



Póliza de Seguros Colectivo de Vida

CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

Vivir Seguros, C.A. que en adelante será denominada LA EMPRESA DE SEGUROS, inscrita por ante el Registro Mercantil Segundo de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda, en fecha 02 de diciembre de 1992, bajo el N° 12, Tomo 110-A, modificada su denominación comercial según consta en Acta de Asamblea General Extraordinaria de Accionista inscrita por ante el mismo Registro Mercantil, en fecha 11 de febrero de 2014, bajo el N° 64, Tomo 8-A-SDO, reformados sus estatutos mediante Acta de Asamblea General Ordinaria de Accionista, inscrita por ante el mismo Registro Mercantil, en fecha 28 de agosto de 2003, bajo el N° 65, Tomo 119-A-Sgdo, e identificada bajo el Registro de Información Fiscal (RIF) N° J-30067374-0. Ubicada en Av. Alameda Esquina Av. Venezuela, Edif. Aldemo, Torre 3, Of 3 Urb. El Rosal, Municipio Chacao, Estado Miranda, Caracas, representada por la persona que se encuentra plenamente identificada en el CUADRO PÓLIZA de este contrato de seguro, incluyendo el carácter con el que actúa y el documento de cual derivan sus facultades, emite la presente Póliza.

Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N° 9893 de fecha 25 de septiembre del 2013.

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO

VIVIR SEGUROS, C.A mediante esta Póliza de Seguro se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, y a indemnizar al BENEFICIARIO las sumas que puedan corresponderle como consecuencia de un siniestro amparado por esta Póliza de Seguro, hasta por la Suma Asegurada indicada en el Cuadro Póliza.

CLÁUSULA 2. DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entiende por:

EMPRESA DE SEGUROS: Vivir Seguros, C.A. con inscripción en el Registro de Información Fiscal (R.I.F.) N° J-30067374-0 debidamente inscrita en el Registro Mercantil Segundo de la Circunscripción Judicial del Distrito Capital y Estado Miranda en fecha 02 de diciembre de 1992, bajo el N° 12, Tomo 110-A, modificada su denominación comercial según consta en Acta de Asamblea General Extraordinaria de Accionista inscrita por ante el mismo Registro Mercantil, en fecha 11 de febrero de 2014, bajo el N° 64, Tomo 8-A-SDO, reformados sus estatutos mediante Acta de Asamblea General Ordinaria de Accionista, inscrita por ante el mismo Registro Mercantil, en fecha 28 de agosto de 2003, bajo el N° 65, Tomo 119-A-Sgdo, e identificada bajo el Registro de Información Fiscal (RIF) N° J-30067374-0. Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 108, ubicada en la Avenida Venezuela, cruce con Calle Alameda, Edificio Aldemo, Urbanización El Rosal, Caracas, quien asume los riesgos cubiertos en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, basándose en las declaraciones del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario y se obliga al pago de las indemnizaciones correspondientes de conformidad con las Condiciones Generales, Particulares y Anexos si los hubiere.

TOMADOR: Entidad de naturaleza pública o privada que obrando por cuenta propia traslada los riesgos a la EMPRESA DE SEGUROS mediante la contratación de esta Póliza de Seguro y se obliga al pago de las primas en la forma y tiempo convenidos.

ASEGURADO: Persona natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las condiciones particulares y anexos de esta Póliza de Seguro; y forma parte de un grupo de personas que tiene un nexo en común distinto al interés de asegurarse con el TOMADOR. Ese nexo puede ser entre otros laboral, profesional, gremial o sindical.

BENEFICIARIO: Persona natural o jurídica a favor de quien se establece el pago de la prestación en dinero que deba realizar la EMPRESA DE SEGUROS.

DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO: Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la solicitud de seguro, el

CRGRIPR15V01

Cuadro Póliza y los Anexos que se emitan para complementar o modificar el Contrato de Seguro.

CUADRO PÓLIZA: Documento emitido por la EMPRESA DE SEGUROS, donde se indican los datos particulares de la Póliza de Seguro, a saber: Tipo de recibo, número de la Póliza de Seguro, nombre del TOMADOR, ASEGURADO y BENEFICIARIOS, identificación de la EMPRESA DE SEGUROS y su domicilio principal, identificación de su representante, el carácter con el que actúa y datos del documento donde consta su representación, dirección de cobro, teléfono(s), datos del intermediario de seguros, riesgos cubiertos, Suma Asegurada, monto de la prima, forma, frecuencia y lugar de pago, fecha de ingreso, fecha de emisión, período de vigencia de la Póliza de Seguro, vigencia del recibo, firma de la EMPRESA DE SEGUROS y del TOMADOR y demás datos relativos a este seguro.

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO: Documento donde se indican los datos particulares de la Póliza de Seguro y los que correspondan a cada uno de los ASEGURADOS.

SOLICITUD DE SEGURO: Cuestionario suministrado por la EMPRESA DE SEGUROS y contestado por el TOMADOR y el ASEGURADO, donde éstos declaran con sinceridad y exactitud todas las circunstancias necesarias para identificar a las personas aseguradas y apreciar la extensión de los riesgos se indican los datos particulares de la Póliza de Seguro, a saber: identificación completa del TOMADOR, ASEGURADOS y BENEFICIARIOS, identificación de la EMPRESA DE SEGUROS, dirección de cobro del TOMADOR y dirección del ASEGURADO, teléfono(s), datos del intermediario de seguros, riesgos cubiertos, suma asegurada, firma del TOMADOR y del Titular y demás datos referente al riesgo.

CONDICIONES PARTICULARES: Cláusulas del contrato que describen aspectos concretos y relativos al riesgo que se asegura.

PRIMA: Contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el TOMADOR a la EMPRESA DE SEGUROS en virtud de la celebración del contrato.

SINIESTRO: Acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte de la EMPRESA DE SEGUROS.

SUMA ASEGURADA: Límite máximo de responsabilidad que deber pagar la EMPRESA DE SEGUROS en caso de que ocurra el siniestro y la cual se halla indicada en el Cuadro Póliza.

EDAD: Edad del ASEGURADO con base en su cédula de identidad, partida de nacimiento u otra comprobación legal a satisfacción de la EMPRESA DE SEGUROS y su determinación se hará por el cumpleaños más cercano a la fecha de inclusión en la Póliza.

CLÁUSULA 3. VIGENCIA DE LA PÓLIZA DE SEGURO

La EMPRESA DE SEGUROS asume las consecuencias de los riesgos cubiertos en esta Póliza de Seguro, a partir de la fecha de la celebración del contrato de seguro, la cual se materializará y computará a partir de la fecha en que el TOMADOR notifique su consentimiento, por escrito a la proposición formulada por la EMPRESA DE SEGUROS o cuando ésta participe por escrito su aceptación a la solicitud efectuada por el TOMADOR, según fuere el caso.

CRGRIPR15V01

En todo caso, la vigencia de la Póliza de Seguro podrá ser como máximo por un período de un año y se hará constar en el Cuadro Póliza, con indicación de la fecha en que ésta se emita, la hora y día de su iniciación y su vencimiento.

CLÁUSULA 4. RENOVACIÓN

El contrato de seguro colectivo de vida podrá renovarse de mutuo acuerdo entre las partes, por períodos máximos de un año, mediante el pago de la prima correspondiente sin necesidad de emitir una nueva póliza.

La Póliza se entenderá renovada automáticamente al finalizar el último día del período de vigencia y por un tiempo idéntico al anterior, en el entendido que la renovación no implica una nueva Póliza, sino la simple prórroga de la anterior. La prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra parte su voluntad de no prorrogar el contrato, mediante notificación por escrito, dirigida al último domicilio que conste en la Póliza. Esta notificación deberá efectuarse en un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso.

La prima de renovación se determinará sobre la base de la tarifa de prima que tenga aprobada la EMPRESA DE SEGUROS para ese momento.

CLÁUSULA 5. PLAZO DE GRACIA

La EMPRESA DE SEGUROS otorga al TOMADOR un período de gracia de (30) días continuos y siguientes al de la expiración del período anterior pagado si la forma de pago es anual, (15) días continuos y siguientes al de la expiración del período anterior pagado en los casos de pago semestral y de (7) días consecutivos si la frecuencia de pago es trimestral, durante cuyo plazo puede efectuar el pago de la Prima correspondiente al período siguiente, con la particularidad, además, que durante el mencionado período de gracia continúa el Seguro en todo su vigor, y que éste cesa solamente al término del período de gracia señalado en cada caso. Si durante el período de gracia señalado ocurriera algún Siniestro amparado bajo las condiciones de esta Póliza de Seguro, se procederá de acuerdo a lo siguiente: Sí el monto de la reclamación es igual o superior al monto de la Prima, se descontará del monto a indemnizar del Siniestro la Prima correspondiente a la vigencia del Seguro. Sí el monto de la reclamación es menor a la Prima pendiente, el TOMADOR deberá pagar antes de finalizar el Plazo de Gracia establecido 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, el contrato se considerará prorrogado 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 multiplicando por el número de días que contenga dicho período.

La falta de pago de la Prima en el tiempo establecido en el párrafo anterior, se entenderá como la voluntad del TOMADOR de anular la Póliza, quedando ésta sin validez ni efecto alguno.

CRGRIPR15V01

CLÁUSULA 6. PRIMA

El TOMADOR debe la prima desde el momento de la celebración del contrato, pero aquélla no será exigible sino al momento de la entrega de la Póliza de Seguro por parte de la EMPRESA DE SEGUROS o de la entrega del Cuadro Póliza o Recibo de Prima o de la Nota de Cobertura Provisional. 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 Póliza quedará automáticamente terminada a partir de la fecha de exigibilidad de la prima por parte de la EMPRESA DE SEGUROS.

El pago de prima solamente conserva en vigor la Póliza por el tiempo al cual corresponde dicho pago y según los términos de esta Póliza de Seguro.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte de la EMPRESA DE SEGUROS por dicho exceso, sino única y exclusivamente al reintegro, sin intereses, de lo recibido en exceso, aun cuando las mismas hubieren sido aceptadas formalmente por la EMPRESA DE SEGUROS.

CLÁUSULA 7. DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD

La EMPRESA DE SEGUROS deberá notificar al TOMADOR, por escrito y en un lapso de cinco (5) días hábiles, su conocimiento de hechos o situaciones no declaradas en la Solicitud de Seguro que puedan influir en la valoración del riesgo. En tal caso, la EMPRESA DE SEGUROS queda facultada para ajustar o resolver la Póliza, según el caso, mediante comunicación dirigida al TOMADOR, en el plazo de un (1) mes contado a partir del momento en que tenga conocimiento de los hechos o situaciones que el TOMADOR o el ASEGURADO se reservó o declaró con inexactitud. En caso de resolución, ésta se producirá automáticamente a partir del decimosexto (16º) día siguiente al de la notificación realizada, siempre y cuando la devolución de la prima correspondiente se encuentre a disposición del TOMADOR en la caja de la EMPRESA DE SEGUROS. Corresponderán a la EMPRESA DE SEGUROS las primas relativas al período transcurrido hasta el momento en que haga esta notificación. La EMPRESA DE SEGUROS no podrá resolver esta Póliza de Seguro si el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que la EMPRESA DE SEGUROS haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación en dinero se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que debió haberse establecido, en caso de haber conocido la EMPRESA DE SEGUROS la verdadera entidad del riesgo.

Cuando la Póliza cubra varias personas y la reserva o inexactitud se contrajese solo a una o varias de ellas, la Póliza subsistirá con todos sus efectos respecto a las restantes.

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

CRGRIPR15V01

CLÁUSULA 8. PAGO DE INDEMNIZACIONES

La EMPRESA DE SEGUROS tendrá la obligación de indemnizar el monto de la pérdida cubierta por esta Póliza de Seguro, dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que la EMPRESA DE SEGUROS haya recibido el último de los recaudos que se mencionan en las Condiciones Particulares de ésta Póliza en la cláusula 14 (Procedimiento en caso de reclamo), salvo por causa extraña no imputable a la EMPRESA DE SEGUROS.

CLÁUSULA 9. RECHAZO DEL SINIESTRO

La EMPRESA DE SEGUROS deberá notificar por escrito al ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS, dentro del plazo señalado en la cláusula anterior de estas Condiciones Generales, las causas de hecho y de derecho que, a su juicio, justifican el rechazo total de la prestación en dinero exigida.

CLÁUSULA 10. ARBITRAJE

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

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

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLÁUSULA 11. CADUCIDAD DE LAS ACCIONES

El TOMADOR, el ASEGURADO o el BENEFICIARIO perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra la EMPRESA DE SEGUROS o convenir con ésta el Arbitraje previsto en el CLÁUSULA 10 de estas Condiciones Generales, si no interpone su demanda o solicita el arbitraje dentro del término o situaciones que se señalan a continuación:

1. En caso de rechazo del siniestro: un (1) año contado a partir de la fecha de notificación del rechazo.
2. En caso de inconformidad con el pago de la prestación en dinero: un año (1) contado a partir de la fecha en que la EMPRESA DE SEGUROS hubiere efectuado el pago.

CRGRIPR15V01

En todo caso, el plazo de caducidad siempre se comenzará a contar desde el momento en que haya un pronunciamiento escrito por parte de la EMPRESA DE SEGUROS.

En caso de que el ASEGURADO haya sido declarado ausente o no presente por un Tribunal Competente, se aplicarán los procedimientos y plazos previstos en el Código Civil de la República Bolivariana de Venezuela.

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

CLÁUSULA 12. PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA 13. DECLARACIÓN INEXACTA DE LA EDAD DEL ASEGURADO

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 EMPRESA DE SEGUROS 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 EMPRESA DE SEGUROS.

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

1. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pague una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la EMPRESA DE SEGUROS se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
2. Si la EMPRESA DE SEGUROS hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del ASEGURADO, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
3. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la EMPRESA DE SEGUROS estará obligada a reembolsar el exceso de las primas percibidas, sin intereses. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
4. Si con posterioridad a la muerte del ASEGURADO se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la EMPRESA DE SEGUROS estará obligada a pagar al BENEFICIARIO la suma que por las primas canceladas corresponda de acuerdo con la edad real. Para los cálculos que exige la presente cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

CRGRIPR15V01

CLÁUSULA 14. MODIFICACIONES

Toda modificación de esta Póliza se hará constar mediante anexo, debidamente firmado por un representante de la EMPRESA DE SEGUROS y el TOMADOR, el cual prevalecerá sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales de la Póliza. Si la modificación requiere pago de prima adicional, se aplicará lo dispuesto en este contrato para efectos del pago de las primas.

Se reputan aceptadas las solicitudes escritas de modificar el contrato o de rehabilitarlo en caso de que esté suspendido, si la EMPRESA DE SEGUROS no rechaza la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido.

Este plazo será de veinte (20) días hábiles cuando a criterio de la EMPRESA DE SEGUROS la modificación o rehabilitación de este contrato haga necesario un reconocimiento médico. El requerimiento de la EMPRESA DE SEGUROS 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 EMPRESA DE SEGUROS con la emisión del Cuadro 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.

CLÁUSULA 15. REHABILITACIÓN DEL CONTRATO

Si la cobertura proporcionada por esta Póliza de Seguro quedase suspendida por falta de pago de prima, podrá ser puesta nuevamente en vigor por el TOMADOR, mediante petición por escrito a la EMPRESA DE SEGUROS, y siempre que el ASEGURADO se someta a los exámenes médicos y/o declaraciones que pueda requerirle la EMPRESA DE SEGUROS. El costo de dichos exámenes serán por cuenta del ASEGURADO.

La EMPRESA DE SEGUROS se reserva el derecho de aceptar o no la solicitud de rehabilitación, así como también, se reserva el derecho de convenir en ella bajo condiciones distintas a las estipuladas en el contrato al momento de la emisión inicial o de la última modificación efectuada.

La rehabilitación sólo comenzará a surtir efecto después de haber sido aceptada por la EMPRESA DE SEGUROS y se emita el Anexo correspondiente.

CLÁUSULA 16. INDISPUTABILIDAD

La EMPRESA DE SEGUROS no podrá impugnar este contrato una vez transcurrido el plazo de (1) año, a contar desde la fecha de su celebración, salvo que el TOMADOR o el ASEGURADO haya actuado con dolo, en cuyo caso la EMPRESA DE SEGUROS quedará liberada del pago de la prestación en dinero y su obligación se limitará a devolver la prima no consumida neta de comisión.

CRGRIPR15V01

No es aplicable la indisputabilidad según los términos previstos en esta cláusula a las coberturas adicionales que pudieran ser anexadas a esta Póliza de Seguro, estando sujeta dicha indisputabilidad a lo dispuesto en cada una de las referidas coberturas.

CLÁUSULA 17. PERITAJE

Si surgiere desacuerdo entre la EMPRESA DE SEGUROS y el BENEFICIARIO para la fijación del importe de la prestación en dinero, las partes podrán someterse al siguiente procedimiento:

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

El fallecimiento de cualesquiera de los Peritos, que aconteciera en el curso de las operaciones de peritaje, no anulará ni mermará los poderes, derechos o atribuciones del Perito sobreviviente, Asimismo, si el Perito único o el Perito tercero falleciera antes del dictamen final, las partes o los Peritos que le hubieren nombrado según el caso, queda facultados para sustituirlo por otro.

El Perito Único, los dos (2) Peritos o el Perito Tercero, según el caso, deberán conocer la materia relativa al peritaje.

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

Para los efectos de este punto, se entiende por Perito al médico legalmente autorizado para el ejercicio de la profesión médica quien deberá tener una especialidad reconocida por la Federación Médica Venezolana y tener conocimiento en la materia objeto del peritaje.

CLÁUSULA 18. EXCLUSIONES GENERALES

La EMPRESA DE SEGUROS no indemnizará el pago de ningún beneficio al BENEFICIARIO, en caso de fallecimiento del ASEGURADO en cualquiera de los siguientes casos:

CRGRIPR15V01

- 1. Como consecuencia de: guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra intestina, guerra civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación de estado de excepción, acto de terrorismo o cualquier acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con cualquier organización que realice actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.**
- 2. Causada o proveniente de: Radiaciones iónicas o contaminación por radioactividad resultantes de fisión o fusión nuclear, o desperdicios de las mismas; radiación, toxicidad, explosión u otras propiedades azarosas de cualquier conjunto nuclear o sus componentes.**

CLÁUSULA 19. EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD

La EMPRESA DE SEGUROS no pagará la prestación en dinero en los siguientes casos:

- 1. Si el TOMADOR, el ASEGURADO, el BENEFICIARIO o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o reticencias de mala fe, o si en cualquier tiempo emplean medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios.**
- 2. Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del TOMADOR, del ASEGURADO o del BENEFICIARIO.**
- 3. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del TOMADOR, del ASEGURADO o del BENEFICIARIO declarada mediante sentencia definitivamente firme. No obstante, la EMPRESA DE SEGUROS estará obligada al pago de la prestación en dinero si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con la EMPRESA DE SEGUROS en lo que respecta a la Póliza.**
- 4. Si el TOMADOR, el ASEGURADO o el BENEFICIARIO no empleare los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro, siempre que este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la EMPRESA DE SEGUROS.**
- 5. Si el siniestro se inicia antes de la vigencia de la Póliza de Seguro y continúa después de que los riesgos hayan empezado a correr por cuenta de la EMPRESA DE SEGUROS.**
- 6. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro.**

CLÁUSULA 20. AVISOS

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

CLÁUSULA 21. DOMICILIO DE COMPETENCIA DEL CONTRATO

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

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1. DEFINICIONES PARTICULARES

A los efectos de este Contrato se entiende por:

Accidente: Acción fortuita, repentina o violenta, producida por una fuerza o agente externo, independiente de la voluntad del ASEGURADO, que causare heridas o lesiones corporales objetivamente constatables y que puedan ser determinadas por los médicos de una manera cierta.

Lesión: Daño corporal causado exclusivamente por un hecho violento, accidental, externo y visible, ocurrido al ASEGURADO y que sea constatable por un médico.

Enfermedad: Alteración de la salud del ASEGURADO que origina reducción de su capacidad funcional.

Incapacidad Total y Permanente: Lesiones corporales que sean la causa única y directa de que el ASEGURADO quede totalmente incapacitado e inhabilitado en forma permanente para desarrollar cualquier actividad lucrativa o empleo remunerable.

Familiares del ASEGURADO: Se refiere a los padres, el cónyuge del ASEGURADO o la persona que conviva con él en unión estable de hecho y los hijos con edades inferiores a veintitrés (23) años de edad.

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

CRGRIPR15V01

CLÁUSULA 2. COBERTURA BÁSICA

La EMPRESA DE SEGUROS indemnizará a los BENEFICIARIOS designados, o a falta de éstos, a los herederos legales del ASEGURADO, el monto de la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza para esta cobertura, si el ASEGURADO fallece durante la vigencia de esta Póliza de Seguro y siempre que el fallecimiento no sea a consecuencia de un riesgo expresamente excluido en esta Póliza de Seguro.

CLÁUSULA 3. COBERTURA ADICIONAL DE EXENCIÓN DEL PAGO DE LA PRIMA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE.

Si el ASEGURADO sufriera una incapacidad total y permanente, antes de cumplir sesenta (60) años de edad, a consecuencia de un accidente ocurrido o de una enfermedad diagnosticada mientras estuviese amparado bajo la cobertura de esta Póliza de Seguro, que le impida seguir su ocupación habitual o cualquier otra de acuerdo con su experiencia y entrenamiento, la EMPRESA DE SEGUROS se compromete a pagar la prima correspondiente a la cobertura del ASEGURADO al momento de ocurrencia del accidente o del diagnóstico de la enfermedad, previa demostración a satisfacción de la EMPRESA DE SEGUROS, del carácter permanente y total de dicha incapacidad.

Esta cobertura está sujeta a las siguientes condiciones:

- a) Que el contrato de seguro haya estado en vigor por lo menos tres (3) meses, con anterioridad al momento de producirse la incapacidad. En caso de rehabilitación del contrato, el plazo de tres (3) meses empezará a contarse desde la fecha de rehabilitación.
- b) Que hayan transcurrido por lo menos tres (3) meses consecutivos desde la declaración médica de la incapacidad.
- c) Que EL ASEGURADO no haya hecho uso del beneficio de Privilegio de Conversión, previsto en la cláusula 10 de estas Condiciones Particulares.
- d) Que la continuación de la incapacidad sea notificada anualmente a la EMPRESA DE SEGUROS, dentro de los tres (3) meses inmediatamente anteriores al aniversario de la inclusión del ASEGURADO bajo la cobertura de muerte. La EMPRESA DE SEGUROS puede exigir al ASEGURADO incapacitado que se someta, dentro del mismo lapso a examen de dos facultativos que certifiquen que estuvo y sigue estando incapacitado totalmente y sin interrupción, desde el inicio de su incapacidad. Los gastos médicos de este examen correrán por cuenta de la EMPRESA DE SEGUROS.

CLÁUSULA 4. COBERTURAS OPCIONALES

El TOMADOR podrá contratar las coberturas opcionales señaladas en esta cláusula, quedando entendido que con esta inclusión el TOMADOR se obliga al pago de las
CRGRIPR15V01

primas adicionales correspondientes, contra la entrega por parte de la EMPRESA DE SEGUROS del Cuadro Póliza y queda entendido que el ASEGURADO estará amparado por las coberturas opcionales indicadas en el Cuadro Póliza.

4.1 MUERTE ACCIDENTAL

Si como consecuencia de un accidente sufrido por el ASEGURADO y amparado por esta Póliza de Seguro, le sobreviniera la muerte antes de haber cumplido setenta y cinco (75) años de edad y dentro de un (1) año contado a partir de la fecha de ocurrencia del accidente, la EMPRESA DE SEGUROS indemnizará a los beneficiarios designados, o a falta de éstos, a los herederos legales del ASEGURADO, el monto de la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza y en el Certificado Individual de Seguro para esta cobertura, vigente para el momento del accidente.

4.2 INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Si a el ASEGURADO como consecuencia de un accidente ocurrido o de una enfermedad diagnosticada mientras estuviese amparado bajo la cobertura de esta Póliza de Seguro, le sobreviniere una Incapacidad Total y Permanente dentro de un (1) año contado a partir de la fecha de ocurrencia del accidente o de la fecha de diagnóstico de la enfermedad, la EMPRESA DE SEGUROS pagará al ASEGURADO la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza y en el Certificado Individual de Seguro para esta cobertura, vigente para el momento del accidente o de la fecha de diagnóstico de la enfermedad; siempre y cuando la incapacidad le sobreviene antes de haber cumplido los sesenta (60) años de edad y esté amparado bajo esta cobertura antes de cumplir los cincuenta y cinco (55) años de edad.

4.3 DESMEMBRAMIENTO O INHABILITACIÓN FUNCIONAL TOTAL Y PERMANENTE A CAUSA DE ACCIDENTE

Si como consecuencia de un accidente sufrido por el ASEGURADO y amparado por esta Póliza de Seguro, le sobreviniere antes de haber cumplido setenta y cinco (75) años de edad y dentro de un (1) año contado a partir de la fecha de ocurrencia del accidente, cualquiera de las incapacidades enumeradas en la Escala de Indemnizaciones, la EMPRESA DE SEGUROS pagará al ASEGURADO, la cantidad resultante de aplicar el porcentaje estipulado en dicha escala, al monto de suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza y en el Certificado Individual de Seguro para esta cobertura vigente para el momento del accidente.

ESCALA DE INDEMNIZACIONES

Incapacidad Total y Permanente

Parálisis completa	100%
Enajenación mental, absoluta e incurable o pérdida de la conciencia	100%
Ceguera absoluta bilateral	100%
Pérdida total de la audición y el habla	100%
Lesiones Incurables de la médula espinal que impidan por completo el movimiento	100%
Pérdida completa impotencia funcional absoluta y permanente de dos miembros superiores o Inferiores, o uno superior y uno inferior, entendiéndose por tales inclusive las manos y los pies	100%

Incapacidad Parcial y Permanente por amputación o inutilización por impotencia funcional absoluta de:

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

De las extremidades Superiores:

Pérdida total por amputación o mutilación de:	DERECHO	IZQUIERDO
Un brazo	75%	55%
Una mano	75%	55%
Dedo pulgar	35%	30%
Dedo índice	30%	25%
Dedo medio	20%	15%
Dedo anular	20%	15%
Dedo meñique	15%	10%
Dedo índice y pulgar	55%	45%
De una falange del dedo pulgar	20%	15%
De una falange del dedo índice	15%	10%
De una falange de cualquier otro dedo	10%	7%
De dos falanges del dedo índice	20%	15%
De dos falanges de cualquier otro dedo que no sea el pulgar	15%	10%
Pérdida total del movimiento de la muñeca	30%	25%
Pérdida total del movimiento del hombro	35%	30%
Pérdida total del movimiento del codo	35%	30%
Fractura mal consolidada de un brazo	30%	25%

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

De las extremidades Inferiores:**Pérdida por amputación o mutilación de:**

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

Acortamiento de un miembro inferior:

Más de 8cm	35%
Entre 4 y 8cm	25%
Menos de 4cm	15%

Las incapacidades no identificadas específicamente en la Escala de Indemnizaciones, serán indemnizadas con relación a su gravedad, comparando su alcance con las señaladas en dicha escala.

En caso de que el ASEGURADO haga constar en la Solicitud de Seguro que es zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnizaciones fijados por la pérdida de las extremidades superiores.

La pérdida de miembros u órganos ya imposibilitados antes del accidente no darán lugar a prestación en dinero, sino por la diferencia entre el grado de Incapacidad que presentare antes y después del accidente de la persona asegurada.

La prestación en dinero de lesiones en miembros u órganos sanos sufridos en accidentes no puede ser incrementada por el estado de incapacidad de otro miembro u órgano afectado por ese accidente. En caso de incapacidad como consecuencia del mismo accidente que incluya varias de las indemnizaciones, el monto a pagar se calculará sumando los porcentajes correspondientes en cada incapacidad, sin que el mismo exceda de la prestación en dinero total y permanente. Cuando varias incapacidades afecten a un mismo miembro u órgano no se acumulan entre sí, sino que la prestación en dinero se determina por la mayor de dichas incapacidades.

4.4 FALLECIMIENTO DE FAMILIAR

La EMPRESA DE SEGUROS indemnizará al ASEGURADO en caso de fallecimiento de cualesquiera de los miembros de su grupo familiar, durante la vigencia de esta Póliza de Seguro, el monto de la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza y en el Certificado Individual de Seguro para esta cobertura, vigente para el momento de ocurrir el fallecimiento del familiar.

CLÁUSULA 5. EXAMEN Y RECONOCIMIENTO MÉDICO

La EMPRESA DE SEGUROS tiene derecho a someter al ASEGURADO a los exámenes y reconocimientos médicos necesarios y razonables, al momento de su incorporación en la Póliza siendo por cuenta de la EMPRESA DE SEGUROS los gastos que se originen por tal concepto.

CLÁUSULA 6. BENEFICIARIOS

La designación del BENEFICIARIO puede ser hecha en la oportunidad de la celebración del contrato de seguro, siempre que no existiere cesión alguna de la Póliza de Seguro o en un

CRGRIPR15V01

momento posterior, mediante declaración escrita comunicada a la EMPRESA DE SEGUROS.

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 aquéllos que tengan la condición de herederos legales, para el momento del fallecimiento del ASEGURADO

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

CLÁUSULA 7. CÁLCULO DE LA PRIMA

Para efectos del cálculo de la prima, se tomará como edad del ASEGURADO la edad alcanzada, a la fecha de comienzo de este seguro. Asimismo, la cobertura que ampara esta Póliza de Seguro tendrá validez siempre y cuando el ASEGURADO tenga para el momento de contratación de la Póliza de Seguro una edad comprendida entre quince (15) y noventa (90) años de edad.

Si para el momento de contratación o renovación de esta Póliza de Seguro no se conocen las edades de todos los integrantes del Grupo Asegurado, la EMPRESA DE SEGUROS utilizará una tasa provisional que como mínimo será la que corresponda a la edad de cuarenta y cinco (45) años por un período máximo de seis (6) meses, contado a partir de la fecha de contratación o renovación.

CRGRIPR15V01

Cuando se tenga conocimiento de las edades de todos los integrantes del Grupo Asegurado, la EMPRESA DE SEGUROS calculará la prima total multiplicando la suma asegurada de cada ASEGURADO por la correspondiente tasa anual de tarifa según la edad alcanzada. La suma de las primas así obtenidas se dividirá entre el total de suma asegurada de todos los ASEGURADOS, resultando así la tasa media del Grupo Asegurado.

Una vez calculada la tasa media del Grupo Asegurado para obtener la prima se utiliza el siguiente procedimiento:

1. Se calcula la prima bruta anual de la cobertura básica, multiplicando la tasa media del Grupo Asegurado por la suma asegurada de cada ASEGURADO.
2. Se calcula la prima anual de cada una de las coberturas opcionales, si las hubiere, multiplicando la tasa que corresponde según la tarifa vigente, por la suma asegurada en cada caso.
3. Se determina el descuento, según el volumen de prima total, considerando la prima de la cobertura básica más la prima de las coberturas opcionales, si lo hubiere, de acuerdo a la escala de descuento de la tarifa vigente.
4. Se calcula la prima anual a cobrar neta de descuento.
5. Se cobrará o devolverá a el TOMADOR la diferencia que llegare a existir entre la prima así calculada y la prima cobrada provisionalmente.

La tarifa a aplicar será la vigente a la fecha en que se esté realizando el cálculo de la prima.

CLÁUSULA 8. FECHA DE ELEGIBILIDAD

Todas las personas que conforman el Grupo Asegurado podrán quedar aseguradas a partir de la fecha en que la Póliza entre en vigencia, siempre y cuando, hayan llenado debidamente su Solicitud de Seguro, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha antes mencionada. Las personas que comiencen a prestar sus servicios o se asocien al TOMADOR con posterioridad a la fecha en que entró en vigencia la Póliza y que sean elegibles, quedarán aseguradas a partir del primer día del mes siguiente a aquel en que el TOMADOR envió a la EMPRESA DE SEGUROS la Solicitud de Seguro correspondiente.

CLÁUSULA 9. ADMINISTRACIÓN

El TOMADOR está obligado a proporcionar a la EMPRESA DE SEGUROS:

1. Al momento de contratar la presente Póliza y en cada renovación anual, una lista completa de todas las personas elegibles con sus respectivas Solicitudes de Seguro.
2. Mensualmente y con diez (10) días de anticipación al final de cada mes, una lista detallada de los nuevos ingresos que reúnan las condiciones de elegibilidad con sus

CRGRIPR15V01

respectivas Solicitudes de Seguros, así como también una lista de los egresos de los ASEGURADOS.

CLÁUSULA 10. PRIVILEGIO DE CONVERSIÓN

Si algún ASEGURADO dejare de pertenecer al Grupo Asegurado, después de haber estado amparado durante un (1) año por lo menos, podrá solicitar por escrito a la EMPRESA DE SEGUROS, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de haber dejado de pertenecer al Grupo Asegurado y sin ser sometido a pruebas de asegurabilidad, un Seguro de Vida Individual hasta por la misma suma asegurada que tenía en la Póliza Colectiva y por un máximo de quinientas unidades tributarias (500 UT), sujeto al pago de una prima conforme a la tarifa vigente de la EMPRESA DE SEGUROS, acorde con la edad alcanzada y el Plan de Seguro de Vida Individual escogido. La solicitud presentada en los términos anteriores será aceptada por la EMPRESA DE SEGUROS. La EMPRESA DE SEGUROS queda excepta de esta obligación cuando se solicite un Seguro de Vida Temporal.

CLÁUSULA 11. EXTENSIÓN DEL SEGURO PARA LOS JUBILADOS

Las personas jubiladas por el TOMADOR podrán mantenerse dentro del Grupo Asegurado, por la misma suma asegurada y mediante el pago de la respectiva prima, si lo manifiesta por escrito dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de jubilación.

CLÁUSULA 12. REINTEGRO POR BUENA EXPERIENCIA

Al finalizar el año Póliza y una vez el TOMADOR haya pagado la totalidad de la prima anual, la EMPRESA DE SEGUROS podrá conceder a el TOMADOR, el beneficio por el reintegro por experiencia favorable.

El TOMADOR se obliga a reembolsar a los ASEGURADOS el reintegro por experiencia favorable en forma proporcional a como ellos hayan contribuido con el pago de la prima.

CLÁUSULA 13. EXCLUSIONES

La EMPRESA DE SEGUROS no indemnizará el pago de ningún beneficio en cualquiera de los casos siguientes:

13.1 Exclusiones Generales aplicables a todas las coberturas:

- a) Suicidio del ASEGURADO ocurrido dentro del primer año de vigencia del Certificado Individual de Seguro. El plazo de un (1) año se contará a partir de la fecha de ingreso a la Póliza del ASEGURADO. En caso de haberse efectuado algún aumento de suma asegurada, el plazo de un (1) año se comenzará a contar a partir**

CRGRIPR15V01

de la fecha de dicho aumento y lo establecido en este numeral se aplicará únicamente al monto del incremento.

- b) Como consecuencia de viajes en cualquier tipo de nave o aeronave donde el ASEGURADO no viaje en calidad de pasajero y/o viaje en aeronaves militares y/o entre aeropuertos no registrados.
- c) Mientras el ASEGURADO se encuentre prestando servicio como miembro de alguna unidad policíaca o militar.
- d) Por participación activa del ASEGURADO en la comisión de actos delictivos, duelos o riñas, siempre que para esta última no sea en defensa propia.
- e) Por participación activa del ASEGURADO en motín, conmoción civil y alteración del orden público.
- f) Cuando el ASEGURADO este sometido a presidio, prisión o cualquier pena privativa de libertad.

13.2 Exclusiones aplicables a la cobertura de Muerte Accidental:

- a) Por Accidentes y sus consecuencias, sufridos con anterioridad a la vigencia de la Póliza de Seguro.
- b) Por Accidentes y sus consecuencias por el uso de vehículos de motor o animales de cualquier tipo de competencia.
- c) Lesiones a consecuencia de la práctica de: Boxeo, luchas en sus distintas formas, esgrima, tiro, equitación, halterofilia, andinismo con escalada de paredes rocosas o acceso a glaciares, saltos de trampolín con esquíes, jockey, rugby, inmersiones con emplea de aparatos respiratorios, deporte submarino, surfing, vela, bicicleta de montaña, coleo, rodeo, deportes aéreos y náuticos en general.
- d) Por Accidentes ocurridos bajo la influencia del alcohol, drogas estupefacientes o psicotrópicas.

13.3 Exclusiones aplicables a las coberturas de Incapacidad Total y Permanente, Desmembramiento o Inhabilitación Funcional Total y Permanente:

- a) Enfermedades corporales o mentales y lesiones con ellas relacionadas, así como también lesiones y consecuencias de intervenciones quirúrgicas o tratamientos.
- b) Las exclusiones mencionadas en el apartado 13.2 de esta cláusula.

CLÁUSULA 14. PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO

Las reclamaciones según la presente Póliza, se procesarán sobre la base de la presentación de los documentos originales. Para tramitar un reclamo ante la EMPRESA DE SEGUROS, el TOMADOR, el ASEGURADO, o el BENEFICIARIO deberá(n):

CRGRIPR15V01

- 1) Dar aviso por escrito a la EMPRESA DE SEGUROS dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de haber conocido la ocurrencia del siniestro, indicando la existencia de cualquier otro contrato de seguro sobre los mismos riesgos cubiertos por esta Póliza de Seguro.
- 2) Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de notificación del siniestro presentar en original y fotocopia los siguientes recaudos:

En caso de Muerte Natural:

- a) Cédula de identidad del ASEGURADO.
- b) Acta de defunción.
- c) Declaración del médico que atendió al ASEGURADO.
- d) Certificado de la medicatura forense (si fuere el caso): "Certificación de defunción" en la que conste la causa de la muerte y el número de la cédula con la que fue identificado el cuerpo.
- e) Autorización del Juez del Tribunal del niño, niña y del adolescente, nombrando a la persona que deberá retirar la prestación correspondiente, cuando los BENEFICIARIOS sean niño, niña o adolescente.
- f) Declaración de herederos legales, si no hubiere otros BENEFICIARIOS designados.
- g) Registro de nacimiento o documentos de identidad de los BENEFICIARIOS o heredero(s) legal(es).
- h) Planilla de declaración de siniestro completamente contestada y firmada por los BENEFICIARIOS.

En caso de Muerte Accidental:

- a) Los documentos anteriormente señalados para el caso de muerte natural.
- b) Carta narrativa de las circunstancias de cómo se produjo el siniestro, indicando lugar y hora.
- c) Informe de la autoridad competente que intervino en el accidente (si fuese el caso).
- d) Informe médico detallado.
- e) En los casos de desaparición del ASEGURADO se aplicará lo dispuesto en el Libro Primero "De las Personas, Título XII de los no presentes y de los ausentes, del Código Civil de la República Bolivariana de Venezuela.

En caso de Incapacidad y/o Desmembramiento:

- a) Informe detallado del Médico tratante, en el cual conste el grado de Invalidez o Incapacidad y duración de la incapacidad del ASEGURADO.
- b) Reporte emitido por el Instituto Venezolano de Seguros Sociales (IVSS) en el cual conste el grado de Invalidez o Incapacidad y duración de la incapacidad del ASEGURADO, si el ASEGURADO cotiza seguro social.
- c) Informe Médico Anual con detalles de la evolución de la Incapacidad.

En caso de Fallecimiento de cualquier miembro del grupo familiar del ASEGURADO:

- a) Cédula de identidad del Fallecido.

CRGRIPR15V01

- b) Acta de defunción.
- c) Certificado de la medicatura forense (si fuere el caso): "Certificación de defunción" en la que conste la causa de la muerte y el número de la cédula con la que fue identificado el cuerpo.

3) En los casos en que la EMPRESA DE SEGUROS requiera documentos adicionales para la evaluación del siniestro, podrá solicitarlos por escrito y por una sola vez, siempre que dicha solicitud se efectúe como máximo dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó, a satisfacción de la EMPRESA DE SEGUROS, el último de los documentos requeridos en este CLÁUSULA. En este caso, se establece un plazo de quince (15) días hábiles para la presentación de los recaudos solicitados por la EMPRESA DE SEGUROS contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos.

CLÁUSULA 15. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO y BENEFICIARIO

1. EL ASEGURADO y el TOMADOR deberán llenar la Solicitud de Seguro y declarar con sinceridad y sin omisión todas las circunstancias que permitan a la EMPRESA DE SEGUROS apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en este contrato.
2. EL ASEGURADO deberá prestar toda la colaboración para facilitar la realización de los trámites necesarios para determinar y calcular la prestación en dinero.
3. EL TOMADOR deberá pagar la prima en la forma, frecuencia y tiempo convenido, en el Cuadro Póliza.
4. EL ASEGURADO o el BENEFICIARIO deberá emplear el cuidado de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro.
5. EL ASEGURADO o el BENEFICIARIO deberá tomar las medidas necesarias para conservar las evidencias y pruebas que demuestren el hecho.
6. EL ASEGURADO, o el BENEFICIARIO deberá declarar al tiempo de exigir el pago del siniestro, los contratos de seguros que cubren el mismo riesgo.
7. EL ASEGURADO, o el BENEFICIARIO deberá probar la ocurrencia del siniestro.
8. EL ASEGURADO, o el BENEFICIARIO deberá certificar la exactitud de su reclamación y de cuantos aspectos estén consignados en la misma.
9. EL ASEGURADO, TOMADOR y el BENEFICIARIO deberán cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran la Póliza.

CRGRIPR15V01

CLÁUSULA 16. OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD

La EMPRESA DE SEGUROS no pagará la prestación en dinero cuando el ASEGURADO, TOMADOR o el BENEFICIARIO:

1. Causare(n) o provocare(n) intencionalmente el siniestro o fuese(n) cómplice del hecho. En el supuesto de que el BENEFICIARIO cause dolosamente el daño quedará nula la designación hecha a su favor.
2. Incumpliere cualquiera de las obligaciones establecidas en la cláusula 14 (Procedimiento en caso de Reclamo), a menos que el incumplimiento se deba a causa extraña no imputable al TOMADOR, al ASEGURADO o al BENEFICIARIO u otra que lo exonere de responsabilidad.

CLÁUSULA 17. ANULACIÓN DE LA PÓLIZA DE SEGURO ANTES DE SU VENCIMIENTO

El TOMADOR podrá dar por terminada la póliza, con efecto a partir del día hábil siguiente al de la recepción de su comunicación escrita por parte de la EMPRESA DE SEGUROS, o de cualquier fecha posterior que señale en la misma. En este caso, dentro de los quince (15) días continuos siguientes, la EMPRESA DE SEGUROS deberá poner a disposición del TOMADOR la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al Intermediario de seguros, correspondiente al período que falte por transcurrir. La terminación anticipada se efectuará sin perjuicio del derecho del BENEFICIARIO a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada, en cuyo caso no procederá devolución de prima.

Firma del TOMADOR

**Firma del Representante
de La EMPRESA DE SEGUROS**

**Aprobado por la Superintendencia de Seguros
mediante Oficio N° 9893 de fecha 25 de septiembre del 2013.**

CRGRIPR15V01