

PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA

Condiciones Generales

Artículo N° 1: Objeto del seguro

Mediante este seguro el Asegurador se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las condiciones particulares y en los anexos si los hubiere, conforme a las coberturas contratadas indicadas en el certificado de seguro, y a pagar al Asegurado o a los Beneficiarios designados por éste, indicados en el certificado de seguro o a los herederos legales, la suma asegurada para la cobertura indicada en el mencionado certificado de seguro.

Artículo N° 2: Definiciones

- a) **Asegurado:** persona natural que en su persona está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las condiciones particulares y anexos de esta póliza, que se encuentra amparada por la misma, y aparece identificada como tal en el certificado de seguro.
- b) **Asegurador:** persona jurídica quien asume los riesgos cubiertos por la presente póliza de acuerdo a las condiciones generales, condiciones particulares y a los anexos de la misma, si los hubiere.
- c) **Beneficiario:** persona natural o jurídica a favor de quien se ha establecido el pago que debe efectuar el Asegurador en caso de fallecimiento del Asegurado.
- d) **Certificado de seguro:** documento donde se indican el número de la póliza, el nombre del Tomador, la identificación completa del Asegurador, su representante y domicilio principal, el nombre del intermediario de seguros, las características del seguro, los datos que identifican al Asegurado, a los Beneficiarios y el porcentaje de beneficio, las coberturas, las sumas aseguradas, el monto de la prima correspondiente a la vigencia de la póliza, el período de vigencia, y las firmas del Asegurador y del Tomador de la póliza.
- e) **Condiciones particulares:** aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.
- f) **Cuadro póliza - recibo:** documento donde se indican los datos particulares de la póliza, el número de la misma, el nombre del Tomador y su dirección, la dirección para efectuar el cobro de la prima de seguro, la identificación completa del Asegurador, su representante y domicilio principal, el nombre del intermediario de seguros, las características del seguro, el monto de la prima correspondiente a la vigencia de la póliza, la forma y el lugar de pago, el período de vigencia, y las firmas del Asegurador y del Tomador de la póliza.

- g) Documentos que forman parte del contrato de seguro:** la solicitud o cuestionario de seguro, los exámenes médicos exigidos por el Asegurador (en aquellas circunstancias especiales que se requieran), cualquier otro documento que pueda requerir el Asegurador al suscribir la póliza, la nota de cobertura provisional, el cuadro póliza - recibo, los certificados de seguro, las condiciones generales, las particulares, y los anexos que se emitan para complementarla o modificarla.
- h) Prima:** es la única contraprestación que en función del riesgo, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración del contrato.
- i) Nota de Cobertura Provisional:** documento donde se indican los datos particulares de la póliza, el número de la misma, el nombre del Tomador y su dirección, la dirección para efectuar el cobro de la prima del seguro, la identificación completa del Asegurador, su representante y domicilio principal, el nombre del intermediario de seguros, las características del seguro, el monto de la prima correspondiente al período de cobertura provisional, el período de cobertura provisional, y las firmas del representante del Asegurador y del Tomador de la póliza.
- j) Suma asegurada:** es el límite máximo de responsabilidad del Asegurador para cada una de las coberturas contratadas y que está indicado en el certificado de seguro.
- k) Tomador:** se considera, a toda persona jurídica que tiene un vínculo común con un grupo de personas, con fines de dirección o coordinación de sus actividades y que obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos al Asegurador y se obliga al pago de la prima.

Un Tomador puede ser una persona jurídica dedicada a actividades comerciales, industriales, educativas, una federación de grupos o asociación profesional, gremial o sindical.

No es asegurable un grupo formado por la familia ni aquel que se constituya con el único propósito de asegurarse.

El Tomador tendrá a su cargo la negociación y formalización de la presente póliza, así como las modificaciones que en el futuro se convengan; además son de su responsabilidad el suministro de las relaciones y solicitudes que contengan los datos de los Asegurados que ingresen o egresen de esta póliza.

Artículo N°3: Vigencia de la póliza

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

En todo caso, la vigencia de la póliza se hará constar en el cuadro póliza - recibo, y en los respectivos certificados de seguros, con indicación de la fecha en que se emita, y día de su iniciación y vencimiento.

Artículo N°4: Renovación

La póliza se entenderá renovada automáticamente al finalizar el último día 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 un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso.

Artículo N°5: Primas

El Tomador debe la prima desde el momento de la celebración del contrato, pero aquélla no será exigible sino contra la entrega por parte del Asegurador del cuadro póliza – recibo 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, el Asegurador tendrá derecho a resolver el contrato 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 del Asegurador por dicho exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses de dichas primas.

El Asegurador no se obliga a efectuar cobros a domicilio, ni a dar aviso de su vencimiento y si lo hiciere, no sentará precedente de obligación y podrá suspender esta gestión en cualquier momento, sin previo aviso.

Las primas por las coberturas contratadas para cada uno de los Asegurados inscritos en este seguro se determinarán con base a la tarifa de primas vigentes a la fecha de inicio de cada período de seguro, a las sumas aseguradas elegidas por el Tomador, a la edad alcanzada por cada Asegurado, y al número de personas que conformarán el grupo asegurado; su monto y la moneda se especifican en el cuadro póliza – recibo, ya sea por contratación inicial, renovación o inclusión de un nuevo Asegurado.

El fallecimiento de un Asegurado no origina la devolución de la prima.

La tasa de prima anual para la cobertura de muerte de los Asegurados de sexo femenino, será la que corresponda a su edad, aplicando lo establecido en la regulación vigente para seguros colectivos emanada de la Superintendencia de Seguros.

Artículo N°6: Plazo de gracia

El Asegurador 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 el Asegurador garantiza los beneficios previstos en esta póliza de acuerdo con lo establecido en las condiciones generales, particulares y anexos del contrato, y en caso de ocurrir un siniestro en ese período, el Asegurador tendrá la obligación de pagar la indemnización correspondiente previa deducción de la prima pendiente de pago.

Artículo N°7: Declaraciones falsas en la solicitud de seguro

El Asegurador deberá participar al Tomador, en un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en alguna de las solicitudes de seguro consignadas por éste, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver el contrato mediante comunicación dirigida al Tomador, en un plazo de un (1) mes contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el Tomador o el Asegurado. En caso de resolución ésta se producirá a partir del decimosexto (16º) día siguiente a su notificación, siempre y cuando la devolución de la prima correspondiente se encuentre a disposición del Tomador en la caja del Asegurador. Corresponderán al Asegurador las primas relativas al período transcurrido hasta el momento en el cual haga esta notificación. El Asegurador no podrá resolver el contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haber conocido la verdadera entidad del riesgo.

Cuando la póliza cubra a varias personas y la reserva o inexactitud se contrajese sólo 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 probadas, serán causa de nulidad absoluta de la póliza, si son de tal naturaleza que el Asegurador de haberlas conocido no hubiese celebrado el contrato o lo hubiese hecho en otras condiciones.

Artículo N°8: Indisputabilidad

Las declaraciones hechas por el Asegurado en la solicitud de seguro suministrada al Asegurador, se considerarán indisputables después de haber transcurrido un (1) año a partir de la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza, de la rehabilitación de la misma o del incremento de suma asegurada, quedando en el entendido que este artículo no será aplicable en caso de dolo o fraude.

Artículo N°9: Modificaciones

Toda modificación a las condiciones de la póliza entrará en vigencia una vez que el Tomador notifique su consentimiento a la proposición formulada por el Asegurador o cuando éste participe su aceptación a la solicitud de modificación propuesta por el Tomador.

Las modificaciones se harán constar mediante anexos, debidamente firmados por un representante del Asegurador y del Tomador, los cuales prevalecerán sobre las condiciones particulares y éstas sobre las condiciones generales de la póliza.

Si la modificación requiere pago de prima adicional se aplicará lo dispuesto en los artículos N° 3 y N° 5 de estas condiciones generales.

La modificación de la suma asegurada y de las coberturas adicionales requerirá aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por el Asegurador con la emisión del cuadro póliza – recibo y de los certificados de seguro o los anexos respectivos, en que se modifique la suma asegurada o las coberturas adicionales, y por parte del Tomador, mediante comunicación escrita o por el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere.

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

Artículo N°10: Cambios de profesión o actividad

Los cambios de profesión o de actividad del Asegurado no harán cesar los efectos del seguro de vida.

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

Si el Asegurador fuese notificado 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 prestación o elevar la prima. En caso de que el Asegurador manifieste su voluntad de terminar el contrato, éste dejará de tener efecto a partir del decimosexto (16º) día hábil siguiente a la notificación, siempre que ponga a disposición del Tomador la porción de la prima no consumida.

Si el Asegurador 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 del Asegurador 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 del Asegurador.

Artículo N° 11: Exoneración de responsabilidad

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

- a)** Si el Tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios.
- b)** Si el Tomador o el Asegurado actúa con dolo o si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario. En el supuesto que el Beneficiario cause dolosamente el daño quedará nula la designación hecha a su favor. El pago corresponderá proporcionalmente al resto de los Beneficiarios designados si los hubiere, o a los herederos legales del Asegurado si no hubiese designación de Beneficiarios.
- c)** Si el Tomador o el Asegurado actúa con culpa grave o si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario. No obstante, el Asegurador estará obligado al pago de la indemnización que corresponda por los siniestros cubiertos por la póliza, si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el Asegurador en lo que respecta a la póliza.
- d)** Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no empleare los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro, siempre que este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador.
- e)** Si el siniestro se inicia antes de la vigencia de la póliza y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador.
- f)** Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no notificare el siniestro dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes de haber conocido la ocurrencia del mismo, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario.
- g)** Si la documentación faltante para el análisis del reclamo no se consigna ante las oficinas del Asegurador dentro de los treinta (30) días siguientes, contados a partir de la fecha en la cual éste la solicitó.
- h)** Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las condiciones particulares.

Artículo N° 12: 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 los cuales 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.

Artículo N° 13: Caducidad

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario, perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra el Asegurador o convenir con éste el arbitraje previsto en el artículo anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo señalado a continuación:

- a) En caso de rechazo de siniestro, un (1) año contado a partir de la fecha de la notificación del rechazo.
- b) En caso de inconformidad con el pago de la indemnización, un (1) año contado a partir de la fecha en la cual el Asegurador hubiere efectuado el pago.

En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado desde el momento en el cual haya un pronunciamiento por parte del Asegurador.

A los efectos de este artículo se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea introducido el libelo de demanda ante el tribunal competente.

En caso de desaparición del Asegurado, se tendrá en cuenta para la aplicación de los plazos establecidos en este artículo, que el siniestro se considerará ocurrido en la fecha de la declaración de presunción de muerte por las instancias jurisdiccionales competentes, de conformidad con las formalidades dispuestas en el Título XII, Capítulo II, artículos 418 al 444 del Código Civil.

Artículo N° 14: Prescripción

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

Artículo N° 15: Avisos

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a la póliza deberá hacerse mediante comunicación escrita o telegrama, con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal o sucursal del Asegurador o a la dirección del Tomador que conste en el cuadro póliza - recibo, según sea el caso.

Artículo N° 16: Domicilio

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

Condiciones Particulares

Artículo N° 1: Riesgos cubiertos

Los riesgos cubiertos por esta póliza son los indicados a continuación:

- a) Muerte
- b) Incapacidad total y permanente, por enfermedad o accidente.

Artículo N° 2: Coberturas

- a) Muerte:

El Asegurador pagará la suma indicada en el certificado de seguro que forma parte de esta póliza, a los Beneficiarios designados por el Asegurado o a sus herederos legales, según el caso, si se produce el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de esta póliza y del certificado de seguro respectivo.

b) Exoneración del pago de primas por incapacidad total y permanente:

El Asegurador exonerará del pago de la prima fijada en el certificado al Asegurado, si después de transcurrir el primer año de la vigencia de éste y estando el mismo y la póliza vigente, él llegase a incapacitarse total y permanentemente, a causa de una enfermedad o de un accidente, y ésta lo inhabilita para realizar cualquier clase de trabajo u ocupación remunerada. La exoneración se aplicará al pago de las primas futuras de la cobertura de muerte, mientras dure la incapacidad, sujeta al plazo de duración del seguro. La incapacidad, debe ser certificada por dos (2) médicos, por cuenta del Tomador y/o del Asegurado, y está sujeta en cualquier momento a la revisión del Asegurador.

Para que el Asegurado tenga derecho a este beneficio el Tomador y/o el Asegurado debe notificar al Asegurador la incapacidad en un plazo no mayor de veinte (20) días continuos, contados a partir de la fecha en la cual le fue determinada.

Este beneficio no es aplicable si la incapacidad presentada por el Asegurado es consecuencia directa o indirecta de las heridas o lesiones corporales originadas de las situaciones indicadas a continuación:

- Producidas por el Tomador al Asegurado o las que se ocasione éste a sí mismo o el Beneficiario al Asegurado.
- Resultantes por participar, cometer o tratar de cometer delitos o agresiones.
- Resultantes por participar en exploraciones o viajes submarinos.
- Resultantes por participar en actos de guerra, invasión, hostilidades, motín, asonada, insurrección, rebelión, conmoción civil o situaciones similares, hayan sido declaradas o no.
- Resultantes por participar en viajes como miembro de la tripulación de una aeronave.

Artículo N°3: Exclusión

Suicidio durante el primer año de la inclusión del Asegurado en la póliza o de la fecha de su rehabilitación.

Artículo N°4: Definiciones

A los efectos de esta póliza se entiende por:

- a) Accidente:** es la acción fortuita, repentina y violenta de una fuerza exterior e independiente de la voluntad del Asegurado, cuya consecuencia real, inmediata, directa y exclusiva, sea cualquier lesión física que no pueda atribuirse en forma alguna a condiciones patológicas.
- b) Edad:** para los efectos de esta póliza, la edad del Asegurado es la cumplida a la fecha de su inclusión en la póliza o a la fecha de renovación de la misma.
- c) Enfermedad:** alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, que se manifiesta por síntomas y signos característicos y que produce reducción de la capacidad funcional o la muerte.

- d) **Institución hospitalaria:** institución legalmente constituida, pública o privada, destinada a la prestación de servicios de salud, para la prevención y curación de enfermedades y accidentes y sus consecuencias.
- e) **Médico:** profesional legalmente autorizado para ejercer la medicina según las leyes y normas de la jurisdicción donde ha sido prestado el servicio y la cual practica dentro de los límites regulares y admisibles de cualquier autorización legal que sea pertinente.
- f) **Siniestro:** es el acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de pago por parte del Asegurador. Si el siniestro ha continuado después de vencida la póliza, el Asegurador responde del valor del pago en los términos de ésta. Pero si se inicia antes de la vigencia de la póliza, y continúa después que los riesgos hayan empezado a correr por cuenta del Asegurador, éste queda relevado de su obligación de pagar.

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario debe probar la ocurrencia del siniestro, el cual se presume cubierto por la póliza, pero el Asegurador puede probar que existen circunstancias que según el contrato de seguro o la ley lo exoneran de responsabilidad.

Artículo N° 5: Beneficiarios

El Asegurado puede designar a sus Beneficiarios en la oportunidad de la celebración del contrato de seguro, siempre que no existiere cesión alguna de la póliza o en un momento posterior, mediante declaración escrita comunicada al Asegurador.

Si la designación se hace a favor de varios Beneficiarios, la prestación convenida se distribuirá, salvo convención en contrario, en partes iguales.

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.

Si no existe designado Beneficiario, el Asegurador contará con un lapso de sesenta (60) días hábiles a la fecha de notificación de la muerte del Asegurado, a los fines de pronunciarse sobre los derechos de los herederos.

Artículo N° 6: Personas asegurables

Son admisibles en este seguro, las personas cuyas edades estén comprendidas entre los dieciocho (18) años y los sesenta y cinco (65) años de edad.

Artículo N° 7: Ingreso y egreso de Asegurados en la póliza

Para la emisión de la póliza el Tomador suministrará una relación de las personas que solicitan el seguro, al igual que la solicitud de seguro de cada uno de ellos, debidamente completada. Los solicitantes serán incluidos en la póliza, y gozarán de la cobertura de la misma una vez pagada la prima correspondiente.

El Tomador enviará al Asegurador, dentro de un período máximo de diez días continuos después de finalizar cada período mensual calendario, un reporte de los ingresos de solicitantes, con su respectiva solicitud de seguros, y de egresos de los Asegurados, ocurridos durante el mes inmediatamente anterior. El Asegurador suministrará al Tomador para cada período una relación de los ingresos, los egresos y las modificaciones reportadas, acompañado de un estado de cuenta y de la respectiva facturación o devolución de prima, según sea el caso.

Artículo N° 8: Inscripciones de los Asegurados en la póliza

Para la inclusión en la póliza de un Asegurado el Tomador debe consignar ante el Asegurador, una solicitud de seguro proporcionada por éste para tal fin.

Cada solicitante llenará una solicitud de seguro en la que hará constar sus datos, los nombres y apellidos, cédula de identidad, sexo, fecha de nacimiento, los nombres y apellidos del (los) Beneficiario(s), indicando sus respectivas fechas de nacimiento, el parentesco, y el porcentaje del beneficio para cada uno.

Las inclusiones se efectuarán en las siguientes fechas:

- a) Para el grupo inicial; a la fecha de entrada en vigencia del presente contrato.
- b) Los nuevos integrantes de la organización del Tomador, sólo podrán inscribirse en el seguro cuando pasen a desempeñar labores regulares o sean admitidos definitivamente como integrantes de la organización. En este caso la efectividad del seguro comenzará desde el momento en que la solicitud sea aceptada por el Asegurador, y siempre que tal solicitud sea hecha dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de admisión definitiva por el Tomador.

Una vez que el Asegurador analice y acepte la solicitud presentada, emitirá un certificado de seguro donde se hará constar los datos del Asegurado, y la información de las coberturas contratadas, y de los Beneficiarios designados.

Artículo N° 9: Terminación del seguro para cada Asegurado

El seguro para cada Asegurado, terminará cuando se origine alguna de las siguientes causas:

- a) Al ocurrir el fallecimiento de éste.

- b) Al producirse la anulación o no renovación del certificado individual o la terminación de la póliza a solicitud del Tomador.
- c) A la fecha de terminación de cobertura de la póliza.
- d) En la fecha en que el Asegurado deje de pertenecer al grupo.
- e) Por falta de pago de la prima correspondiente a éste.
- f) Al producirse la no renovación de la póliza porque el número de Asegurados sea inferior a veinte (20).

La terminación del seguro por el fallecimiento de un Asegurado no da derecho a devolución de prima.

Artículo N° 10: Privilegio de conversión

El Asegurado que deje de pertenecer al grupo asegurado del Tomador y que hubiese permanecido incluido en éste por un período igual a un año o más, si lo desea, puede solicitar al Asegurador un seguro individual en cualquiera de los planes que tenga vigente, con excepción del plan temporal, sin pruebas de asegurabilidad, hasta por la misma suma asegurada que tenía mientras permaneció en el grupo, y por un máximo al equivalente de las Unidades Tributarias que estén indicadas en la regulación vigente, emanada por la Superintendencia de Seguros para este ramo, sujeto a las condiciones siguientes:

- a) La solicitud para el seguro individual debe ser presentada al Asegurador dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha en la cual dejó de pertenecer al grupo asegurado.
- b) La prima del seguro individual será calculada de acuerdo a su riesgo profesional, edad alcanzada para la fecha de la solicitud de la nueva póliza y al plan elegido.

Artículo N° 11: Permanencia dentro del grupo asegurado

Las personas jubiladas por el Tomador podrán mantenerse dentro del grupo asegurado. Asimismo, cuando una persona deje de estar vinculada al Tomador por habersele declarado incapacidad total y permanente, de conformidad con las condiciones de esta póliza, se mantendrá dentro del grupo asegurado, con las mismas coberturas y montos que tenía al momento de la declaración de la incapacidad.

Artículo N° 12: Obligación del Tomador

El Tomador está obligado según lo dispuesto en la regulación emanada de la Superintendencia de Seguros para este tipo de seguros, a rembolsar a los Asegurados, cualquier devolución de prima o reintegro por experiencia favorable, en la misma proporción en que éstos hayan contribuido al pago de la prima.

Artículo N° 13: Pago de la suma asegurada en caso de siniestro y exoneración del pago de prima por incapacidad

El pago y la exoneración del pago de prima a que hubiere lugar por esta póliza se efectuarán, basados en los documentos legales probatorios que correspondan según sea la causa y el origen de la reclamación que se produzca durante la vigencia del certificado de seguro y de esta póliza.

Para la notificación de un siniestro se debe tomar en consideración los aspectos siguientes:

Ante la ocurrencia de un siniestro cubierto por el presente contrato, el Tomador y/o el Asegurado, sus derechohabientes o los Beneficiarios deben notificarlo al Asegurador dentro de los veinte (20) días continuos siguientes de haber sucedido el evento, indicando fecha, lugar, hora, circunstancias de éste y su naturaleza. De igual forma deben indicar si existen testigos y si intervinieron las autoridades competentes si fuere un accidente. Asimismo, deben presentar al Asegurador dentro de los treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de la notificación, los siguientes recaudos:

a) Si el reclamo es por el fallecimiento del Asegurado

- Declaración de Siniestro (forma proporcionada por el Asegurador).
- Certificado o acta de defunción en original y copia.
- Cédula de identidad original del fallecido.
- Informe del médico forense y resultado de la autopsia en original y copia.
- Cualquier otro documento que el Asegurador considere necesario para el análisis y liquidación del caso presentado, éste podrá solicitar los recaudos a lugar sólo en una oportunidad, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de recepción de los documentos descritos con anterioridad.
- Documentos relacionados con los Beneficiarios:

Cónyuge: acta de matrimonio en original, y copia de la cédula de identidad.

Hijos mayores de 18 años: acta de nacimiento en original, y copia de la cédula de identidad.

Hijos menores de 18 años: acta de nacimiento en original, copia de cédula de identidad si la hubiere, y autorización del Juzgado de Menores para la consignación del beneficio.

Padres: acta de nacimiento del fallecido en original, y copia de la cédula de identidad de cada uno de los padres.

Personas diferentes a las filiaciones indicadas: original y copia de la cédula de identidad.

Cuando no existe designación de Beneficiarios: declaración de únicos y universales herederos, emanada de un Juzgado de Primera Instancia en lo Civil y Mercantil.

Cuando el Beneficiario es una persona jurídica: copia del registro de comercio, copia del acta de Junta Directiva donde conste que la persona que va a recibir el pago está autorizada para hacerlo, y en la cual deben aparecer los datos de ésta y el cargo que ocupa, copia de la cédula de identidad de la persona que actuará en representación de la empresa para recibir el beneficio.

b) Para solicitar la exoneración del pago de primas por incapacidad total y permanente del Asegurado

- Declaración de Siniestro (forma proporcionada por el Asegurador).
- Cédula de identidad del Asegurado (copia).
- Informe de dos médicos que certifiquen la incapacidad.
- Cualquier otro documento que el Asegurador considere necesario para el análisis del caso presentado, éste podrá solicitar los recaudos a lugar sólo en una oportunidad, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de recepción de los documentos descritos con anterioridad.

Asimismo, el Tomador y/o el Asegurado, sus derechohabientes o los Beneficiarios, autorizan a todos los médicos y a las instituciones hospitalarias que le prestaron servicio, para que proporcionen al Asegurador cualquier información que éste requiera sobre el estado físico, historia clínica y demás circunstancias relacionadas con la reclamación presentada. Igualmente relevarán a los médicos de la responsabilidad de guardar el secreto profesional.

Si el siniestro ocurre fuera del territorio nacional, los documentos deberán estar certificados por el Consulado de Venezuela en el país donde ocurrió el siniestro.

Artículo N° 14: Derecho al pago de la suma asegurada, a la exoneración del pago de primas, y a la notificación de rechazo

El Asegurador pagará el monto que corresponda o exonerará el pago de la prima de acuerdo a las condiciones generales, particulares y a los anexos de esta póliza, si los hubiere o notificará por escrito las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifiquen el rechazo de la reclamación en virtud de la presente póliza, dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que el Asegurador haya recibido el último recaudo por parte del Tomador y/o Asegurado o del Beneficiario, salvo por causa extraña no imputable al Asegurador.

Artículo N° 15: Inexactitud en 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, el Asegurador 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 el Asegurador, en cuyo caso éste pondrá a disposición del Tomador la porción de la prima no consumida.

Si la edad del Asegurado estuviese comprendida dentro de los 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 del Asegurador se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de inclusión del Asegurado a la póliza o a la fecha de renovación o de rehabilitación de la misma.
- b) Si el Asegurador hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a percibir 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, el Asegurador estará obligado 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 manifiesta en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, el Asegurador estará obligado a pagar al Beneficiario la suma que por las primas canceladas corresponda de acuerdo con la edad real.

Artículo N° 16: **Ámbito de la póliza**

Esta póliza ofrece cobertura durante las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año y en cualquier parte del mundo.

El Tomador

Por C.A. Seguros Catatumbo

Nombre: _____

Cargo: _____

N° de Acta de Junta Directiva: JDE200 _____

Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante el Oficio N°7338 de fecha 02 de Septiembre de 20 04.