esta definición al ASEGURADO TITULAR y a sus DEPENDIENTES.

ASEGURADO TITULAR: Es la persona natural indicada como tal en el Cuadro y Recibo de Póliza.

DEPENDIENTES: Son aquellas personas que conviven o dependen económicamente del ASEGURADO TITULAR. Se entiende bajo esta definición a los hijos menores de 25 años y a los Padres menores de 75 años.

BENEFICIARIO(S): Se entiende como BENEFICIARIO(S) la(s) persona(s) natural(es) o jurídica(s) designada(s) por el ASEGURADO TITULAR, para recibir de la ASEGURADORA los beneficios que esta Póliza de seguro determina. El ASEGURADO TITULAR será el BENEFICIARIO de sus DEPENDIENTES.

DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO: Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, el Cuadro y Recibo de Póliza, y los Anexos que se emitan para complementarlo o modificarlo.

CUADRO Y RECIBO DE PÓLIZA: Documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: número de la Póliza, nombre del TOMADOR, del ASEGURADO y del(los) BENEFICIARIO(S), identificación completa de la ASEGURADORA, de su representante y domicilio principal, dirección del TOMADOR, dirección de cobro, nombre del intermediario de seguros, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma y lugar de pago, período de vigencia y firmas de la ASEGURADORA, del TOMADOR y del ASEGURADO TITULAR.

SUMA ASEGURADA: límite máximo de responsabilidad de la ASEGURADORA y que está indicado en el Cuadro y Recibo de Póliza.

PRIMA: Es la única contraprestación pagadera en dinero por el TOMADOR a la ASEGURADORA.



ZURICH[®]

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

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

REPRESENTANTE: Persona autorizada por el ASEGURADO TITULAR para que en caso de siniestro y con el único propósito de efectuar la tramitación correspondiente, actúe ante la ASEGURADORA en sustitución de él, si se encontrare imposibilitado para ejercer sus derechos.

3. VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

La ASEGURADORA 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 la ASEGURADORA o cuando ésta participe su aceptación a la solicitud efectuada por el TOMADOR, según corresponda.

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

4. RENOVACIÓN.

El contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior y por un plazo igual, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior. Las partes pueden negarse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de al menos treinta (30) días continuos de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso.

5. PLAZO DE GRACIA.

La ASEGURADORA concede un plazo de gracia para el pago de las primas de renovación de treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia anterior, en el entendido de que durante tal plazo la Póliza continuará vigente y en caso de ocurrir algún siniestro en ese período, la ASEGURADORA tendrá la obligación de pagar la indemnización correspondiente, previa deducción de la prima pendiente de pago.

En este caso, el monto a descontar será la prima completa que corresponda al período de la cobertura vigente para la fecha de ocurrencia del siniestro. Si el monto indemnizable es menor a la prima a descontar, el TOMADOR deberá pagar, antes de finalizar el plazo de gracia, la diferencia existente entre la prima y dicho monto. 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 de tiempo que resultare de dividir el monto del siniestro indemnizable entre la prima completa que corresponda al mismo período de la cobertura anterior multiplicado por el número de días que contenga dicho período.

6. PRIMAS.

El TOMADOR deberá pagar la prima de emisión en un plazo de dieciséis (16) días hábiles siguientes contados desde la fecha de celebración del contrato. En caso de que la prima no sea pagada en el plazo anterior o se haga imposible su cobro por causa imputable al TOMADOR, la ASEGURADORA tendrá derecho a resolver la Póliza o a exigir el pago de la prima debida con fundamento en la Póliza. Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte de la ASEGURADORA por dicho exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin interés de dichas primas.

Todas las primas correspondientes a este contrato podrán ser pagadas de forma mensual, trimestral, semestral o anual, según sea su forma de pago, directamente en las Oficinas de la ASEGURADORA o a través de cargos a cuentas que designare para tal fin el TOMADOR, previa autorización. No



ZURICH[®]

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

obstante, la ASEGURADORA podrá cobrar las primas a domicilio y dar aviso de sus vencimientos y, si lo hiciera, no sentará precedente de obligación y podrá suspender esta gestión en cualquier momento sin previo aviso.

En caso de ocurrir algún siniestro dentro del plazo aquí concedido, la ASEGURADORA pagará la prestación correspondiente, previa deducción de la prima pendiente de pago. En caso de primas fraccionadas se descontará la fracción de prima correspondiente, sin embargo si el monto del siniestro corresponde al cien por cien (100%) de la Suma Asegurada de la cobertura afectada, se descontará de la indemnización las primas que faltaren por pagar para completar la anualidad. Si el monto del siniestro fuese menor a la prima anual o fraccionada, según sea el caso, la ASEGURADORA no procederá a la indemnización hasta que el ASEGURADO no cancele la prima correspondiente.

7. PRIMAS FRACCIONADAS

La prima anual podrá ser fraccionada en periodos mensuales, trimestrales o semestrales, conservando en vigor la vigencia anual del contrato o cualquiera de sus anexos. La forma de pago de la prima se hará constar en el Cuadro y Recibo de Póliza.

Si por causa imputable al TOMADOR, la prima fraccionada no es pagadera en un plazo de dieciséis (16) días hábiles siguientes a la fecha de finalización del periodo fraccionado anterior, la póliza se considera terminada a partir de la fecha de dicho periodo.

En caso de ocurrir algún siniestro dentro del plazo aquí concedido, se aplicará lo dispuesto para las primas fraccionadas en el numeral 6 “**PRIMAS**” de estas Condiciones Generales.

8. DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD DE SEGURO.

La ASEGURADORA 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 pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver la Póliza mediante comunicación dirigida al TOMADOR, en el plazo de treinta (30) días continuos, contados a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el TOMADOR o el ASEGURADO. En caso de resolución, ésta se producirá a partir del decimosexto (16°) día siguiente a su notificación, siempre y cuando se encuentre a disposición del TOMADOR en la caja de la ASEGURADORA, la porción de la prima no consumida. Corresponderán a la ASEGURADORA las primas relativas al período transcurrido hasta el momento en que haga esta notificación. La ASEGURADORA no podrá resolver la Póliza cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que la ASEGURADORA haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haber conocido la verdadera naturaleza del riesgo. Cuando la Póliza esté referida a varias personas y la reserva o inexactitud se contrajese sólo a una o varias de ellas, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto a las restantes si ello fuere técnicamente posible.

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

9. INDISPUTABILIDAD



ZURICH[®]

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

No obstante, lo establecido en el numeral anterior, la ASEGURADORA no podrá impugnar este contrato una vez transcurrido el plazo de trescientos sesenta y cinco días (365) continuos, a contar desde la fecha de su celebración, salvo que el TOMADOR o el ASEGURADO haya actuado con dolo, en cuyo caso la ASEGURADORA quedará liberada del pago de la prestación y de la devolución de prima no consumida.

10. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.

La ASEGURADORA no está obligada al pago de la indemnización en los siguientes casos:

- a. Si el TOMADOR, ASEGURADO, su REPRESENTANTE, los BENEFICIARIOS o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, presentan una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo empleasen medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios.
- b. Si el TOMADOR, ASEGURADO, su REPRESENTANTE o los BENEFICIARIOS no pudiesen probar la ocurrencia del siniestro.
- c. Si el siniestro se inicia antes de la vigencia de la póliza y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta de la ASEGURADORA.
- d. Si el ASEGURADO TITULAR O LOS BENEFICIARIOS no notificaren el siniestro o no suministraren la información solicitada por la ASEGURADORA dentro de los plazos señalados en numeral seis (6) "Procedimiento en Caso de Siniestro" de las Condiciones Particulares.
- e. Si el TOMADOR, el ASEGURADO, su REPRESENTANTE o los BENEFICIARIOS actuasen con dolo, o si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del TOMADOR, del ASEGURADO, de su REPRESENTANTE o de los BENEFICIARIOS.
- f. Si el TOMADOR, el ASEGURADO, su REPRESENTANTE o los BENEFICIARIOS actuasen con culpa grave, o si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del TOMADOR, del ASEGURADO, de su REPRESENTANTE o de los BENEFICIARIOS. No obstante la ASEGURADORA estará obligada al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con la ASEGURADORA en lo que respecta a la póliza.
- g. Si el TOMADOR, el ASEGURADO TITULAR o su REPRESENTANTE, no notificare a la ASEGURADORA cualquier cambio en su ocupación o actividad que agrave el riesgo, siempre que el incumplimiento se deba a dolo del TOMADOR o el ASEGURADO.
- h. Si el TOMADOR, el ASEGURADO TITULAR o su REPRESENTANTE, no notificare a la ASEGURADORA cualquier cambio en su ocupación o actividad que agrave el riesgo, siempre que el incumplimiento se deba a culpa grave del TOMADOR o el ASEGURADO. No obstante la ASEGURADORA estará obligada al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con la ASEGURADORA en lo que respecta a la póliza.
- i. Si el TOMADOR o el ASEGURADO provocare intencionalmente el accidente.
- j. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares y Anexos de la Póliza.

11. EXCLUSIONES

A los efectos de esta Póliza no se consideran accidentes:

- a. El suicidio o tentativa de suicidio y consecuencias de los mismos.
- b. Los causados intencionalmente por el ASEGURADO, los sufridos por imprudencia, negligencia o impericia, las enfermedades, lesiones corporales o mentales y las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por esta Póliza.



ZURICH[®]

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

- c. Los sufridos por tomar parte en carreras, concursos de velocidad o resistencia, apuestas y sus entrenamientos, exploraciones y cualquier empresa arriesgada o peligrosa.
- d. Las hernias de cualquier naturaleza y sus consecuencias.
- e. Los ocasionados a consecuencia de guerra, insurrección, movimientos telúricos, inundación, terrorismo, y cualquier hecho que las leyes califiquen como delitos contra la seguridad interior del Estado.
- f. Por la participación activa del ASEGURADO en motín, conmoción civil, daños maliciosos y cualquier hecho que las leyes califiquen como delitos contra la seguridad interior del Estado.
- g. Los causados por fisión o fusión nuclear, o radioactividad, epidemias o envenenamientos.
- h. Los causados por la práctica profesional de cualquier deporte.
- i. Los ocurridos mientras el ASEGURADO se encuentre viajando como piloto o tripulante de cualquier tipo de aeronave, o como pasajero de helicóptero privado.
- j. Los ocurridos con anterioridad a la entrada en vigencia de este seguro, aunque éstas se manifiesten durante su vigencia.
- k. La participación activa del ASEGURADO en peleas, riñas, siempre que no sea en legítima defensa.
- l. Enfermedades o estados patológicos producidos de manera intencional, o por la ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin la prescripción médica.

12. PAGO DE INDEMNIZACIONES.

La ASEGURADORA tendrá la obligación de indemnizar el monto del siniestro cubierto dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que la ASEGURADORA haya recibido el último recaudo por parte del TOMADOR, del ASEGURADO, su REPRESENTANTE o del BENEFICIARIO, salvo por causa extraña no imputable a la ASEGURADORA.

13. RECHAZO DEL SINIESTRO.

La ASEGURADORA deberá notificar por escrito al ASEGURADO o a los BENEFICIARIOS, dentro del plazo señalado en el numeral anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo total o parcial de la indemnización exigida.

14. PLURALIDAD DE SEGUROS.

El TOMADOR o el ASEGURADO deberá comunicar a la ASEGURADORA en la Solicitud de Seguro la celebración de cualquier otro seguro que ampare iguales riesgos a los cubiertos por esta Póliza. Igualmente, tal circunstancia deberá ser comunicada a la ASEGURADORA por el TOMADOR, el ASEGURADO o el BENEFICIARIO, al momento de la notificación del siniestro si la contratación ocurrió después de la emisión de esta póliza. Para el caso de la Cobertura de Gastos Médicos, el ASEGURADO escogerá el orden en que presentará las reclamaciones y las empresas de seguros deberán indemnizar, según los límites de sus pólizas, hasta llegar al monto total de la reclamación.

15. ARBITRAJE.



ZURICH[®]

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la Póliza. La tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil. El Superintendente de Seguros actuará directamente o a través de los funcionarios que designe como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la Póliza. Las partes fijarán el procedimiento a seguir; en caso contrario se aplicará el procedimiento previsto en la ley que rige la materia de arbitraje. En este caso, la decisión deberá ser adoptada en un plazo que no exceda de treinta (30) días hábiles una vez finalizado el lapso probatorio. El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

16. CADUCIDAD

El TOMADOR, el ASEGURADO o el BENEFICIARIO perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra la ASEGURADORA o convenir con ésta el Arbitraje previsto en el numeral anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación:

- En caso de rechazo del siniestro, trescientos sesenta y cinco (365) días continuos a partir de la fecha de notificación del rechazo.
- En caso de incorfomidad con el pago de la indemnización, trescientos sesenta y cinco (365) días continuos a partir de la fecha en que la ASEGURADORA hubiere efectuado el pago.
- En caso de inconformidad con el servicio prestado, trescientos sesenta y cinco (365) días continuos contados a partir de la fecha en que la ASEGURADORA hubiere efectuado la prestación del servicio.

Cuando el ASEGURADO haya sido declarado ausente por un tribunal competente, se aplicarán los procedimientos y plazos previstos en Código Civil de la República Bolivariana de Venezuela.

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

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

17. PERITAJE

Cuando el ASEGURADO o el BENEFICIARIO no esté de acuerdo con la evaluación de una incapacidad o pérdida o con la indemnización de un siniestro, podrá someterse al siguiente procedimiento:

- a. Nombrar por escrito un Perito único de común acuerdo entre las partes.
- b. En caso de desacuerdo sobre la designación del Perito único, se nombrarán por escritos dos Peritos, uno por cada parte, en el plazo de treinta (30) días continuos a partir del día en que una de las dos partes haya requerido a la otra dicha designación.
- c. Si una de las dos partes se negare a designar o dejare de nombrar el Perito en el plazo estipulado la otra parte entenderá que desiste del procedimiento.
- d. Si los dos Peritos así nombrados no llegaren a un acuerdo, el o los puntos de discrepancia serán sometidos al fallo de un tercer Perito nombrado por ellos, por escrito, y su apreciación agotará este procedimiento.

Los Peritos deberán dar su fallo por escrito dentro de un período de treinta (30) días continuos después de haber aceptado la designación. Los Peritos harán sus evaluaciones ateniéndose a las condiciones del contrato. Los gastos de peritaje serán sufragados en partes iguales por la ASEGURADORA y el ASEGURADO, a falta de éste por sus BENEFICIARIOS o herederos legales.



ZURICH[®]

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

El fallecimiento de cualesquiera de los dos 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, la parte o los Peritos que le hubieren nombrado, según el caso, quedan facultados para sustituirlo por otro.

Para los efectos de este Numeral, se entiende por Perito el Médico legalmente autorizado para el ejercicio de la profesión médica, que tenga una especialidad reconocida por la Federación Médica Venezolana y con experiencia en la materia que originó el peritaje.

18. PRESCRIPCIÓN.

Las acciones derivadas de la Póliza prescriben a los tres (3) años contados a partir del siniestro que dio nacimiento a la obligación.

19. AVISOS.

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a la Póliza deberá hacerse mediante comunicación escrita, correo electrónico o telegrama, con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal o sucursal de la ASEGURADORA o a la dirección del TOMADOR o del ASEGURADO que conste en la Póliza, según sea el caso.

También se consideraran como comunicación de parte del ASEGURADO a la ASEGURADORA, las llamadas realizadas al centro de atención de llamadas 0 800 ZURICH1 (0 800 9874241).

20. ANEXOS.

Solamente los funcionarios autorizados por la ASEGURADORA tendrán facultad para emitir Anexos a la presente Póliza. Para que éstos tengan validez y puedan considerarse parte integrante de la misma, deben ser emitidos en los formularios usuales de la ASEGURADORA y estar debidamente firmados por uno de sus funcionarios y por el TOMADOR. Los Anexos prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales.

21. MODIFICACIONES.

Toda modificación a las condiciones de esta Póliza entrará en vigor una vez que el TOMADOR o ASEGURADO TITULAR notifique su consentimiento a la proposición formulada por la ASEGURADORA, o cuando ésta participe al TOMADOR o al ASEGURADO TITULAR su aceptación a la solicitud de modificación por éste efectuada.

Si la modificación requiere pago de prima adicional se aplicará lo dispuestos para el contrato en los numerales tres (3) "VIGENCIA DE LA PÓLIZA" y seis (6) "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 la ASEGURADORA con la emisión del Cuadro y Recibo de Póliza, en el que se modifique la Suma Asegurada, y por parte del TOMADOR mediante comunicación escrita o por el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere.

Se consideran aceptadas las solicitudes escritas de prorrogar o modificar la póliza, si la ASEGURADORA no rechaza la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido.

22. MONEDA.

En caso de que para el momento de pago de la prima o de las indemnizaciones a consecuencia de un siniestro cubierto por esta Póliza, no existiese en la República Bolivariana de Venezuela un mercado de libre convertibilidad de divisas o si existiese un control de cambio o un régimen o cualquier acto de



ZURICH[®]

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

organismo gubernamental competente de la República Bolivariana de Venezuela, decreto, reglamento o regulación que de forma alguna limite, restrinja o impida la libre convertibilidad de Bolívares a cualquier moneda extranjera oficial o viceversa, el TOMADOR deberá a su absoluta e irrestricta opción pagar la prima en Bolívares, en cuyo caso, la tasa de cambio aplicable a la conversión será la tasa de cambio oficial para la venta vigente para la fecha de pago; así como el pago de las indemnizaciones por parte de la ASEGURADORA, se harán en Bolívares, a la tasa de cambio oficial para la venta vigente para la fecha en que realice el pago.

23. DOMICILIO.

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

CONDICIONES PARTICULARES

1. OTRAS DEFINICIONES.

ACCIDENTE: Es toda lesión corporal sufrida por el ASEGURADO derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del TOMADOR o del ASEGURADO, que produzca la muerte, invalidez permanente o incapacidad temporal del ASEGURADO.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE, CRÓNICA O RECURRENTE: Es toda enfermedad que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha en que se haya celebrado este contrato de seguros y que sea conocida por el TOMADOR, el ASEGURADO o el BENEFICIARIO.

2. RIESGOS CUBIERTOS – COBERTURA BÁSICA.

Mediante la emisión de la presente póliza, la ASEGURADORA se compromete a indemnizar al ASEGURADO TITULAR o al BENEFICIARIO(S), según corresponda, en caso de siniestro ocurrido dentro del período de vigencia del seguro, la suma asegurada contratada correspondiente para cada una de las siguientes coberturas:

- a. Muerte Accidental**
- b. Invalidez Permanente**
- c. Gastos Médicos**
- d. Servicio de Asistencia al Viajero**

a. CONDICIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL

Mediante esta cobertura la ASEGURADORA pagará a los BENEFICIARIOS la Suma Asegurada contratada para esta Cobertura, indicada en el Cuadro y Recibo de Póliza, si a consecuencia de un accidente sufrido por el ASEGURADO durante la vigencia de esta Póliza y dentro del plazo de 365 días continuos a la fecha de ocurrencia del mismo, le sobreviniere la muerte.

b. CONDICIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE DEBIDO A ACCIDENTES

Mediante esta cobertura la ASEGURADORA se obliga a pagar al ASEGURADO TITULAR o su REPRESENTANTE, la cantidad resultante de aplicar el porcentaje estipulado en la TABLA DE INDEMNIZACIÓN a la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, indicada en el Cuadro



ZURICH[®]

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

y Recibo de Póliza, si a consecuencia de un accidente cubierto le sobreviniere al ASEGURADO, dentro del plazo de 365 días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, cualesquiera de las pérdidas indicadas en dicha tabla.

TABLA DE INDEMNIZACIÓN

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

Porcentaje

Parálisis Completa	100%
Enajenación mental incurable que excluya todo trabajo	100%
Ceguera absoluta de ambos ojos	100%
Lesiones incurables de la médula espinal que impida por completo el movimiento.	100%
Pérdida por amputación o inutilización absoluta de ambos brazos, ambas piernas, ambos pies o una mano conjuntamente con una pierna o un pie	100%

INVALIDEZ PARCIAL Y PERMANENTE

Porcentaje

Pérdida completa de un ojo o de su visión	40%
Pérdida del habla	50%
Sordera Total bilateral	50%
Sordera Total unilateral	25%
Ablación del maxilar inferior	25%
Fractura mal consolidada del maxilar inferior que cause trastornos graves en la masticación, alimentación o habla	25%

Miembros Superiores

Derecho

Izquierdo

Porcentaje

Un Brazo o una mano	65%	55%	
Dedo pulgar e índice	25%	20%	
Dedo pulgar	20%	15%	
Dedo índice	15%	10%	
Otros dedos de la mano			6%
Hombro			15%
Muñeca o Codo			15%

Miembros Inferiores

Porcentaje

Pierna por encima de la rodilla	60%
Pierna por debajo o a nivel de la rodilla	60%
Dedo gordo del pie	6%
Otro dedo del pie	4%
Rodilla	25%
Tobillo	20%
Fractura no consolidada de una pierna	30%
Fractura no consolidada de una rótula o de un pie	20%

Quando el ASEGURADO hubiere declarado en la Solicitud de Seguro ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnización fijados para los miembros superiores.



ZURICH[®]

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

En caso de varias pérdidas o inutilizaciones a consecuencia de un mismo accidente, se sumarán los importes correspondientes a cada una de ellas, sin que el total pueda exceder de la Suma Asegurada para esta Cobertura. Cuando la invalidez así establecida llegare al ochenta por ciento (80%), se considerará Invalidez Total y se pagará por consiguiente el cien por cien (100%) de la Suma Asegurada.

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

Los casos de pérdidas o inutilización no contemplados en la TABLA DE INDEMNIZACIÓN se indemnizarán según su gravedad comparándolos con los señalados en dicha tabla.

Cualquier indemnización pagada durante la vigencia de esta Póliza por concepto de alguna Invalidez Permanente disminuirá la Suma Asegurada para esta Cobertura; en consecuencia, es sobre el remanente que se aplicarán los porcentajes de indemnización por Invalidez Permanente en caso de ocurrir nuevos accidentes en el mismo período y sujetos a este beneficio.

Para los efectos de este seguro se entiende por Pérdida o Inutilización, aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano lesionado.

c. CONDICIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE GASTOS MEDICOS DEBIDO A ACCIDENTE

Mediante esta cobertura la ASEGURADORA se compromete a pagar al ASEGURADO TITULAR o sus BENEFICIARIO(S), hasta por la Suma Asegurada indicada en el Cuadro y Recibo de Póliza, el monto de los gastos por atención médica, hospitalaria, ambulancia y de farmacia en que haya incurrido, si a consecuencia de un accidente cubierto y dentro del plazo de 365 días continuos a la fecha de ocurrencia del mismo el ASEGURADO necesitare someterse a cualquier clase de intervención quirúrgica u hospitalización necesaria para el restablecimiento de la salud.

Cualquier indemnización pagada durante la vigencia de la presente póliza, por concepto de gastos médicos, disminuirá la Suma Asegurada para esta Cobertura; en consecuencia, es sobre el remanente que la ASEGURADORA pagará las indemnizaciones por gastos médicos en caso de ocurrir nuevos accidentes en la misma vigencia de esta póliza.

d. CONDICIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE SERVICIO DE ASISTENCIA AL VIAJERO DEBIDO A ACCIDENTE

Mediante esta cobertura las PERSONAS BENEFICIARIAS disponen de los servicios de asistencia al viajero descritos más adelante, por la ocurrencia de un accidente o enfermedad acaecida únicamente cuando las PERSONAS BENEFICIARIAS se encuentre de viaje.

d.1. PERSONAS BENEFICIARIAS.

A los efectos de este servicio, se consideran PERSONAS BENEFICIARIAS:

- La persona que aparezca como ASEGURADO en la Solicitud de Seguro o Cuadro y Recibo de Póliza.
- El cónyuge, ascendientes y descendientes en primer grado de consanguinidad del ASEGURADO, siempre que convivan con éste y a sus expensas, aunque viajen por separado.

d.2. ÁMBITO TERRITORIAL.



ZURICH[®]

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

Los servicios de asistencia serán válidos a partir de los veinticinco (25) kilómetros de distancia del domicilio habitual y de la dirección que figura en el Cuadro y Recibo de Póliza.

Las garantías referidas en los numerales d.3, d.4 y d.5 tendrán validez desde el domicilio de la PERSONA BENEFICIARIA, es decir, no estarán condicionados a la limitación arriba señalada y los numerales d.9, d.10, d.11, d.12 y d.13 tendrán validez únicamente en el extranjero, es decir fuera de Venezuela.

d.3. ORIENTACIÓN MÉDICA.

En caso que la PERSONA BENEFICIARIA presente en su domicilio algún síntoma de enfermedad repentina, no pre-existente, la ASEGURADORA, a través de un personal médico calificado, le proporcionará orientación médica telefónica, no dará un diagnóstico pero le asesorará con respecto a los pasos inmediatos que deberá seguir.

d.4. REFERENCIA MÉDICA.

En caso que la PERSONA BENEFICIARIA requiera de un diagnóstico médico contará con el asesoramiento de personas calificadas, las cuales le indicarán los pasos inmediatos que deberá seguir y a petición de la PERSONA BENEFICIARIA se procurará la realización de un diagnóstico apropiado:

- a) Mediante la visita personal al domicilio de la PERSONA BENEFICIARIA de un médico o
- b) Concertando, una cita para la PERSONA BENEFICIARIA en un centro médico, cuyos costos correrán por cuenta de la PERSONA BENEFICIARIA.

Vale destacar que el envío de un médico a domicilio se garantiza en siguientes ciudades: Caracas, Valencia, Maracaibo y todo el Estado Nueva Esparta. En las localidades restantes queda sujeto a disponibilidad.

d.5. TRASLADO MÉDICO.

En caso de accidente o enfermedad de la PERSONA BENEFICIARIA durante el período de vigencia de esta póliza, previa evaluación del Equipo médico de la ASEGURADORA se garantiza:

- a) El traslado en ambulancia desde su domicilio hasta el Centro Hospitalario más apropiado.
- b) El traslado desde el Centro Hospitalario hasta su domicilio, después de haber recibido asistencia médica de emergencia y de acuerdo con el Médico tratante, en ambulancia, auto y/o avión de línea regular. La aeroambulancia se utilizará en caso de que las heridas o enfermedad sean de tal gravedad que este medio sea el más adecuado, según el criterio del Médico tratante y del Equipo médico de la ASEGURADORA. Nunca se podrá utilizar la aeroambulancia para transportes intercontinentales.

d.6. TRASLADO PARA UN FAMILIAR DE LA PERSONA BENEFICIARIA.

Si la PERSONA BENEFICIARIA debe permanecer hospitalizada por un período superior a cinco (5) días, se le otorgará a un familiar o persona designada por la misma y residente en Venezuela, un pasaje de ida y vuelta en clase turista para visitarle.

d.7. ESTANCIA PARA UN FAMILIAR ACOMPAÑANTE.

En caso de utilizar la garantía indicada en el apartado anterior, la ASEGURADORA organizará y pagará el alojamiento del acompañante a razón de USD \$100 diarios o su equivalente en VEB (bolívares) de la República Bolivariana de Venezuela a la tasa de cambio oficial vigente para la venta, con un máximo de cinco (5) días.

d.8. REGRESO ANTICIPADO.



ZURICH[®]

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

Si durante un viaje de la PERSONA BENEFICIARIA se produjese el fallecimiento súbito o accidental de su cónyuge o de algún familiar del primer grado de consanguinidad, la ASEGURADORA organizará y tramitará el retorno anticipado de la PERSONA BENEFICIARIA a su domicilio habitual y pagará los gastos suplementarios incurridos en caso de no poder utilizar su boleto original.

d.9. REPATRIACIÓN EN CASO DE FALLECIMIENTO/ENTIERRO LOCAL.

En caso de fallecimiento de la PERSONA BENEFICIARIA, la ASEGURADORA hará los arreglos que sean necesarios, incluyendo las acciones necesarias para cumplir las formalidades oficiales, organizará y pagará:

- a) La repatriación del cuerpo o de sus cenizas al lugar de sepultura en el país o lugar de residencia permanente. No quedan incluidos los gastos de funeral, ni de entierro; o,
- b) A solicitud de los herederos o representantes de la PERSONA BENEFICIARIA, el entierro local de dicha persona, en el entendido que la responsabilidad de la ASEGURADORA, por dicho entierro en el ámbito local, estará limitada al equivalente del costo de repatriación de los restos conforme a lo establecido en este numeral.

d.10. GARANTÍA DE GASTOS MÉDICOS.

En caso de enfermedad o accidente de la PERSONA BENEFICIARIA durante el período de vigencia de la póliza, la ASEGURADORA coordinará los servicios médicos necesarios y pagará los honorarios médicos, gastos de exámenes prescritos, gastos de hospitalización, intervenciones quirúrgicas y otros tratamientos médicos hasta USD \$2500 sin deducible por viaje. Dicho importe incluye un tope de USD \$500 por gastos farmacéuticos no hospitalarios. También la ASEGURADORA pagará los gastos dentales de emergencia hasta USD \$500,00. Estos montos podrán ser cancelados a su equivalente en VEB (bolívares) de la República Bolivariana de Venezuela a la tasa de cambio oficial vigente para la venta.

d.11. GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA.

Si por consideraciones médicas la PERSONA BENEFICIARIA después de ser dada de alta del hospital necesita prolongar su convalecencia, la ASEGURADORA pagará los gastos de alojamiento a razón de USD \$100 por día o su equivalente en VEB (bolívares) de la República Bolivariana de Venezuela a la tasa de cambio oficial vigente para la venta, con un máximo de diez (10) días.

d.12. TRANSMISIÓN DE MENSAJES.

La PERSONA BENEFICIARIA contará con el servicio de transmisión de mensajes urgentes que requiera derivados de los servicios prestados en virtud de las presentes garantías.

d.13. BÚSQUEDA Y TRANSPORTE DE EQUIPAJES.

En caso de robo o extravío de equipajes, la ASEGURADORA prestará asesoramiento a la PERSONA BENEFICIARIA para la denuncia de los hechos y le ayudará en su búsqueda del equipaje. Si los objetos fueran recuperados, la ASEGURADORA se encargará del traslado de los mismos hasta el lugar donde se encuentre la PERSONA BENEFICIARIA de viaje o hasta su domicilio.

d.14. OBLIGACIONES GENERALES DE LA PERSONA BENEFICIARIA.

d.14.1. Limitación: La PERSONA BENEFICIARIA una vez que se produzca un accidente o incidente que pueda motivar una intervención asistencial, deberá emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro.



ZURICH[®]

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

d.14.2. Cooperación: En caso de no prestarse el servicio, la PERSONA BENEFICIARIA cooperará con el fin de permitir, en caso de ser necesario, se recuperen los pagos, gastos e indemnizaciones incurridos por ésta. Dicha cooperación incluirá la entrega de los documentos y recibos que sean necesarios para dichos efectos, y el apoyo que pueda dar para cumplir las formalidades necesarias.

d.14.3. Subrogación: La ASEGURADORA queda subrogada de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto indemnizado por concepto de la presente cobertura de SERVICIO DE ASISTENCIA AL VIAJERO debido a Accidente, en los derechos y acciones de la PERSONA BENEFICIARIA contra los terceros responsables.

d.15. CONDICIONES DE ACCESO A LA ASISTENCIA EN VIAJES.

d.15.1. Duración de Viajes: Serán cubiertos los siniestros ocurridos durante viajes inferiores a noventa (90) días.

d.15.2. Limitación para Reembolsos: En caso de que no pueda prestarse el servicio, por causa extraña no imputable a la ASEGURADORA, la PERSONA BENEFICIARIA no tendrá derecho a reembolso por cualquier gasto cubierto en este servicio de asistencia, salvo que haya efectuado la notificación correspondiente a la ASEGURADORA.

d.16. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA DE SERVICIO DE ASISTENCIA AL VIAJERO

Quedan excluidas las reclamaciones que sean consecuencia de:

- a) **Guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (con o sin declaración de guerra), guerra civil, rebelión, insurrección, actos de terrorismo, manifestaciones o movimiento populares, daños maliciosos y cualquier hecho que las leyes califiquen como delitos contra la seguridad interior del Estado.**
- b) **Autolesiones o la participación de la PERSONA BENEFICIARIA en actos criminales.**
- c) **La participación de la PERSONA BENEFICIARIA en peleas, riñas, siempre que no sean en legítima defensa.**
- d) **La participación de la PERSONA BENEFICIARIA en carreras de caballo, de bicicletas y en cualquier clase de carrera de coches y exhibiciones, u otros deportes peligrosos**
- e) **La práctica de deportes profesionales, o la participación en competencias oficiales o exhibiciones.**
- f) **Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.**
- g) **Cualquier enfermedad preexistente, crónica o recurrente. La convalecencia se considerará como parte de la enfermedad.**
- h) **Embarazo, durante los últimos tres (3) meses antes de la fecha prevista del parto, así como este último y los exámenes prenatales.**
- i) **Enfermedades mentales o alienación.**
- j) **Enfermedades o estados patológicos producidos de manera intencional, o por la ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin la prescripción médica.**
- k) **Suicidio o sus consecuencias.**
- l) **Enfermedad ocurrida durante un viaje realizado en contra de prescripción médica.**
- m) **El Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (SIDA) y las enfermedades derivadas del mismo.**
- n) **Los chequeos médicos y consultas pre-marcadas.**



ZURICH[®]

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

3. COBERTURA RESTRINGIDA.

Las coberturas ofrecidas mediante esta póliza, podrán ser contratadas por el TOMADOR bajo cualquiera de las siguientes modalidades, si así lo prefiere:

- **Accidentes solo en horas laborales:** Ampara a los ASEGURADOS por los accidentes que puedan sufrir cuando se encuentren desempeñando funciones propias de la actividad profesional.
- **Accidentes durante la vida privada:** Ampara a los ASEGURADOS por los accidentes que puedan sufrir cuando no se encuentren desempeñando funciones propias de la actividad profesional.

Si fuere el caso, la modalidad de Cobertura Restringida contratada por el TOMADOR, estará indicada en el Cuadro y Recibo de Póliza.

4. BENEFICIARIOS.

El ASEGURADO TITULAR tiene el derecho de designar en la Solicitud de Seguro a sus BENEFICIARIO(S), si la designación se hace a favor de varios BENEFICIARIOS, la prestación convenida se distribuirá, salvo convención en contrario, 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.

En el caso de que los BENEFICIARIOS fueren los herederos del ASEGURADO TITULAR, la ASEGURADORA queda autorizada por éste a pagar el monto de la cobertura afectada a aquellos herederos que hubieren comprobado tal carácter durante los noventa (90) días subsiguientes a la muerte del ASEGURADO TITULAR, considerando a éstos como sus BENEFICIARIOS.

El ASEGURADO TITULAR tiene derecho en cualquier momento de cambiar de BENEFICIARIOS.

5. PERDIDA DE LA CUALIDAD DE BENEFICIARIO.

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



ZURICH[®]

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

6. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.

En caso de siniestro ocurrido durante la vigencia de la Póliza, el TOMADOR, el ASEGURADO, su REPRESENTANTE o el BENEFICIARIO hará la notificación a la ASEGURADORA dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de la ocurrencia del siniestro. Una vez efectuada la notificación, deberá dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de notificación, suministrar a la ASEGURADORA, como requisito para reclamar el pago correspondiente, la siguiente información o documentos, conjuntamente con la planilla de Notificación de siniestro debidamente completada:

a. EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO.

Referentes al ASEGURADO

- Fotocopia de la Cédula de Identidad del ASEGURADO
- Partida de Nacimiento (Original).
- Partida de Defunción (Original).
- Copia certificada de Informe del Forense, Copia certificada informe de: Inspectoría de Tránsito. Informe Policial, Judicial o de Fiscalía, según corresponda el caso. Resultado de investigación judicial sobre las causas que originaron el deceso. (Original o copia certificada).
- Original del Informe Médico de la causa de fallecimiento del ASEGURADO.

Referentes a BENEFICIARIO(S) DESIGNADO(S)

- Presentar la planilla de declaración de siniestro completada por algún BENEFICIARIO(S), médico tratante y clínica.
- Original del Cuadro y Recibo de Póliza.
- Partida de Nacimiento de cada uno de los BENEFICIARIOS (Original).
- Fotocopia de la Cédula de Identidad de cada uno de los BENEFICIARIOS.
- Original del Acta de matrimonio, en caso de que el BENEFICIARIO sea el cónyuge.
- Original de Carta de Autorización del Tribunal de Protección del Niño y del Adolescente (en caso de existir niños, niñas y adolescentes como BENEFICIARIO), dirigida a nombre de Zurich Seguros S.A.

Si no existe(n) BENEFICIARIO(S) DESIGNADO(S)

- Los requerimientos antes indicados aplican para los herederos legales del occiso. Si no existen herederos legales directos se deberá presentar declaración de Único(s) Universal(es) Heredero(s) en original, conjuntamente con la partida de nacimiento.
- Copia de cédulas de identidad de las personas declaradas como Únicos(s) Universal(es) Heredero(s).
- Partida de Nacimiento de las personas declaradas como Únicos(s) Universal(es) Heredero(s) (Original).

b. EN CASO DE SERVICIO DE LESIONES POR ACCIDENTE.

- Presentar la planilla de declaración de siniestro completada por el ASEGURADO, médico tratante y clínica
- Presentar facturas originales, emitidas bajo requerimientos del SENIAT debidamente selladas y avaladas con sus recipes médicos.
- Informe médico emitido por la institución y médico tratante donde fue atendido por emergencia (ingreso, diagnóstico, paraclínicos, terapia y egreso)
- Anexar radiografías, exámenes de laboratorios y otros documentos que avalen el reclamo
- Carta narrativa de hechos elaborada por el ASEGURADO.



ZURICH[®]

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

- Informe de las autoridades que intervinieron en el accidente (Copia certificada)

c. EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

- Presentar la planilla de declaración de siniestro completada por el ASEGURADO, médico tratante y clínica
- Presentar facturas originales, emitidas bajo requerimientos del SENIAT debidamente selladas y avaladas con sus recipes médicos.
- Informe médico al detectarse la incapacidad, amplio y detallado preferiblemente impreso o en su defecto letra de molde (Original)
- Anexar radiografías, exámenes de laboratorios y otros documentos que avalen el reclamo
- Informe(nes) médico(s) de la incapacidad, que certifique la misma (Original)
- De igual manera, al séptimo mes deberá entregar el(los) Informe(nes) médico(s) que certifique la evolución de la misma (Original).
- Certificación de incapacidad emitido por el I.V.S.S. (Original).

d. EN CASO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTES

- Presentar la planilla de declaración de siniestro completada por el ASEGURADO, médico tratante y clínica
- Presentar facturas originales, emitidas bajo requerimientos del SENIAT debidamente selladas y avaladas con sus recipes médicos.
- Informe medico emitido por la institución y médico tratante donde fue atendido por emergencia (ingreso, diagnostico, paraclínicos, terapia y egreso)
- Anexar radiografías, exámenes de laboratorios y otros documentos que avalen el reclamo
- Informe de las autoridades que intervinieron en el accidente (Copia certificada)

e. EN CASO DE SERVICIO DE ASISTENCIA AL VIAJERO.

- En caso de solicitud de urgencia y/o de una situación de asistencia y antes de iniciar cualquier acción o cualquier pago, la PERSONA BENEFICIARIA debe contactar a la ASEGURADORA al 0800-ZURICH1(0800-9874241), y proporcionar los siguientes datos:
 - a) Nombre completo de la PERSONA BENEFICIARIA.
 - b) Número de póliza
 - c) Lugar donde se encuentra y número de teléfono donde la ASEGURADORA pueda contactarle.
 - d) Comunicar al operador el tipo de asistencia que desea.

La llamada podrá ser a cobrar, y en caso de que tal sistema no fuese posible la ASEGURADORA reembolsará los gastos de comunicación contra presentación de los comprobantes de dichas comunicaciones.

El equipo médico de la ASEGURADORA tendrá libre acceso a la historia clínica de la PERSONA BENEFICIARIA para enterarse de su condición. Si la PERSONA BENEFICIARIA negase dicho acceso sin justificación razonable, se entenderá que la PERSONA BENEFICIARIA renuncia a su derecho de recibir la Asistencia Medica.

- En caso de que peligre la vida de la PERSONA BENEFICIARIA, ésta o su representante deberá, siempre, tomar las medidas necesarias para ser transferido de emergencia a un



ZURICH[®]

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

hospital cercano al lugar de los acontecimientos, y a través de los medios más inmediatos, y una vez hecho, tan pronto como sea posible, deberán comunicarse con la ASEGURADORA a fin de proporcionar la información apropiada.

- En caso de presentarse un daño corporal o enfermedad que tenga por resultado la hospitalización de la PERSONA BENEFICIARIA antes de poder dar aviso a la ASEGURADORA, la PERSONA BENEFICIARIA o su representante, tan pronto como sea posible, deberá contactar con la ASEGURADORA, dentro de los noventa (90) días siguientes al acontecimiento de dicho daño corporal o enfermedad.

A falta de aviso dentro del período anteriormente señalado, la ASEGURADORA considerará a la PERSONA BENEFICIARIA como responsable de todos los costos y gastos ocasionados por el retraso del mismo en informar el suceso.

- En caso de la PERSONA BENEFICIARIA solicitar traslado médico o repatriación, deberá facilitar los siguientes datos:
 - a) Nombre, dirección y teléfono del centro hospitalario donde se encuentre internado la PERSONA BENEFICIARIA.
 - b) Nombre, dirección y teléfono del médico local y, en caso necesario del médico de cabecera.

En cada caso, la ASEGURADORA de acuerdo con el médico local, decidirá la fecha y el medio de transporte.

En caso de que la ASEGURADORA tuviera que pagar el costo del transporte de la PERSONA BENEFICIARIA, esta última deberá entregar el boleto aéreo o pasaje no utilizado o su contravalor, si tiene derecho a reembolso del mismo.

LA ASEGURADORA podrá solicitar documentos adicionales, a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad, dicha solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó a la ASEGURADORA el último de los documentos requeridos en los literales anteriores. En este caso, se establece un plazo de diez (10) días hábiles para la presentación de los recaudos solicitados por la ASEGURADORA, contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos.

La ASEGURADORA, a su costo, tendrá derecho y la oportunidad de examinar al ASEGURADO cuantas y tantas veces como pudiera exigirlo durante la tramitación de una reclamación bajo esta Póliza.

En caso de fallecimiento del ASEGURADO, la ASEGURADORA se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver, siempre que las Leyes vigentes lo permitan, para establecer las causas de la muerte, debiendo los BENEFICIARIOS prestar su conformidad y su concurso si fuese imprescindible para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales.

La autopsia o la exhumación deberá efectuarse con citación de los BENEFICIARIOS, quienes podrán designar un médico para representarlos. Todos los gastos que se produzcan serán pagados por la ASEGURADORA, excepto los derivados del médico representante de los BENEFICIARIOS.

7. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

- a. Si el BENEFICIARIO incumpliere las obligaciones establecidas en el numeral seis (6) "Procedimiento en caso de Siniestro", a menos que demuestre que el incumplimiento se debió a causa extraña no imputable a él.
- b. La ASEGURADORA quedará exenta de toda responsabilidad para con los herederos que no hayan concurrido dentro del plazo señalado en el numeral cuatro (4) "Beneficiarios" a comprobar su calidad de herederos.



ZURICH[®]

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

8. PERSONAS ASEGURABLES EN CALIDAD DE ASEGURADO TITULAR.

Son asegurables con carácter de ASEGURADO TITULAR aquellas personas que tengan edades comprendidas entre 15 y 65 años, ambos inclusive. Las renovaciones a partir de los 65 años de edad están sujetas a la aceptación por parte de la ASEGURADORA, y sólo son posibles hasta que el ASEGURADO TITULAR alcance los 75 años; después de dicha edad podrá ser renovado el seguro solamente en lo que se refiere a la Cobertura Básica, mediante el pago de la nueva prima convenida.

EL TOMADOR

LA ASEGURADORA

“Aprobado por la Superintendencia de Seguros bajo oficio N° 10711 de fecha 16 diciembre 2005”