

VIDA INTEGRAL
CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1. DEFINICIONES GENERALES

A los efectos de este contrato de seguro, se entiende por:

1. **ASEGURADOR: BANESCO SEGUROS, C.A.**, sociedad mercantil inscrita en el Registro Mercantil Primero de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda, en fecha 03 de marzo de 1993, bajo el N° 11, Tomo 78-A-Primero, debidamente inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 109 del Libro de Registro de Empresas de Seguros, e inscrita en el Registro de Información Fiscal (RIF) bajo el No. J-30083118-3. La persona que actúa en representación del **ASEGURADOR** se encuentra plenamente identificada en el **CUADRO PÓLIZA** de este contrato de seguro, incluyendo el carácter con que actúa y el documento del cual derivan sus facultades. El **ASEGURADOR** es la parte que asume los riesgos objeto de este contrato de seguro.
2. **TOMADOR:** Persona natural o jurídica que en virtud de este contrato de seguro traslada al **ASEGURADOR** el o los riesgos que constituyen el objeto de este contrato de seguro. El **TOMADOR** se encuentra plenamente identificado en el **CUADRO PÓLIZA**, que es parte integrante del presente contrato de seguro. Igualmente, se entiende que el **TOMADOR** actúa en nombre propio, excepto que de otra manera se especifique en el **CUADRO PÓLIZA**.
3. **ASEGURADO:** Persona que está expuesta a el o los riesgos objeto de este contrato de seguro. El **ASEGURADO**, en caso de no ser la misma persona que el **TOMADOR**, se encuentra plenamente identificado en el **CUADRO PÓLIZA** de este contrato de seguro.
4. **BENEFICIARIO:** Persona natural o jurídica en cuyo favor el **ASEGURADO** ha establecido la indemnización que pagará el **ASEGURADOR**. El **BENEFICIARIO** se encuentra plenamente identificado en el **CUADRO PÓLIZA** de este contrato de seguro. En caso de pluralidad de **BENEFICIARIOS**, esta definición y su referencia en singular se aplicará a todos ellos.
5. **PARTES DEL CONTRATO DE SEGURO:** el **ASEGURADOR** y el **TOMADOR**. Además de las partes señaladas podrán existir el **ASEGURADO** y el **BENEFICIARIO**
6. **CUADRO PÓLIZA:** Documento que debidamente firmado por las partes de este contrato de seguro, forma parte integrante del mismo. En el **CUADRO PÓLIZA** se especifican y señalan datos fundamentales del contrato de seguro, tales como la identificación del **ASEGURADOR**, del **TOMADOR**, del **ASEGURADO** y del **BENEFICIARIO**, la suma asegurada, el monto y periodo de pago de prima, la duración de este contrato y el periodo de seguro, la naturaleza de el o los riesgos objeto de este contrato de seguro, entre otros.
7. **DURACIÓN DEL CONTRATO:** Período acordado por las partes y señalado en el **CUADRO PÓLIZA** durante el cual este contrato de seguro producirá sus efectos. Este periodo será contado a partir de las 12m del día indicado. Al vencimiento de la **DURACIÓN DEL**

CONTRATO, el presente contrato de seguro podrá ser renovado de común acuerdo entre las partes.

8. **PERIODO DE PAGO DE PRIMA:** Periodo durante el cual el **TOMADOR** acuerda hacer pagos de prima, el cual se encuentra señalado en el **CUADRO PÓLIZA**. El **PERIODO DE PAGO DE PRIMA** puede ser igual o menor a la **DURACIÓN DEL CONTRATO**. Cuando el **PERIODO DE PAGO DE PRIMA** sea menor que la **DURACIÓN DEL CONTRATO**, el **TOMADOR** cesará de pagar primas al vencimiento del **PERIODO DE PAGO DE PRIMA**, continuando vigente el contrato de seguro hasta el vencimiento de la **DURACIÓN DEL CONTRATO** o hasta que se alcance el límite de asegurabilidad según sea el caso y en cuanto fuere aplicable por la naturaleza del riesgo cubierto.
9. **PERÍODO DE SEGURO:** Lapso para el cual se calcula la unidad de prima y está indicado en el **CUADRO PÓLIZA**. El **PERÍODO DE SEGURO** puede o no corresponderse con la **DURACIÓN DEL CONTRATO**. Cuando el **PERÍODO DE SEGURO** sea menor que la **DURACIÓN DEL CONTRATO**, el **TOMADOR** deberá cancelar la prima correspondiente a cada **PERÍODO DE SEGURO** a más tardar en la fecha de su exigibilidad.
10. **GARANTÍA DE LAS CONDICIONES DEL CONTRATO:** Garantía del **ASEGURADOR** al **TOMADOR** o al **ASEGURADO** de mantenimiento de las condiciones y términos del presente contrato de seguro hasta que se alcance el límite de asegurabilidad en cuanto fuere aplicable por la naturaleza del riesgo cubierto, para cada prórroga de la **DURACIÓN DEL CONTRATO**. Se exceptúa de la **GARANTÍA DE LAS CONDICIONES DEL CONTRATO** a la prima, la cual será determinada cada vez que venza la **DURACIÓN DEL CONTRATO** y se aplicará para la prórroga de la misma.

CLÁUSULA 2. DOCUMENTOS DEL CONTRATO:

Forman parte integrante de este contrato de seguro:

- a) La solicitud y los cuestionarios de seguro que hayan servido para la evaluación del riesgo debidamente firmados por el **TOMADOR** o el **ASEGURADO**.
- b) El **CUADRO PÓLIZA**, debidamente firmado por las partes.
- c) Las Condiciones Generales y Particulares contenidas en este documento que se encuentra debidamente firmado por las partes.
- d) Los anexos, de haberlos, en los cuales se modifican las condiciones establecidas en los documentos anteriores, y los cuales para su validez deben indicar el número del contrato de seguro y estar firmados por las partes. En caso de discrepancia, lo establecido en los anexos prevalecerá sobre las disposiciones de las Condiciones Generales y Particulares.

CLÁUSULA 3. DECLARACIONES FUNDAMENTALES

Todas las declaraciones efectuadas por el **TOMADOR** o el **ASEGURADO** en la solicitud de seguro y en los cuestionarios de seguro, las declaraciones, documentos e informes que hayan servido para la evaluación del riesgo son fundamentales a los efectos de este contrato de seguro, y fueron esenciales en la formación de la voluntad del **ASEGURADOR** para la celebración del mismo y la determinación de la prima. El **TOMADOR** o el **ASEGURADO**, según corresponda, certifican y garantizan la veracidad de las declaraciones señaladas en esta Cláusula. Por lo anterior, el **TOMADOR** y el **ASEGURADO** manifiestan haber sido informados de que si alguna de esas declaraciones resultare falsa, inexacta o incompleta, el **ASEGURADOR** no hubiese celebrado este

contrato de seguro o lo hubiese hecho de manera distinta, por lo que estas circunstancias causarán la nulidad absoluta de este contrato de seguro.

CLÁUSULA 4. OBJETO DEL CONTRATO DE SEGURO

En virtud de las condiciones establecidas, así como de manera esencial en consideración a las declaraciones efectuadas por el **TOMADOR** o el **ASEGURADO**, este contrato de seguro tiene por objeto garantizar por parte del **ASEGURADOR**, al **ASEGURADO** o **BENEFICIARIO** el pago de las indemnizaciones que puedan corresponderles, de acuerdo con las condiciones de este contrato de seguro.

CLÁUSULA 5. SUMA ASEGURADA

Se entiende por suma asegurada el monto contratado de indemnización, que se establece de común acuerdo entre el **TOMADOR** y el **ASEGURADOR**. La suma asegurada constituye la máxima de responsabilidad del **ASEGURADOR** por el riesgo objeto de este contrato. El monto de la suma asegurada está determinado en el **CUADRO PÓLIZA**. La modificación de la suma asegurada propuesta por una de las partes requerirá aceptación expresa de la otra parte.

CLÁUSULA 6. PRIMA

La prima es la contraprestación que debe pagar el **TOMADOR** al **ASEGURADOR** en virtud de la celebración del presente contrato de seguro, la cual se determina en función del riesgo y sobre la base de las declaraciones efectuadas por el **TOMADOR** o el **ASEGURADO** en la solicitud, cuestionarios de seguro y demás declaraciones, documentos e informes que hayan servido para su evaluación.

El **TOMADOR** deberá pagar la prima en el momento de la firma del **CUADRO PÓLIZA** y del presente documento y durante el **PERIODO DE PAGO DE PRIMA**, excepto que se estipule otro término en el **CUADRO PÓLIZA** o en un anexo de este contrato de seguro. Las partes establecen como lugar de pago la Oficina Principal del **ASEGURADOR** en Caracas o la dirección de cualquier Sucursal o Agencia del **ASEGURADOR**. Las gestiones de cobro de la prima efectuadas por el **ASEGURADOR** no implican de manera alguna la modificación de la dirección de pago establecida por las partes.

La falta de pago de la prima durante el **PERIODO DE PAGO DE PRIMA**, en el plazo acordado, o a todo evento, en el momento cuando se ha hecho legalmente exigible, dará derecho al **ASEGURADOR** a resolver unilateralmente y de pleno derecho este contrato o, a su solo criterio, a exigir el cumplimiento del contrato mediante el pago de la prima. Para la rescisión de este contrato por falta de pago de la prima, bastará con la notificación escrita al **TOMADOR**, en la forma establecida en estas Condiciones Generales, a partir de cuya fecha quedará resuelto el contrato de seguro. Las gestiones de cobro de la prima efectuadas por el **ASEGURADOR** no implican la renuncia por parte del **ASEGURADOR** a su derecho a resolver este contrato de seguro por falta de pago de la prima.

Cuando se trate de la prima de renovación, la falta de pago en la fecha de exigibilidad se entenderá como la voluntad expresa del **TOMADOR** a no renovar el contrato de seguro.

CLÁUSULA 7. PERFECCIONAMIENTO DEL CONTRATO

Este contrato de seguro y sus modificaciones se perfeccionan con el consentimiento de las partes manifestado mediante la firma de las Condiciones Generales y Particulares y de los anexos que se emitan, lo cual se producirá una vez el **TOMADOR** notifique al **ASEGURADOR** su aceptación de la

proposición en las condiciones establecidas en la Ley del Contrato de Seguro, o cuando el **ASEGURADOR** notifique al **TOMADOR** su aceptación a la solicitud por este efectuada.

CLÁUSULA 8. PLAZO DE GRACIA

Excepto que se disponga de manera expresa otra cosa en las Condiciones Particulares de este contrato, el mismo no prevé plazo de gracia alguno para el pago de la prima, por lo que vencido el **PERIODO DE SEGURO**, el **ASEGURADOR** cesará inmediatamente de correr con el riesgo objeto del mismo.

CLÁUSULA 9. AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El **TOMADOR** y el **ASEGURADO**, en caso de no ser la misma persona, tienen la obligación de notificar las modificaciones del riesgo amparado o de las circunstancias que permitieron determinarlo ocurridas durante la **DURACIÓN DEL CONTRATO**. Se consideran hechos que agravan el riesgo, y deben por tanto ser notificados al **ASEGURADOR**, toda modificación en las circunstancias que se declararon en la solicitud de seguro, en los cuestionarios, declaraciones, documentos e informes que hayan servido para la evaluación del riesgo. Igualmente se consideran circunstancias específicas de agravación del riesgo, y deben por tanto ser notificados al **ASEGURADOR**, las contempladas en las Condiciones Particulares.

Si las circunstancias antes referidas dependen de la voluntad del **TOMADOR** o del **ASEGURADO**, según el caso, la notificación deberá practicarse con quince (15) días continuos de anticipación a que se produzca, pudiendo en este caso el **ASEGURADOR** rechazar la agravación del riesgo y dar por resuelto este contrato, devolviendo al **TOMADOR** la parte no consumida de la prima neta de la comisión pagada al intermediario de seguros, o proponer la modificación del contrato. En este caso, notificado el **TOMADOR** de las modificaciones propuestas, el mismo debe responder si las acepta o no en un plazo de (15) días continuos, y de no hacerlo se entenderá que las modificaciones propuestas han sido rechazadas quedando rescindido este contrato. En este caso, el **ASEGURADOR** reintegrará al **TOMADOR** la parte no consumida de la prima deducida la comisión pagada al intermediario de seguros.

Cuando la agravación del riesgo no dependa de la voluntad del **TOMADOR**, o del **ASEGURADO** o del **BENEFICIARIO** según el caso, la notificación deberá practicarse dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que hubiere tenido conocimiento, disponiendo el **ASEGURADOR** de un plazo de quince (15) días continuos para proponer la modificación del contrato o para notificar su rescisión. Notificada la modificación al **TOMADOR** éste deberá dar cumplimiento a las condiciones exigidas en un plazo que no exceda de quince (15) días continuos, en caso contrario se entenderá que el contrato ha quedado sin efecto a partir del vencimiento del plazo, debiendo el **ASEGURADOR** devolver al **TOMADOR** la parte no consumida de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de seguros.

CLÁUSULA 10. DISMINUCIÓN DEL RIESGO

El **TOMADOR** o el **ASEGURADO** podrán, durante la duración de este contrato, poner en conocimiento del **ASEGURADOR** todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la celebración de este contrato de seguro, lo habría celebrado en condiciones más favorables para ellos. En este caso, en un plazo de quince (15) días hábiles contados a partir de la notificación, y determinada la magnitud de la disminución del riesgo, el **ASEGURADOR** devolverá la prima cobrada en exceso por el período que falte por transcurrir, deducida la comisión pagada al intermediario de seguros.

CLÁUSULA 11. SINIESTRO

El siniestro es el acontecimiento futuro e incierto mediante el cual se materializa el riesgo objeto de

este contrato de seguro y del cual depende la obligación de indemnizar del **ASEGURADOR**. La ocurrencia de un siniestro debe ser notificada al **ASEGURADOR** dentro del plazo indicado en las Condiciones Particulares de este contrato. La declaración del siniestro debe contener toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. El **ASEGURADOR** podrá solicitar, y el **TOMADOR** o el **ASEGURADO** están en la obligación de suministrarle, cualquier otra documentación o información adicional relacionada con el reclamo que le sea razonablemente requerida por escrito y de una sola vez.

CLÁUSULA 12. NOTIFICACIONES

Las notificaciones que las partes deban o deseen hacerse en virtud de este contrato o de la Ley que regula la materia, deberán efectuarse por escrito a través de cualquier medio que deje constancia o acuse de recibo, en las direcciones del **ASEGURADOR** y del **TOMADOR** especificadas en el **CUADRO PÓLIZA**.

En caso de que en este contrato de seguro esté participando uno o varios intermediarios de seguros, sus nombres e identificaciones se indicarán en el **CUADRO PÓLIZA**. Las comunicaciones o notificaciones dirigidas a las partes y entregadas al intermediario de seguros por cualquiera de ellas no producirán efecto alguno hasta tanto el intermediario de seguros la haya entregado efectivamente y con acuse de recibo de la parte a que dichas comunicaciones estén dirigidas.

CLÁUSULA 13. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR

El **ASEGURADOR** no estará obligado al pago de la indemnización cuando:

1. El siniestro haya sido ocasionado por culpa grave o dolo del **TOMADOR**, del **ASEGURADO** o del **BENEFICIARIO**. Se exceptúan de esta exoneración de responsabilidad los siniestros ocasionados en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el **ASEGURADOR** derivados del presente contrato de seguro.
2. Cuando el **TOMADOR** o el **ASEGURADO** o el **BENEFICIARIO** no notificase al **ASEGURADOR** la ocurrencia de un siniestro dentro del plazo indicado en las Condiciones Particulares, salvo por causa extraña no imputable al **TOMADOR**, al **ASEGURADO** y al **BENEFICIARIO**.
3. Cuando el siniestro se inicie antes que el presente contrato de seguro, aún cuando continúe después de que el o los riesgos que constituyen su objeto hayan comenzado a correr por cuenta del **ASEGURADOR**.
4. Si el **TOMADOR**, el **ASEGURADO**, el **BENEFICIARIO** o terceras personas que obren por cuenta de alguno de ellos, presentaren una reclamación fraudulenta o engañosa, obstaculizaren el ejercicio de los derechos del **ASEGURADOR** estipulados en esta contrato de seguro o si se emplearen medios o documentos falsos, engañosos o dolosos, para sustentar una reclamación o derivar enriquecimiento indebido, al amparo proporcionado por este contrato de seguro.
5. Si alguno de los documentos que sustentan una reclamación fuere falso, inexacto o contuviere omisiones o alteraciones.
6. Cuando se presente alguna de las circunstancias establecidas en las Condiciones Particulares de este contrato como causales de exoneración de responsabilidad del **ASEGURADOR**.

CLÁUSULA 14. MONEDA

La moneda del contrato se encuentra especificada en el **CUADRO PÓLIZA**. Si la moneda del contrato es una divisa, los compromisos asumidos por las partes en virtud del presente contrato de seguro, podrán ser honrados en la divisa o en bolívares a la tasa de cambio del mercado o a la tasa de cambio oficial, de existir, vigente para el momento del pago.

CLÁUSULA 15. ARBITRAJE

Las disputas o divergencias en la interpretación, aplicación y ejecución de este contrato de seguro, podrán ser sometidas de mutuo consentimiento entre las partes a un procedimiento de arbitraje, según lo establecido en el Decreto Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros, el cual estará regulado por las disposiciones de la Ley de Arbitraje Comercial y supletoriamente por las disposiciones que sobre la materia contenga el Código de Procedimiento Civil.

CLÁUSULA 16. PRESCRIPCIÓN DE LOS DERECHOS

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

CLÁUSULA 17. CADUCIDAD DE LA ACCIÓN

El **TOMADOR**, **ASEGURADO** o el **BENEFICIARIO** perderán todo derecho a ejercer acción judicial (Demanda) contra el **ASEGURADOR** o a convenir con este el arbitraje previstos en las condiciones generales si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación : a) En caso de rechazo de siniestros, un (1) año contado a partir de la fecha de rechazo; b) En caso de inconformidad con el pago de la indemnización, un (1) año contado a partir de la fecha cuando el **ASEGURADOR** hubiere efectuado el pago. En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado desde el momento cuando haya un pronunciamiento por parte del **ASEGURADOR**. A los efectos de esta cláusula, se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea consignado el libelo de demanda por ante el tribunal competente.

CLÁUSULA 18. DOMICILIO PROCESAL

Las partes eligen como domicilio procesal exclusivo y excluyente de cualquier otro a la ciudad de emisión de la póliza, a la jurisdicción de cuyos tribunales declaran someterse.

CLÁUSULA 19. PRUEBA DE ENTREGA Y CUMPLIMIENTO DEL DEBER A INFORMAR.

La firma, por parte del **ASEGURADOR** y del **TOMADOR**, del **CUADRO PÓLIZA**, de las Condiciones Generales y Particulares de este contrato de seguro y de los anexos, de haberlos, hacen plena prueba de la entrega al **TOMADOR** de este contrato de seguro así como del cumplimiento por parte del **ASEGURADOR** de su obligación de informar al **TOMADOR** sobre la extensión de los riesgos asumidos en virtud de este contrato.

CLÁUSULA 20. TOTALIDAD DEL ACUERDO

Las partes declaran que este Contrato, la solicitud y cuestionarios de seguro que hayan servido para la evaluación del riesgo, el **CUADRO PÓLIZA**, las Condiciones Generales y Particulares del contrato de seguro y sus anexos, de haberlos, constituyen y contienen el acuerdo completo celebrado entre ellas con respecto al riesgo objeto del mismo y deja sin efecto cualquier correspondencia, conversaciones y negociaciones anteriores en relación con su objeto.

**VIDA INTEGRAL
COBERTURA DE VIDA
CONDICIONES PARTICULARES**

CLÁUSULA 21. COMPROMISO DEL ASEGURADOR

El **ASEGURADOR** se compromete a pagar a los **BENEFICIARIOS**, en caso de fallecimiento del **ASEGURADO** la Suma Asegurada indicada en el **CUADRO PÓLIZA** con sujeción a los términos y condiciones establecidas en las Condiciones Generales y Particulares, Cláusulas y Anexos de este contrato de seguro.

CLÁUSULA 22. DEFINICIONES ESPECIFICAS:

A los efectos de este contrato se entiende por:

1. **PLAN:** Nombre o código de identificación que se le asigna a la descripción de coberturas específicas que incluyen sus Sumas Aseguradas y demás condiciones, según como figura en el **CUADRO PÓLIZA** y en estas Condiciones Generales y Particulares.
2. **PASAJERO:** Persona que utiliza la aeronave única y exclusivamente como medio de transporte, por lo tanto, quedan excluidos de la categoría de pasajeros:
 - a. Los que con ocasión del medio de transporte reciban habitualmente un aprendizaje o instrucción.
 - b. Los que para poder ejercer su trabajo, oficio o profesión necesiten como requisito indispensable y habitual el uso de aeronaves que no correspondan a líneas comerciales.

CLÁUSULA 23. RIESGOS GARANTIZADOS Y RIESGOS NO CUBIERTOS

El **ASEGURADOR** pagará la Suma Asegurada en caso de muerte del **ASEGURADO**, cualquiera sea la causa que la produzca y el lugar donde ocurra, con las siguientes excepciones o Riesgos no Cubiertos:

1. **Suicidio del ASEGURADO** ocurrido dentro del primer año de vigencia del contrato de seguro. En este caso, la responsabilidad del **ASEGURADOR** quedará limitada a la devolución de la Reserva Matemática correspondiente a las primas recibidas. El plazo de un (1) año se contará a partir de la fecha de inicio de **DURACIÓN DEL CONTRATO**. En caso de haberse efectuado algún aumento de Suma Asegurada, el plazo de un (1) año se comenzará a contar a partir de la fecha de dicho aumento y lo establecido en este numeral se aplicará únicamente al monto del incremento.
2. **Fallecimiento del ASEGURADO** cuando algún **BENEFICIARIO** atentare contra su vida o contra su integridad personal o fuere declarado cómplice del hecho, mediante sentencia definitivamente firme. En este caso, el **BENEFICIARIO** involucrado perderá su cualidad de **BENEFICIARIO**, aún cuando fuere irrevocable. El **ASEGURADOR** pagará la suma asegurada al resto de los **BENEFICIARIOS** no involucrados en el hecho y la parte que corresponda al **BENEFICIARIO** que haya perdido su cualidad como tal, acrecerá a favor de los demás **BENEFICIARIOS**.

3. **Fallecimiento del Asegurado como consecuencia de viajes en cualquier tipo de aeronave, a menos que el ASEGURADO viaje en calidad de pasajero en viajes regulares, en aeronaves no militares y entre aeropuertos registrados.**
4. **Fallecimiento del Asegurado como consecuencia de descensos en paracaídas no exigidos por situación de la aeronave, o de la reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva directa o indirecta.**

CLÁUSULA 24. PRIMAS Y FRECUENCIA DE PAGO

Las primas de este seguro son pagaderas en la fecha de su exigibilidad, según la frecuencia de pago y el **PERIODO DE PAGO DE PRIMA** establecidos en el **CUADRO PÓLIZA**.

Las primas pagadas en exceso, de acuerdo con todo lo previsto en las Condiciones de este contrato, no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del **ASEGURADOR**, sino única y exclusivamente a reintegro sin intereses de dichas primas, aún cuando las mismas hubieren sido aceptadas formalmente por él, salvo las así pagadas debido a inexactitud en la edad según lo establecido en la cláusula de Edad y Declaración Inexacta de la Edad de las condiciones de este contrato de seguro.

La frecuencia de pago de la prima será la indicada en el **CUADRO PÓLIZA** y podrá ser cambiada en la fecha de exigibilidad de la siguiente prima anual, mediante solicitud escrita del **TOMADOR** recibida por el **ASEGURADOR** antes del vencimiento del periodo de prima en curso.

CLÁUSULA 25. RENOVACIONES

Este contrato de seguro será de renovación automática a su vencimiento, pero el **ASEGURADO** podrá solicitar con aviso de treinta (30) días antes del vencimiento, la no continuidad del Contrato. La falta de pago de la prima en la fecha de exigibilidad se entiende como la voluntad expresa del **ASEGURADO** a no renovar el contrato de seguro.

CLÁUSULA 26. EDAD Y DECLARACION INEXACTA DE LA EDAD

El **ASEGURADOR** tiene derecho a exigir pruebas satisfactorias de la edad del **ASEGURADO**. Para todos los efectos de este contrato de seguro, la edad del **ASEGURADO** será la que corresponda al cumpleaños más cercano a la fecha de comienzo de este Contrato, cumpliendo años sucesivamente en la misma fecha.

En caso de inexactitud de buena fe en la edad del **ASEGURADO** y si ésta estuviere dentro de los límites de admisibilidad del **ASEGURADOR**, se aplicará lo siguiente:

1. Si la edad del **ASEGURADO** resultare mayor de la declarada, 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 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 la edad del **ASEGURADO** resultare menor que la declarada, el **ASEGURADOR** devolverá el exceso de primas cobradas al **ASEGURADO** o al **BENEFICIARIO** en caso de fallecimiento del **ASEGURADO**, sin intereses.

4. Si después de la muerte del **ASEGURADO** se descubriere que la edad declarada en la solicitud fue incorrecta, el **ASEGURADOR** pagará al **BENEFICIARIO** la suma que por las primas pagadas corresponda a la edad real del **ASEGURADO**.

La edad máxima de admisibilidad de este contrato de seguro es sesenta (60) años y la edad máxima de permanencia es sesenta y cinco (65) años.

CLÁUSULA 27. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Los **BENEFICIARIOS** y la participación porcentual en la Suma Asegurada que le corresponderá a cada uno de ellos, serán designados por el **ASEGURADO** en la Solicitud de Seguro.

El **ASEGURADO** tiene el derecho a cambiar de **BENEFICIARIOS** en cualquier momento, mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad, solicitándolo por escrito al **ASEGURADOR**. El **TOMADOR** podrá, en cualquier momento, ceder o pignorar este contrato de seguro, siempre que el **ASEGURADO** no hubiese designado **BENEFICIARIO** con carácter irrevocable, y deberá notificarlo por escrito al **ASEGURADOR**. Esta cesión o pignoración implica la revocación de los **BENEFICIARIOS** quienes serán rehabilitados en su condición una vez cesen los efectos de la cesión o pignoración. Esas comunicaciones firmadas por el **ASEGURADO** y recibidas por el **ASEGURADOR**, modificarán el **CUADRO PÓLIZA** en lo que respecta a los **BENEFICIARIOS**, a partir de la fecha de recepción.

Cuando haya varios **BENEFICIARIOS**, la distribución del pago de la Suma Asegurada correspondiente en virtud de este contrato de seguro se hará en partes iguales si no hay estipulación en contrario. En caso que sobre algún **BENEFICIARIO** designado se verificare alguno de los siguientes eventos al momento del pago de la reclamación:

1. Falleciere antes o simultáneamente con el **ASEGURADO**,
2. Hubiere error o inexactitud en su identificación
3. Faltare la designación de la proporción de la Suma Asegurada que les corresponde,

la Suma Asegurada acrecerá a favor del resto de los **BENEFICIARIOS**.

En caso de que alguno de los eventos anteriores se verifique para la totalidad de los **BENEFICIARIOS** o si la designación se hace a favor de los herederos del **ASEGURADO**, sin mayor especificación o si no existen **BENEFICIARIOS** designados, la Suma Asegurada se pagará en partes iguales a los herederos legales.

A los efectos de este contrato de seguro, se presume que un **BENEFICIARIO** ha fallecido simultáneamente con el **ASEGURADO** cuando el suceso que de origen al fallecimiento ocurra en un mismo momento, independientemente de que el fallecimiento ocurra en una fecha posterior.

En caso que los **BENEFICIARIOS** sean los herederos legales, el **ASEGURADOR** pagará el monto del seguro a aquellos herederos legales que hubieren comprobado tal carácter, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a partir de la muerte del **ASEGURADO**, considerando a éstos como sus **BENEFICIARIOS** y quedando el **ASEGURADOR** exento de toda responsabilidad para con aquellos herederos legales que no hubieren concurrido dentro del plazo señalado a reclamar por escrito sus beneficios y comprobar su cualidad de herederos.

Si el siniestro hubiere ocurrido por causa intencional de alguno de los **BENEFICIARIOS**, la parte de la Suma Asegurada correspondiente a aquellos **BENEFICIARIOS** que estén involucrados en la causa dolosa será repartida entre los restantes **BENEFICIARIOS** en proporción a la participación designada para ellos.

CLÁUSULA 28. INDISPUTABILIDAD

Este contrato de seguro será indisputable, con excepción a lo relativo a la edad del **ASEGURADO**, después de que haya estado en vigor en vida del **ASEGURADO** por un periodo de un (1) año consecutivo contado desde la fecha de celebración del contrato, salvo en los casos de dolo o fraude, declaración de mala fe, reticencia u omisión de mala fe por parte del **TOMADOR** o del **ASEGURADO**. En caso que se ofrezcan Coberturas Adicionales a la Cobertura de Vida, el período de Indisputabilidad no será aplicable a dichas Coberturas.

En caso de haberse efectuado algún aumento de Suma Asegurada, el plazo de un (1) año se comenzará a contar a partir de la fecha de dicho aumento y lo establecido en esta cláusula se aplicará únicamente al monto del incremento.

CLÁUSULA 29. NOTIFICACIÓN AL ASEGURADOR Y TRÁMITES EN CASO DE RECLAMACIÓN

Ocurrido el fallecimiento del **ASEGURADO**, se deberá dar el Aviso por escrito al **ASEGURADOR** dentro de los quince (15) días continuos siguientes a la fecha de fallecimiento.

El **BENEFICIARIO** o su Representante Legal deberán presentar al **ASEGURADOR**, dentro de los treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de fallecimiento, el formulario denominado "DECLARACION DE SINIESTRO" con todos los datos que en ella se especifican, y demás documentos exigibles por el **ASEGURADOR** respecto al caso.

El **ASEGURADOR** podrá requerir para el pago de la Suma Asegurada todas las pruebas que considere necesarias y legales para comprobar fehacientemente el fallecimiento y la edad del **ASEGURADO** y la identificación de los **BENEFICIARIOS**, así como la presentación del original del contrato de seguro, sus Anexos y el **CUADRO PÓLIZA**.

CLÁUSULA 30. DOCUMENTOS MÍNIMOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE UNA RECLAMACIÓN

A.- INDEMNIZACIÓN POR MUERTE NATURAL

- a) Original del **CUADRO PÓLIZA**
- b) Partida de nacimiento y cédula de identidad del **ASEGURADO** (original y fotocopia)
- c) Acta de defunción del **ASEGURADO** (original y fotocopia)
- d) Declaración del médico que atendió al **ASEGURADO**.
- e) Certificado de la medicatura forense: "Certificación de defunción" en la que conste el tipo de muerte y el número de la cédula con la que fue identificado el cuerpo (original y fotocopia)
- f) Declaración de herederos legales, si no hubiere otros **BENEFICIARIOS** designados
- g) Registro de nacimiento o documentos de identidad de los **BENEFICIARIOS** y heredero(s) legal(es) (original y fotocopia)
- h) Planilla de declaración de siniestro completamente llena.

B.- INDEMNIZACIÓN POR 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

Cuando el **ASEGURADOR** requiera documentos adicionales, una vez solicitados, deberán ser entregados dentro de los treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de la solicitud.

Si no se cumpliese con los lapsos de tiempo especificados en los apartados anteriores, excepto por causa extraña no imputable a los **BENEFICIARIOS** y al Representante Legal, debidamente comprobadas, se perderá todo derecho de percibir cualquier indemnización correspondiente a esta cobertura.

CLÁUSULA 31. PAGO DE LAS RECLAMACIONES

El **ASEGURADOR** procederá al pago de la reclamación de acuerdo a lo establecido en este contrato de seguro dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la recepción de los documentos antes indicados y de las informaciones completas relacionadas y solicitadas sobre la reclamación. El pago será entregado a los **BENEFICIARIOS** con el finiquito correspondiente, el cual deberá ser firmado en señal de aceptación.

Si posteriormente al pago de una reclamación el **ASEGURADOR** llegare a comprobar que el mismo era improcedente, de acuerdo con las Condiciones del contrato, el **ASEGURADOR** podrá solicitar, judicial o extrajudicialmente, de quienes recibieron el pago, el reintegro total o parcial de dicho pago.

CLÁUSULA 32. CIRCUNSTANCIAS ESPECÍFICAS DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO

Se consideran circunstancias específicas de agravación del riesgo, además de las indicadas en las Condiciones Generales, los cambios de dirección, de práctica de deportes, de hábitos de fumar o de uso de drogas, de peso corporal de mas de 10 Kg. , de tensión arterial y de estado de salud, de tratamientos médicos y los accidentes ocurridos.

CLÁUSULA 33. CAMBIOS DE PROFESIÓN O ACTIVIDAD

El **ASEGURADO** deberá notificar al **ASEGURADOR** los cambios de profesión o de actividad del **ASEGURADO**, con anterioridad a que dicho cambio se produzca.

Si ocurriese un siniestro cubierto por ese contrato de seguro sin que el **ASEGURADO** haya notificado al **ASEGURADOR** del cambio de profesión o actividad, y cuando estos cambios sean de tal naturaleza que, si la nueva profesión o actividad hubiese existido en la fecha de la celebración de este contrato de seguro, el **ASEGURADOR** sólo habría consentido en el seguro mediante una prima más elevada, la indemnización será reducida proporcionalmente a la menor prima convenida comparada con la que hubiese sido fijada.

Habiendo sido notificado el **ASEGURADOR** o si éste tuviese conocimiento de los cambios de profesión o actividad por cualquier otro medio, podrá dentro de los quince (15) días hábiles manifestar al **TOMADOR** si desea terminar el contrato, reducir la indemnización o elevar la prima. En caso de que el **ASEGURADOR** decida terminar el contrato, éste dejará de tener efecto a partir del decimosexto (16º) día hábil siguiente a la notificación que hará a tales efectos, siempre, poniendo a disposición del **ASEGURADO** la porción de la prima no consumida si la hubiere.

Si el **ASEGURADOR** declara que desea modificar el contrato mediante la reducción de la suma asegurada o mediante el incremento de la prima, el **TOMADOR**, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a su notificación, deberá declarar si acepta o no la modificación propuesta. El silencio el **TOMADOR** equivale a la aceptación de la propuesta del **ASEGURADOR**. Si el **TOMADOR** rechaza la propuesta de modificación efectuada por el **ASEGURADOR**, el presente

contrato de seguro quedará resuelto, quedando a salvo el derecho del **ASEGURADOR** a la prima correspondiente al período del seguro en curso que se hubiere causado.

Habiendo sido notificado el **ASEGURADOR** del cambio de profesión o de actividad del **ASEGURADO**, y cuando la nueva profesión o actividad involucre la realización de actividades excluidas de cobertura en la cláusula de Riesgos Garantizados y Riesgos No Cubiertos, las partes podrán, de común acuerdo, incluir dichas actividades en la cobertura de este contrato mediante anexos que otorgarán a tales efectos, y en los cuales se señalará la actividad incluida y la prima que dicha inclusión ocasione. Cuando no se acuerde dicha inclusión y ocurra un siniestro por la realización de una de dichas actividades, se aplicará el acuerdo sobre actividades excluidas de cobertura contenidas en la cláusula de Riesgos Garantizados y Riesgos No Cubiertos.

CLÁUSULA 34. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Este contrato termina automáticamente:

1. Si el **ASEGURADO** lo solicita, según lo establecido en la Cláusula de Renovaciones, al final del Período **DURACIÓN DEL SEGURO** indicado en el **CUADRO PÓLIZA**.
2. Al finalizar el año póliza cuando el **ASEGURADO** cumpla la edad de sesenta y cinco (65) años.
3. Por fallecimiento del **ASEGURADO** o por la ocurrencia de alguna de las condiciones señaladas en este contrato de seguro como causa u origen de terminación del Contrato.
4. Por deseo expreso del **ASEGURADO** al finalizar alguno de los periodos de seguro.

CLÁUSULA 35. APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

Todas las cláusulas establecidas en las Condiciones Generales contenidas en este mismo documento, serán aplicables a la presente Cobertura, a menos que surjan contradicciones entre ambas, en cuyo caso se aplicarán las de ésta última.

OTORGADO POR LAS PARTES EN EL LUGAR Y FECHA INDICADOS EN EL **CUADRO PÓLIZA**

ASEGURADOR

TOMADOR

Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante oficio nº 6734 de fecha 10/6/2002

**VIDA INTEGRAL
ANEXO DE ENFERMEDADES GRAVES**

ANEXO No. _____ AL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA INTEGRAL No. _____
CELEBRADO CON _____

CLÁUSULA 1. APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

Todas las cláusulas establecidas en las Condiciones Generales y en las Particulares de la Cobertura de Vida contenida en este contrato de seguro, serán aplicables al presente Anexo, a menos que surjan contradicciones entre ambas, en cuyo caso se aplicarán las de éste último. Quedan vigentes los demás Anexos que no hayan sido expresamente modificados por éste.

CLÁUSULA 2. COMPROMISO DEL ASEGURADOR

El ASEGURADOR se compromete a pagar al Asegurado la Suma para esta Cobertura señalada en el CUADRO PÓLIZA, en caso que se haya diagnosticado médicamente que el Asegurado sufre o ha desarrollado durante la duración de este Contrato, alguna de las Enfermedades Graves amparadas y definidas en este Anexo.

Al hacerse efectivo el pago de la Suma Asegurada por este Anexo de Enfermedades Graves, indicada en el CUADRO PÓLIZA, el mismo quedará sin efecto, el ASEGURADO no seguirá pagando las primas correspondientes, la Suma Asegurada del Seguro de Vida se reducirá en el mismo monto pagado por concepto del Anexo de Enfermedades Graves y la prima del Seguro de Vida será la que corresponda con la nueva Suma Asegurada.

Una vez efectuado el diagnóstico de una enfermedad cubierta según se define en la cláusula de Definiciones de este Anexo, no podrá iniciarse otro reclamo por una enfermedad distinta a la diagnosticada en primer término.

CLÁUSULA 3. DEFINICIONES

Para los efectos de este Anexo, se considera y entiende por Enfermedades Graves amparadas a las siguientes enfermedades y procedimientos médicos:

1. **INFARTO DEL MIOCARDIO:** Privación del aporte sanguíneo al corazón (Isquemia) durante un período de tiempo suficiente para producir alteraciones estructurales y necrosis(muerte) del miocardio, como resultado generalmente de una oclusión arterial coronaria.

El diagnóstico se basa en:

- a. Historia clínica de dolores torácicos típicos
 - b. Alteraciones electrocardiográficas específicas
 - c. Elevación de las enzimas cardíacas
2. **CÁNCER:** Enfermedad caracterizada por la proliferación inadecuada e incontrolada de células malignas, que tienen la capacidad de invadir los tejidos normales adyacentes y diseminarse a distancia (metástasis).

Se incluyen en este concepto a las Leucemias y enfermedades malignas del Sistema Linfático.

3. **ISQUEMIA E INFARTO CEREBRAL Y LAS HEMORRAGIAS INTRACRANEALES:** Cualquier incidencia cerebro-vascular que se manifiesta por la brusca instauración de un déficit neurológico focal autolimitado o progresivamente grave de una duración mayor de veinticuatro (24) horas, que incluya la muerte de tejido cerebral, hemorragia o embolia originada en una fuente extracraneal.

En esta afección tiene que quedar comprobada una deficiencia neurológica de duración de por lo menos tres (3) meses.

4. **CIRUGÍA ARTERIO-CORONARIA:** Intervención quirúrgica a corazón abierto para la recuperación de dos (2) o más arterias coronarias, que presenten un porcentaje significativo de obstrucción al flujo cardíaco, mediante la implantación de un By-Pass coronario.

La indicación de este tipo de intervención quirúrgica tiene que haber sido comprobada por medio de una angiografía coronaria o cateterismo cardíaco.

5. **INSUFICIENCIA RENAL:** Reducción importante y permanente de la capacidad de los riñones para cumplir sus funciones, requiriéndose la aplicación regular de diálisis renal o el trasplante de riñón para mantener la vida del paciente.

6. **CIRUGÍA PARA UNA ENFERMEDAD DE LA AORTA:** Intervención quirúrgica efectuada en la arteria aorta torácica o aorta abdominal debido a enfermedad o lesión de la misma que requiere su excisión y reemplazo quirúrgico.

Esta definición no aplica a las lesiones o enfermedad de las ramas y colaterales de la aorta torácica y aorta abdominal

7. **REEMPLAZO DE LA VÁLVULA DEL CORAZÓN:** Intervención quirúrgica para el reemplazo de una o más válvulas cardíacas por válvulas artificiales. Esto incluye el reemplazo de válvulas aórtica, mitral, tricúspide y pulmonar, por válvulas artificiales debido a estenosis o incompetencia o a la combinación de estas condiciones.

8. **TRANSPLANTE DE ÓRGANOS:** Intervención quirúrgica mediante la cual se trasplanta un órgano (o parte de un órgano), proveniente de un Donante humano, fallecido o vivo. Los únicos trasplantes de órganos que están cubiertos bajo este Anexo son los de: corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea o alguna combinación de éstos, siempre que sea médicamente necesario.

9. **PARÁLISIS:** Pérdida total y permanente de las funciones de dos (2) o más extremidades como consecuencia de un accidente o enfermedad.

10. **ESCLEROSIS MÚLTIPLE:** Enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central con anomalías neurológicas producidas por la degeneración del tejido neural esclerosado, que exista por un período continuo de al menos tres (3) meses y al menos una recaída o episodio recurrente. Deben estar evidenciadas por síntoma típico de afectación de las funciones sensoriales y motoras.

CLÁUSULA 4. EXCLUSIONES

No se pagará ningún beneficio bajo este Anexo si al **ASEGURADO** le diagnostican alguna de las enfermedades cubiertas o requiere alguno de los procedimientos médicos cubiertos, a consecuencia de o en conexión con:

1. **El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o cualquier síndrome o enfermedad en relación con o como consecuencia del SIDA, que sea diagnosticado por un médico colegiado.**
2. **Presencia de virus de SIDA descubierto mediante prueba de anticuerpos o virus de SIDA como resultado positivo en exámenes de laboratorio, aun en ausencia de enfermedad activa o sintomática.**
3. **Complejo Sintomático relacionado con SIDA.**
4. **Intento de suicidio o autolesión intencionada por parte del ASEGURADO.**
5. **Adicción al alcohol o a las drogas, siempre y cuando estas últimas no hayan sido prescritas por un médico.**
6. **Cáncer In Situ no invasivo y el cáncer de piel, salvo que se trate de melanoma maligno.**
7. **Daños o lesiones de la aorta producto de traumatismo.**
8. **Reparación de válvulas cardíacas, valvulotomía y valvuloplastia.**
9. **Angiografías o cualquier otra intervención intra-arterial.**

CLÁUSULA 5. PERIODO DE ESPERA

Para que el **ASEGURADO** tenga derecho a los beneficios establecidos en este Anexo se establece un periodo de espera de tres (3) meses contados a partir de la fecha de comienzo de este Anexo. En caso de haberse efectuado algún aumento de Suma Asegurada, el plazo de tres (3) meses se comenzará a contar a partir de la fecha de dicho aumento y lo establecido en esta cláusula se aplicará únicamente al monto del incremento.

CLÁUSULA 6. EDAD DE CONTRATACIÓN Y RENOVACIÓN

La edad máxima para la contratación de este Anexo es de sesenta (60) años de edad, y podrá ser renovado hasta el año cuando el **ASEGURADO** alcance la edad de sesenta y cinco (65) años.

CLÁUSULA 7. AVISO DE SINIESTRO

A la ocurrencia de un siniestro, el **TOMADOR** o el **ASEGURADO** deberán avisar por escrito al **ASEGURADOR**, salvo en casos de hechos ajenos a su voluntad, dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha de diagnóstico de la enfermedad por un médico colegiado.

CLÁUSULA 8. PRUEBAS PARA EL PAGO DE LA SUMA ASEGURADA

El **ASEGURADO** deberá presentar pruebas fehacientes que determinen el diagnóstico de la enfermedad de acuerdo con los términos de la misma así como los documentos indicados en la cláusula de Documentos Mínimos Necesarios para el Trámite de una Reclamación por

Enfermedades Graves. El **ASEGURADOR** se reserva el derecho de comprobar la veracidad y la exactitud de tales pruebas así como la edad del **ASEGURADO**.

De no presentarse tales documentos en el lapso establecido en la cláusula de Aviso de Siniestro, salvo por causa extraña no imputable al **ASEGURADO**, el **ASEGURADOR** quedará liberado de toda responsabilidad por la Suma Asegurada que sea reclamada por dicho siniestro.

Por su parte, el **ASEGURADOR** se reserva el derecho a solicitar, cuando a su juicio lo considere necesario, cualquier tipo de informe médico, resultado de exámenes y otros documentos justificativos que puedan ser exigidos al **ASEGURADO**, por una sola vez adicional, con respecto a su estado de salud y condiciones físicas, así como también tendrá la facultad de hacerle examinar por un médico designado por el **ASEGURADOR**, tantas veces como lo estime conveniente mientras se encuentra pendiente un reclamo sobre este Anexo. Los gastos originados por estos exámenes estarán a cargo del **ASEGURADOR**.

CLÁUSULA 9. DOCUMENTOS MÍNIMOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE UNA RECLAMACIÓN POR ENFERMEDADES GRAVES

Al diagnosticarse una enfermedad grave, el **ASEGURADO** deberá suministrar dentro del período descrito en la cláusula de Aviso de Siniestro de este Documento:

- a) Original del **CUADRO PÓLIZA**
- b) Cédula de identidad del **ASEGURADO** (original y fotocopia)
- c) Historia clínica completa del **ASEGURADO** incluyendo información clínica, de imagenología, pruebas especiales y exámenes de laboratorio.
- d) Declaración del **ASEGURADO** y declaración del médico que lo atendió
- e) Informe médico amplio donde indique el diagnóstico de la enfermedad con la certificación médica del carácter permanente e irreversible de la misma.
- f) Planilla de declaración de siniestro completamente llena.

En los casos que el **ASEGURADOR** requiera posteriormente documentos adicionales, una vez solicitados, deberán ser entregados al **ASEGURADOR** dentro de los treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de la solicitud.

CLÁUSULA 10. PAGO DE LA SUMA ASEGURADA

Una vez que se haya confirmado plenamente que el **ASEGURADO** sufre de alguna enfermedad grave amparada bajo este Anexo, el **ASEGURADOR** se compromete a pagar al **ASEGURADO** la Suma Asegurada suscrita indicada en el **CUADRO PÓLIZA**, en forma de indemnización única y definitiva, dentro de los treinta (30) días hábiles contados a la fecha de recepción del último documento solicitado. liberando al **ASEGURADOR** de cualquier otra obligación por este Anexo.

Si posteriormente al pago de una reclamación el **ASEGURADOR** llegare a comprobar que el mismo era improcedente, de acuerdo con las Condiciones del contrato, el **ASEGURADOR** podrá solicitar, judicial o extrajudicialmente, de quienes recibieron el pago, el reintegro total o parcial de dicho pago.

CLÁUSULA 11. DURACIÓN DE LA COBERTURA DE ESTE ANEXO

La cobertura de este Anexo comenzará su duración en la fecha cuando haya sido otorgado por ambas partes, y expirará en la fecha de finalización del **PERIODO DE SEGURO** del contrato de seguro de Vida Integral que enmienda. En caso de renovación del contrato de seguro Vida Integral

objeto de esta enmienda y de renovación de este Anexo, su duración será de un año contado a partir de la fecha de renovación. Este Anexo es subsidiario al contrato de seguro de Vida Integral que enmienda, por lo que la terminación o nulidad de dicho contrato de seguro causará la terminación o nulidad de este Anexo.

OTORGADO POR LAS PARTES EN EL LUGAR Y FECHA INDICADOS EN EL **CUADRO PÓLIZA**

ASEGURADOR

TOMADOR

Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante oficio nº 6734 de fecha 10/6/2002

VIDA INTEGRAL
ANEXO DE MUERTE O DESMEMBRACION POR CAUSA ACCIDENTAL

ANEXO No. _____ AL CONTRATO DE SEGURO DE VIDA INTEGRAL No. _____
CELEBRADO CON _____

CLÁUSULA 1. APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

Todas las cláusulas establecidas en las Condiciones Generales y en las Particulares de la Cobertura de Vida contenida en este contrato de seguro, serán aplicables al presente Anexo de Muerte o Desmembramiento por Accidente, a menos que surjan contradicciones entre ambas, en cuyo caso se aplicarán las de éste último. Quedan vigentes los demás Anexos que no hayan sido expresamente modificados por éste.

CLÁUSULA 2. COMPROMISO DEL ASEGURADOR

Al recibo de pruebas fehacientes de que el ASEGURADO ha sufrido alguna de las pérdidas señaladas a continuación, a consecuencia de un accidente, directa e independientemente de cualquier otra causa, y comprobando que la pérdida ocurrió estando este Anexo vigente y dentro de los noventa (90) días posteriores de la fecha del accidente que la originó, el ASEGURADOR, pagará al ASEGURADO o en caso de su fallecimiento a sus BENEFICIARIOS, la cantidad que corresponda según la especificación siguiente:

CAUSA	Porcentaje de la Suma Asegurada por Muerte
Por Muerte accidental	100%
Por la pérdida por amputación de ambas manos por separación por las muñecas o más arriba de ellas o de ambos pies por separación por los tobillos o más arriba de ellos	100%
Perdida absoluta de la visión de ambos ojos	100 %
Por la pérdida de una mano y un pie por separación por la muñeca o más arriba de ella o por el tobillo o más arriba de él, respectivamente	100%
Por la pérdida de una mano por separación por la muñeca o más arriba de ella o por la pérdida de un pie por separación por el tobillo o más arriba de él	50%
Por la pérdida de la visión de un ojo	50%
Por la pérdida de los dedos pulgar e índice de una mano, por separación en o arriba de las articulaciones metacarpofalangiana	25%

Las indemnizaciones aquí estipuladas solamente se pagarán si este contrato de seguro y este Anexo se encuentran en vigencia al momento cuando ocurra el accidente.

Cuando el **ASEGURADO** sufiere lesiones cubiertas por este Anexo y a consecuencia de un mismo accidente, le sobreviniere la muerte con posterioridad a que el **ASEGURADOR** hubiere pagado las indemnizaciones correspondientes a aquellas lesiones, se rebajará de la indemnización por muerte accidental lo ya pagado en virtud de las lesiones, de manera que la indemnización total por un mismo accidente en ningún caso será superior a la Suma Asegurada de este Anexo.

En caso de que el **ASEGURADO** sufriera varias pérdidas o lesiones, simultáneas o sucesivas y que estén cubiertas por este Anexo, se pagará la indemnización correspondiente a cada una de ellas, pero en ningún caso la suma de las indemnizaciones podrá superar la Suma Asegurada correspondiente a este Anexo y señalada en el **CUADRO PÓLIZA**. Cuando la indemnización que proceda por este Anexo por las pérdidas acumuladas aquí establecidas sea igual a las tres cuartas partes de la Suma Asegurada, se indemnizará el cien por cien (100%) de la Suma Asegurada.

Las indemnizaciones pagadas durante cada periodo de prima sólo disminuyen la Suma Asegurada de ese periodo.

CLÁUSULA 3. DEFINICIÓN

ACCIDENTE: Toda 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.

CLÁUSULA 4. EXCLUSIONES

No estarán amparados por este Anexo y por lo tanto no se considerarán como Accidentes, aquellos causados como consecuencia directa o indirecta de:

- 1. Tomar cualquier clase de veneno o inhalar gases voluntaria o involuntariamente.**
- 2. Lesiones y daños ocasionados durante o en el servicio militar o naval de cualquier país, en tiempo de guerra o de cualquier acto relacionado con ella (haya sido declarada o no), motín, guerra civil, insurrección, conmoción civil, revoluciones, tumultos populares, rebeliones, huelgas, disturbios de toda clase o alteración de orden público, actos terroristas, desafíos privados, desafíos a decretos, disposiciones o providencias gubernamentales y leyes del país.**
- 3. Participar en duelos, riñas o actos delictivos, a menos que se compruebe la no intervención directa del ASEGURADO. Homicidio, tentativa de homicidio y lesiones causadas intencionalmente por alguno de los BENEFICIARIOS.**
- 4. Infracción de las leyes vigentes, en cualquier país donde ocurra, por parte del ASEGURADO, siempre que tal infracción en sí constituya un delito o falta en el momento cuando ocurra.**
- 5. Enfermedades corporales o mentales y lesiones con ellas relacionadas, así como también lesiones y consecuencias de intervenciones quirúrgicas o tratamientos.**

6. Accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de esta Anexo, aunque sus consecuencias se manifiesten durante la vigencia del mismo.
7. Enfermedades o lesiones causadas por eventos catastróficos, tales como: Terremoto, temblor de tierra, inundación, maremoto, huracanes, y otros fenómenos catastróficos de la naturaleza.
8. Servir como agente en cualquier cuerpo policial.
9. Lesiones inferidas por el ASEGURADO a sí mismo.
10. Viajar en cualquier clase de aeronaves, excepto como pasajero de líneas comerciales de itinerario establecido, horario regular y entre aeropuertos permanentes.
11. Cualquier infección bacterial.
12. Lesiones corporales causadas intencionalmente por otra persona.
13. Participar en carreras de velocidad, en apuestas o concursos.
14. Practicar boxeo, lucha, montañismo, vuelo en ícaro, paracaidismo y deportes extremos.
15. Accidente ocurrido en estado de embriaguez o bajo los efectos de cualquier droga o estupefaciente, no prescrito por un médico facultado.
16. Enfermedades y lesiones causadas por radiaciones nucleares, energía atómica, isótopos radiactivos, cualquier tipo de radiación por exposición directa o indirecta, sus complicaciones o consecuencias.

CLÁUSULA 5. TRÁMITES PARA LA RECLAMACIÓN

El **ASEGURADO** o los **BENEFICIARIOS** o su Representante Legal deberán dar Aviso por escrito al **ASEGURADOR** dentro de los quince (15) días continuos posteriores a la fecha de ocurrencia del accidente.

El **ASEGURADO**, los **BENEFICIARIOS** o su Representante Legal deberán presentar al **ASEGURADOR**, dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha del accidente, el formulario denominado "DECLARACION DE SINIESTRO" con todos los datos que en él se especifican, y demás documentos exigibles por el **ASEGURADOR** respecto al caso.

En cualquier momento el **ASEGURADOR** tiene el derecho de hacer examinar, por su propia cuenta y por los médicos que él designe, al **ASEGURADO**; así como también de solicitar a las autoridades respectivas, centro(s) hospitalario(s) que asistieron o atendieron al **ASEGURADO** y a los médicos que lo trataron, cualesquiera otras informaciones adicionales que estime necesarias y razonables que se requieran para la evaluación de la reclamación.

El **ASEGURADOR** se reserva el derecho de exigir pruebas fehacientes de la identificación y edad del **ASEGURADO**.

Si no se cumpliera con los lapsos de tiempo especificados en los apartados anteriores, excepto por causa extraña no imputable al **ASEGURADO**, a los **BENEFICIARIOS** y al Representante

Legal, debidamente comprobados, se perderá todo derecho de percibir cualquier indemnización correspondiente a este Anexo.

CLÁUSULA 6. DOCUMENTOS MÍNIMOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE RECLAMACIONES

A.- EN CASO DE DESMEMBRAMIENTO:

- a. Planilla de declaración de siniestro completamente llena.
- 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. Original del **CUADRO PÓLIZA**
- e. Cédula de identidad del **ASEGURADO** (original y fotocopia)
- f. Informe médico detallado

B.- EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL

- a. Los documentos anteriormente señalados para casos de desmembramiento.
- b. Partida de nacimiento del **ASEGURADO**
- c. Acta de defunción del **ASEGURADO** (original y fotocopia)
- d. Declaración del médico que atendió al **ASEGURADO**.
- e. Certificado de la medicatura forense: "Certificado de defunción" en la que conste el tipo de muerte y el número de la cédula con la que fue identificado el cuerpo (original y fotocopia)
- f. Declaración de herederos legales, si no hubiere otros **BENEFICIARIOS** designados
- g. Registro de nacimiento o documentos de identidad de los **BENEFICIARIOS** (original y fotocopia)

En caso que el **ASEGURADOR** requiera posteriormente documentos razonables adicionales, podrá solicitarlos por una sola vez y estos deberán ser entregados al **ASEGURADOR** dentro de los treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de la solicitud.

CLÁUSULA 7. PAGO DE LAS RECLAMACIONES

El **ASEGURADOR** procederá al pago de la reclamación de acuerdo a lo establecido en este contrato de seguro dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la recepción de los documentos antes indicados y de las informaciones completas relacionadas y solicitadas sobre la reclamación. El pago será entregado al **ASEGURADO**, o a sus **BENEFICIARIOS** en caso de fallecimiento de aquél, con el finiquito correspondiente, el cual deberá ser firmado en señal de aceptación.

Si posteriormente al pago de una reclamación el **ASEGURADOR** llegare a comprobar que el mismo era improcedente, de acuerdo con las Condiciones del contrato, el **ASEGURADOR** podrá solicitar, judicial o extrajudicialmente, de quienes recibieron el pago, el reintegro total o parcial de dicho pago.

CLÁUSULA 8. DURACIÓN DE LA COBERTURA DE ESTE ANEXO

La cobertura de este Anexo comenzará su duración en la fecha cuando haya sido otorgado por ambas partes, y expirará en la fecha de finalización del **PERIODO DE SEGURO** del contrato de seguro de Vida Integral que enmienda. En caso de renovación del contrato de seguro Vida Integral objeto de esta enmienda y de renovación de este Anexo, su duración será de un año contado a partir de la fecha de renovación. Este Anexo es subsidiario al contrato de seguro de Vida Integral

que enmienda, por lo que la terminación o nulidad de dicho contrato de seguro causará la terminación o nulidad de este Anexo.

OTORGADO POR LAS PARTES EN EL LUGAR Y FECHA INDICADOS EN EL **CUADRO PÓLIZA**

ASEGURADOR

TOMADOR

Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante oficio nº 6734 de fecha 10/6/2002