



ZURICH[®]

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

PÓLIZA DE SEGURO “ZURICH LIFE”

ZURICH SEGUROS, S.A. en adelante denominada la ASEGURADORA, Registro de Información Fiscal (R.I.F.) N° J-00034024-2 y Número de Identificación Tributaria (N.I.T). N° 0000014222, 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; representada en este contrato por el Sr. CARLOS LUENGO DECARLI, C.I.: V-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 la ASEGURADORA se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las Condiciones Particulares y Anexos, y a indemnizar al BENEFICIARIO y/o PERSONAS BENEFICIARIAS, según sea el caso, 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, quien podrá ser el TOMADOR.

BENEFICIARIO: Persona designada por el ASEGURADO, para recibir de la ASEGURADORA los beneficios que el contrato de seguro determina.

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 BENEFICIARIO, 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, porcentaje de indemnización y firmas de la ASEGURADORA, del TOMADOR y del ASEGURADO TITULAR.

EDAD: La edad del ASEGURADO será la que corresponda al cumpleaños más cercano a la fecha de su inscripción en la póliza, cumpliendo año sucesivamente en cada aniversario de dicha fecha. La edad máxima de admisión en esta póliza estará indicada en las Condiciones Particulares.

SUMA ASEGURADA: Monto que la ASEGURADORA pagará a los BENEFICIARIOS en caso de siniestro cubierto por la póliza, y que está indicado en el Cuadro y Recibo de Póliza.

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

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

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 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. RENOVACION

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 una nueva póliza, sino la prórroga de la anterior. La prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante una notificación escrita a la otra parte dirigida al último domicilio que conste en la póliza, efectuada con un plazo de por lo menos de treinta (30) días continuos de anticipación al vencimiento del período de vigencia 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 la fecha de su exigibilidad 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 obstante, la ASEGURADORA podrá cobrar las primas a domicilio y dar aviso de sus vencimientos y, si lo hiciere, no sentará precedente de obligación y podrá suspender esta gestión en cualquier momento sin previo aviso.

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 descontara la fracción de prima correspondiente, sin embargo si el monto del siniestro corresponde al cien por ciento (100%) de la Suma Asegurada de la cobertura afectada, se descontara 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 la 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 aplicara lo dispuesto para las primas fraccionadas en el numeral 6 “**PRIMAS**” de estas Condiciones Generales.

8. DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD.

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, contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el TOMADOR o el ASEGURADO. En caso de resolución ésta se producirá a partir del decimosexto (16°) día siguiente a su notificación, siempre y cuando 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 entidad del riesgo.

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.

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 o del valor de rescate disponible, si lo hubiere.

10. CAMBIOS DE PROFESIÓN O ACTIVIDAD.

Los cambios de profesión o de actividad del ASEGURADO no harán cesar los efectos este seguro.

Cuando los cambios sean de tal naturaleza que, si la nueva profesión o actividad hubiese existido en la fecha del contrato, la ASEGURADORA sólo habría consentido en el seguro mediante una prima más elevada, la prestación a su cargo será reducida proporcionalmente a la menor prima convenida comparada con la que hubiese sido fijada.



ZURICH

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

Si la ASEGURADORA fuese notificada o tuviese conocimiento de los precitados cambios, dentro de los quince (15) días hábiles deberá manifestar al TOMADOR si desea terminar el contrato, reducir la indemnización o elevar la prima. En caso de que la ASEGURADORA manifieste la voluntad de terminar el contrato, éste dejará de tener efecto a partir del decimosexto (16°) día hábil siguiente a la notificación, siempre que ponga a disposición del TOMADOR la porción de la prima no consumida.

Si la ASEGURADORA declara que desea modificar el contrato en uno de los sentidos arriba indicados, el TOMADOR, dentro de los quince (15) días hábiles, deberá declarar si acepta o no la proposición.

Si el TOMADOR declara que no acepta la proposición, el contrato queda resuelto, salvo el derecho de la ASEGURADORA a la prima correspondiente al período del seguro en curso que se hubiere causado. El silencio del TOMADOR equivale a la aceptación de la propuesta de la ASEGURADORA.

11. EDAD.

La edad del ASEGURADO será calculada de acuerdo a la fecha de nacimiento de su Cédula de Identidad, Partida de Nacimiento o cualquiera de los demás medios permitidos por la ley para tales fines. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del ASEGURADO, sin que se demuestre que haya dolo o mala fe, la ASEGURADORA no podrá resolver unilateralmente el contrato a menos que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la ASEGURADORA, pero en este caso se devolverá al ASEGURADO la prima no consumida o el valor de rescate disponible del contrato en la fecha de su extinción, si lo hubiere.

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

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

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

12. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.

La ASEGURADORA no pagará la indemnización en los siguientes casos:

- a. Si los BENEFICIARIOS o las PERSONAS BENEFICIARIAS presentan una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplean medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios, pero únicamente con respecto a los BENEFICIARIOS involucrados.
- b. Si los BENEFICIARIOS o las PERSONAS BENEFICIARIAS no pueden probar la ocurrencia del siniestro.
- c. Si los BENEFICIARIOS o las PERSONAS BENEFICIARIAS no notificaren el siniestro o no suministraren la información solicitada por la ASEGURADORA dentro de los plazos



ZURICH

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

señalados en el numeral 5. **PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTROS de las condiciones particulares de la póliza.**

- d. Si el TOMADOR, el ASEGURADO, o las PERSONAS BENEFICIARIAS actuasen con dolo, o si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del TOMADOR, del ASEGURADO, o de las PERSONAS BENEFICIARIAS.
- e. Si el TOMADOR, el ASEGURADO, o las PERSONAS BENEFICIARIAS actuasen con culpa grave, o si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del TOMADOR, del ASEGURADO, o de las PERSONAS BENEFICIARIAS. 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.
- f. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares y Anexos de la póliza.

No obstante lo señalado en el literal c, la ASEGURADORA estará obligada al pago de la prestación que corresponda si por una causa extraña no imputable al TOMADOR, al ASEGURADO o al BENEFICIARIO, no se hubiese notificado el siniestro o entregado la información solicitada por la ASEGURADORA dentro de los plazos señalados en esta póliza.

13. 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 o del BENEFICIARIO, salvo por causa extraña no imputable a la ASEGURADORA.

14. RECHAZO DEL SINIESTRO.

La ASEGURADORA deberá notificar por escrito al BENEFICIARIO 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.

15. ARBITRAJE.

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la póliza. La tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil. El Superintendente de 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 la numeral anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación:

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

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

Cuando el ASEGURADO haya sido declarado ausente por un Tribunal competente, se aplicarán los procedimientos y plazos previstos en el Código Civil y Código de Comercio, ambos 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 el tribunal competente.

17. PRESCRIPCIÓN.

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

18. 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 nuestro centro de atención de llamadas 0 800 ZURICH1 (0 800 9874241).

19. 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 sellados y firmados por uno de sus funcionarios autorizados, por el ASEGURADO y por el TOMADOR. Los Anexos prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales.

20. MODIFICACIONES

Toda modificación de esta póliza entrará en vigor a partir de la fecha en que el TOMADOR notifique su consentimiento a la proposición formulada por la ASEGURADORA, o cuando ésta participe al TOMADOR su aceptación a la solicitud de modificación por éste efectuada. Si la modificación requiere pago de prima adicional, se aplicará lo dispuesto para el contrato en los numerales 3. VIGENCIA DE LA PÓLIZA y 6. PRIMAS de estas Condiciones Generales.

Este plazo será de veinte (20) días hábiles cuando a criterio de la ASEGURADORA la modificación de la póliza, hagan necesario un reconocimiento médico. El requerimiento de la ASEGURADORA de que el ASEGURADO se realice el examen médico no implica aceptación.

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 con 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.

21. 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 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 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 vigente para la fecha en que el ASEGURADO efectuó el pago de la prima.

22. DOMICILIO.

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

CONDICIONES PARTICULARES

1. OTRAS DEFINICIONES

ACCIDENTE: 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, incapacidad o invalidez temporal o permanente.

2. RIESGOS CUBIERTOS – COBERTURA BÁSICA.

Mediante la emisión de la presente póliza y previo pago de prima correspondiente, la ASEGURADORA se compromete a indemnizar a los BENEFICIARIOS en caso de siniestro ocurrido dentro del período de vigencia de la póliza, la suma asegurada contratada correspondiente para cada una de las siguientes coberturas:

- a. Muerte por Cualquier Causa.**
- b. Muerte y Desmembramiento Accidental.**
- c. Enfermedades Graves.**
- d. Servicio de Asistencia al Viajero.**

a. CONDICIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA.

Mediante esta cobertura la ASEGURADORA se obliga a indemnizar al BENEFICIARIO la suma asegurada indicada en el Cuadro y Recibo de Póliza, con motivo de la eventual muerte del ASEGURADO, siempre que la póliza se encuentre vigente al momento del fallecimiento.

a.1 EXCLUSIONES

La ASEGURADORA no indemnizará la pérdida sufrida por el ASEGURADO producida a consecuencia de:

- Suicidio o intento de suicidio y consecuencias de éstos que causen la muerte del ASEGURADO, ocurrida antes de que hubiese pasado un (1) año desde la celebración del seguro.

b. CONDICIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL.

Mediante esta cobertura, la ASEGURADORA se obliga a indemnizar al ASEGURADO o al BENEFICIARIO, según sea el caso, el porcentaje de la suma asegurada contratada para esta cobertura, indicada en el Cuadro y Recibo de Póliza, de acuerdo a lo indicado en el Cuadro de Pérdidas e Indemnizaciones, si a consecuencia de un accidente cubierto le sobreviniere al

ASEGURADO TITULAR, dentro del plazo de 365 días continuos a la fecha de ocurrencia del mismo, cualesquiera de las pérdidas indicadas en dicho Cuadro, siempre que este accidente hubiere tenido lugar antes del aniversario más próximo a aquel en que cumpla el ASEGURADO los sesenta y cinco (65) años de edad y la pérdida se produjera dentro de los trescientos sesenta y cinco (365) días, contados desde la fecha del accidente.

En caso de que la pérdida sufrida por el ASEGURADO sea la vida, la indemnización correspondiente se le otorgará al BENEFICIARIO.

CUADRO DE PÉRDIDAS E INDEMNIZACIONES

Pérdida de:	Indemnización
La vida.	100%
Ambas manos, ambos pies, una mano y un pie.	100%
La visión total de ambos ojos.	100%
Una mano por separación por la muñeca o más arriba de ella.	50%
Amputación de un pie por separación por el tobillo o más arriba de él.	50%
La visión total de un sólo ojo.	25%
Dedo pulgar o de cualquiera de las dos manos, siempre que comprenda la totalidad de las dos falanges.	15%
Dedo índice de cualquiera de las manos, siempre que comprenda la totalidad de las tres falanges.	10%

El importe total de las indemnizaciones que la ASEGURADORA se obliga a pagar, en caso de que el ASEGURADO sufriera varias lesiones, en uno o en varios accidentes, no excederá del importe total de la suma asegurada por la presente cobertura.

b.1. EXCLUSIONES.

La ASEGURADORA no indemnizará la pérdida sufrida por el ASEGURADO producida a consecuencia de:

- a. Suicidio o intento de suicidio y sus consecuencias.
- b. Accidentes provocados intencionalmente por el ASEGURADO, los sufridos por imprudencia, negligencia o impericia, las enfermedades y lesiones corporales o mentales y las consecuencias de tratamientos médicos o quirúrgicos que no sean motivados por accidentes amparados por esta Póliza.
- c. Encontrarse el ASEGURADO en estado de embriaguez o perturbación mental.
- d. Participación del ASEGURADO en carreras de cualquier naturaleza, concursos de velocidad o resistencia, apuestas y sus entrenamientos, ya sea como piloto, conductor o acompañante.
- e. Accidentes resultantes de duelos, peleas o riñas, cuya participación del ASEGURADO no sea en legítima defensa, así declarada por la autoridad competente.
- f. Viajar como pasajero en líneas que no sean de tráfico regular de navegación aérea de pasajeros.
- g. Ocurredos mientras el ASEGURADO se encuentre viajando como piloto o tripulante de cualquier tipo de aeronave, o como pasajero de helicóptero.
- h. Operaciones submarinas.
- i. Enfermedades mentales o corporales de cualquier naturaleza, así como los ocasionados por rayos X, rayos láser o por cualquier contaminación radioactiva; además quedan excluidas intoxicaciones e infecciones bacteriales.

j. Provocados por la práctica profesional de cualquier deporte.

c. CONDICIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE ENFERMEDADES GRAVES.

Si durante la vigencia de la Póliza, la ASEGURADORA recibiera pruebas fehacientes de que al ASEGURADO se le ha diagnosticado que ha sufrido o desarrollado una de las enfermedades graves indicadas más adelante, la ASEGURADORA se compromete a indemnizar la suma asegurada contratada para esta cobertura, indicada en el Cuadro y Recibo de Póliza.

c.1. DEFINICIONES DE ENFERMEDADES GRAVES.

CANCER: Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y expansión incontrolada de células malignas e invasión de tejidos. El diagnóstico debe ser evidenciado por una histología claramente definida. El término cáncer también incluye las leucemias y las enfermedades malignas del sistema linfático como la enfermedad de Hodgkin.

Se excluyen:

- a. Cualquier etapa CIN (neoplasia intraepitelial cervical).
- b. Cualquier tumor pre-maligno.
- c. Cualquier cáncer no invasivo (cáncer in situ).
- d. El cáncer de próstata en estadio 1 (1a, 1b, 1c).
- e. Carcinoma basocelular y carcinoma de células escamosas.
- f. Melanoma maligno estadio IA (T1a N0 M0).
- g. Cualquier tumor maligno en presencia de cualquier Virus de Inmunodeficiencia Humana.

CIRUGIA DE ARTERIA CORONARIA (Bypass): la realización de cirugía a tórax abierto para la corrección de dos o más arterias coronarias que están estrechadas u ocluidas, por el implante de un puente arterial coronario. La necesidad de tal cirugía debe haber sido probada por angiografía coronaria y la realización de la cirugía debe ser confirmada por un especialista

Se excluyen:

- a. La angioplastia.
- b. Cualquier otro procedimiento intra-arterial.
- c. Cirugía por toracotomía mínima

ATAQUE AL CORAZON (INFARTO DEL MIOCARDIO): Muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de un flujo sanguíneo insuficiente hacia el área comprometida.

El diagnóstico debe ser confirmado por especialista y evidenciado por todos los siguientes criterios:

- Una historia de dolor torácico típico.
- Nuevos cambios característicos de infarto en el ECG
- Elevación de las enzimas específicas de infarto, troponinas u otros marcadores bioquímicas

Se excluyen:

- a. El infarto del miocardio sin elevación del segmento ST con solamente elevación de Troponina I ó T
- b. Otros síndromes Coronarios Agudos (por ejemplo angina de pecho estable o inestable)
- c. Infarto de miocardio silente

FALLA RENAL (ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA FINAL): Etapa final de enfermedad que se manifiesta por una falla crónica e irreversible de la función de ambos riñones, como resultado de lo cual se hace necesario realizar regularmente diálisis renal (hemodiálisis peritoneal) ó requirió de un trasplante renal. El diagnóstico debe ser confirmado por especialista.



ZURICH

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

DERRAME E INFARTO CEREBRAL: Cualquier incidente cerebro-vascular que produce secuelas neurológicas permanentes y que incluye infarto de tejido cerebral, hemorragia y embolización originada en una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser confirmado por un especialista y evidenciado por síntomas clínicos típicos como así también hallazgos típicos en la TAC (Tomografía axial computarizada) de cerebro y RNM (Resonancia Nuclear Magnética) de cerebro. Deben documentarse pruebas de deficiencia neurológica de por lo menos tres (3) meses a contar de la fecha de diagnóstico.

Se excluyen:

- a. Accidentes isquémicos transitorios (TIA).
- b. Lesiones traumáticas del cerebro.
- c. Síntomas neurológicos secundarios a migraña (jaqueca).
- d. Infartos lacunares sin déficit neurológico.

AORTA (CIRUGIA DE LA AORTA: La realización actual de cirugía por una enfermedad crónica de la aorta que haya requerido de la extirpación y reemplazo quirúrgico de la aorta enferma por una prótesis. Para los propósitos de esta definición de la cirugía aórtica debe ser confirmada por especialista

REEPLAZO DE LA VALVULA DEL CORAZON: Reemplazo quirúrgico de una o más válvulas cardiacas por válvulas artificiales. Esto incluye el reemplazo de válvulas aórtica, mitral, tricúspide y pulmonar por válvulas artificiales, debido a una estenosis o insuficiencia o a la combinación de ambos factores. La realización de la cirugía de reemplazo valvular tiene que ser confirmada por un especialista.

Se excluyen:

- a. La reparación de válvulas cardíacas.
- b. Valvulotomías.
- c. Valvuloplastías

TRASPLANTE DE ORGANOS MAYORES: la realización actual de un trasplante de órganos en que el asegurado participe como receptor de alguno de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, páncreas, riñón, intestino delgado o médula ósea. La realización del trasplante debe ser confirmado por especialista.

ESCLEROSIS MULTIPLE: Diagnostico inequívoco de Esclerosis Múltiple establecido por un especialista en neurología. La enfermedad debe ser evidenciada por síntomas clínicos típicos de desmielinización, deterioro de las funciones motoras y sensoriales y además por hallazgos típicos en la Resonancia Nuclear Magnética.

Para probar el diagnóstico, el asegurado debe exhibir anomalías neurológicas que hayan existido por un periodo continuo de por lo menos seis (6) meses o haber tenido al menos dos (2) episodios clínicamente documentados con un intervalo de un mes entre ellos o un episodio clínicamente documentado junto con hallazgos característicos en el fluido cerebroespinal, como así también lesiones cerebrales específicas detectadas en la Resonancia Nuclear Magnética

PARALISIS: Perdida total e irreversible del uso de dos o mas extremidades por análisis secundario a enfermedad o accidente de la medula espinal. Estas condiciones deben ser documentadas médicamente por al menos tres (3) meses después de su diagnostico.

Se excluyen:

- a. Parálisis debida a Síndrome de Guillain-Barré

c.2. PERÍODO DE ESPERA O APLAZAMIENTO.

Período de espera: A partir de la fecha de inicio de vigencia de esta póliza se establece un período de espera de tres (3) meses antes de que un siniestro esté amparado bajo la presente cobertura.

Período de aplazamiento: Se aplicará un período de aplazamiento de treinta (30) días contados a partir del diagnóstico de la enfermedad, para que el ASEGURADO tenga derecho a la suma asegurada contratada.

c.3. INDEMNIZACIÓN.

La indemnización bajo esta cobertura se realizará de forma única y definitiva para cada enfermedad cubierta durante la vigencia de la póliza y aun en las sucesivas renovaciones, librándose la ASEGURADORA de toda responsabilidad por reclamos presentados por enfermedades graves previamente indemnizadas.

Los BENEFICIARIOS podrán, durante la vigencia de la póliza, solicitar la indemnización después del fallecimiento del ASEGURADO mediante pruebas fehacientes del diagnóstico y desarrollo de cualquiera de las enfermedades graves cubiertas.

c.4. OTRAS EXCLUSIONES DE ENFERMEDADES GRAVES.

En lo que se refiere a las enfermedades amparadas por esta cobertura, quedan excluidas las enfermedades que hayan sido causadas a consecuencia de:

- a. Auto lesión intencionada por parte del ASEGURADO.
- b. Adicción al alcohol o por drogas, siempre y cuando éstas últimas no hayan sido prescritas por un médico.
- c. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.) o presencia del virus VIH.
- d. Cáncer no invasivo e in-situ, así como el cáncer de piel, excepto melanoma de invasión.
- e. La angiografía o cualquier otra intervención intra-arterial.
- f. Daños de la aorta producto de traumatismos.
- g. Reparación de válvulas, valvutomía y valvuloplastía.
- h. Enfermedad preexistente.

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

Mediante la emisión de la presente póliza 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 la PERSONA BENEFICIARIA 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 y 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.

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 Republica Bolivariana de Venezuela al cambio oficial, con un máximo de cinco (5) días.

d.8. REGRESO ANTICIPADO.

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. Estos montos podrán ser cancelados a su equivalente en VEB (bolívares) de la Republica Bolivariana de Venezuela al cambio oficial.

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 Republica Bolivariana de Venezuela al cambio oficial, 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 se ayudará en su búsqueda. 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.

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, 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. Responsabilidad: La ASEGURADORA no se hará responsable de cualquier acto en omisión por parte de los proveedores de los servicios asistenciales que estén debidamente autorizados

(cuando sea aplicable) y que sean competentes para proporcionar los servicios a un nivel igual a los estándares de cuidados normales en el área en donde dichos servicios se proporcionen.

d.15.3. 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 central de alarma.

d.16. EXCLUSIONES DE SERVICIO 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, salvo caso de 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.**

3. BENEFICIARIOS.

El ASEGURADO tiene el derecho de designar en la Solicitud de Seguro a sus BENEFICIARIOS, 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.

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

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

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

En el caso de que los BENEFICIARIOS fueren los herederos del ASEGURADO, la ASEGURADORA queda autorizada por éste a pagar el monto del seguro a aquellos herederos que hubieren comprobado tal carácter durante los noventa (90) días subsiguientes a la muerte del ASEGURADO, considerando a éstos como sus BENEFICIARIOS, y quedando exenta de toda responsabilidad la ASEGURADORA para con los herederos que no hayan concurrido dentro del plazo señalado a reclamar por escrito sus beneficios y comprobar su calidad de herederos.

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

4. PÉRDIDA DE LA CUALIDAD DE BENEFICIARIO.

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

5. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.

En caso de siniestro ocurrido durante la vigencia de la Póliza, el TOMADOR, el ASEGURADO, o el BENEFICIARIO hará la notificación a la ASEGURADORA dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de la ocurrencia del siniestro. Una vez efectuada la notificación, deberá dentro de los ciento noventa (190) días continuos 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.

- Original del Cuadro y Recibo de Póliza.
- Original del Acta de Defunción del ASEGURADO.
- Fotocopia de la Cédula de Identidad del ASEGURADO y de los BENEFICIARIOS.
- Original de la Partida de Nacimiento del ASEGURADO fallecido y de los BENEFICIARIOS.
- Original de la Declaración de Únicos y Universales herederos (en caso de no existir BENEFICIARIOS declarados).
- 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 menores de edad como BENEFICIARIO), dirigida a nombre de Zurich Seguros S.A.
- Original del Informe Médico de la causa de fallecimiento del ASEGURADO.
- En caso de muerte accidental, se requiere copia certificada del Informe Médico Forense, y copia certificada del Informe de las Autoridades Competentes que intervinieron en el accidente (Autoridades de Tránsito y Cuerpos de Seguridad del Estado).

b. EN CASO DESMEMBRAMIENTO ACCIDENTAL DEL ASEGURADO.

- Presentar la planilla de declaración de siniestro completada por el asegurado, médico tratante y clínica
- 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
- Presentar facturas originales, emitidas bajo requerimientos del SENIAT debidamente selladas y avaladas con sus recípes médicos.
- Informen(es) médicos(s) al séptimo mes de la incapacidad, que certifique la evolución de la misma (Original)
- Certificación de incapacidad emitido por el I.V.S.S. (Original).

c. EN CASO DE ENFERMEDAD GRAVE DEL ASEGURADO.

- Original del Informe Médico emitido por un especialista en el tipo de lesión o enfermedad, que indique el tipo de enfermedad o lesión que se haya diagnosticado.
- Resultados de todos los exámenes practicados.
- Información clínica, radióloga históloga y de laboratorio.
- Cualquier otro tipo de informe médico, resultados de exámenes y otros documentos justificativos del estado de salud y condiciones físicas del ASEGURADO.

d. 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 Médica.

- 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 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 Central de Alarma de 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 Central de Alarma de la ASEGURADORA, dentro de los noventa (90) días siguientes al acontecimiento de dicho daño corporal o enfermedad.



ZURICH

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

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 y 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.

La ASEGURADORA quedará relevada de la obligación de pagar la prestación convenida, si el BENEFICIARIO incumpliere las obligaciones establecidas en este numeral, a menos que demuestre que el incumplimiento se debió a causa extraña no imputable a él.

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.

6. EDAD DE CONTRATACIÓN Y RENOVACIÓN.

La edad mínima de contratación es de dieciocho (18) años y la edad máxima de contratación de este seguro es de sesenta y cinco (65) años de edad, y podrá ser renovado hasta que el ASEGURADO alcance la edad de setenta (75) años.

TOMADOR

ASEGURADORA

Aprobado por la Superintendencia de Seguros bajo oficio N° 10794 de fecha 26 diciembre 2005