

BANESCO PROTECCIÓN POR CÁNCER

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1. DEFINICIONES GENERALES

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

1. **ASEGURADOR:** Persona que asume los RIESGOS objeto de este contrato de seguro, entendiéndose como tal a 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 (Actualmente Superintendencia de la Actividad Aseguradora) 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, sujeto a los términos y condiciones establecidos en los documentos que conforman el presente contrato de seguro, así como, de manera esencial, en consideración a las declaraciones efectuadas por el TOMADOR o el ASEGURADO, se obliga a cubrir a cambio de la PRIMA, el o los riesgos por él asumidos y detallados en las CONDICIONES GENERALES o PARTICULARES, en el CUADRO POLIZA o en los ANEXOS que se suscriban, siempre que exista interés asegurable por parte del TOMADOR, ASEGURADO o BENEFICIARIO, y, ante su materialización mediante la ocurrencia de un SINIESTRO cubierto, a indemnizar al ASEGURADO o al BENEFICIARIO, según corresponda, en la forma estipulada en el contrato de seguro y hasta el límite de la SUMA ASEGURADA. 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 amparados por este contrato.
2. **TOMADOR:** Persona natural o jurídica que en virtud de este contrato de seguro traslada al ASEGURADOR el o los riesgos amparados por el presente contrato de seguro y se obliga al pago de la prima. El TOMADOR actúa en nombre propio, excepto que se especifique de otra manera en el CUADRO PÓLIZA.
3. **ASEGURADO:** Persona natural que cumple con las condiciones de asegurabilidad de este contrato de seguro, se indican en el cuadro-póliza del mismo, y están expuestos al o a los riesgos objeto del mismo especificados en sus condiciones particulares y anexos.
4. **ASEGURADO TITULAR:** ASEGURADO que tiene el derecho a recibir el pago de las indemnizaciones a que hubiere lugar por esta póliza, quien ejercerá los derechos de los ASEGURADOS ante el ASEGURADOR.
5. **BENEFICIARIO:** Persona natural o jurídica en cuyo favor el ASEGURADO TITULAR ha establecido la indemnización que pagará el ASEGURADOR. Para efectos de esta póliza el ASEGURADO TITULAR es la persona que tiene el derecho de recibir el pago de las indemnizaciones a que hubiera lugar. En caso de fallecimiento del ASEGURADO TITULAR, el BENEFICIARIO será la persona que este haya designado en la Solicitud del Seguros. A falta de designación de BENEFICIARIO, o en caso de inexactitud o error en el nombre del BENEFICIARIO que no permitiere la identificación precisa del mismo, la indemnización se pagará a los herederos legales del ASEGURADO TITULAR, de acuerdo con las proporciones previstas en la Ley que regule la materia.
6. **PARTES DEL CONTRATO DE SEGURO:** el ASEGURADOR y el TOMADOR. Además de las partes señaladas forman parte del contrato de seguro el ASEGURADO y el BENEFICIARIO.
7. **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, como son:

- número de póliza, identificación del ASEGURADOR y su representante, del TOMADOR, del ASEGURADO, del BENEFICIARIO y del Intermediario de seguros, dirección de la Sede Principal del TOMADOR, dirección de cobro, direcciones del TOMADOR y del ASEGURADOR para las notificaciones, así como los riesgos cubiertos, sumas aseguradas, el monto y forma de pago de la prima, DURACIÓN DEL CONTRATO, porcentaje de indemnización y deducible, si lo hubiere.
8. **PRIMA:** Contraprestación que en función del riesgo 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.
 9. **SUMA ASEGURADA:** Monto máximo contratado de INDEMNIZACIÓN, que se establece de común acuerdo entre el TOMADOR y el ASEGURADOR, indicado en el CUADRO PÓLIZA y que constituye la máxima responsabilidad del ASEGURADOR por los riesgos objeto de este contrato.
 10. **SINIESTRO:** 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 al ASEGURADO o BENEFICIARIO, según corresponda, por parte del ASEGURADOR.
 11. **RIESGO:** Suceso futuro e incierto que no depende de la exclusivamente de la voluntad del ASEGURADO, cuya materialización da origen a la obligación de ASEGURADOR.
 12. **SOLICITUD DE SEGUROS:** Documento que debe haber sido presentado al ASEGURADOR debidamente complementado en todas sus partes, con toda la amplitud y veracidad necesaria, firmado por el TOMADOR y ASEGURADO TITULAR, permitiendo al ASEGURADOR identificar, para cada uno de los ASEGURADOS, el riesgo que se pretende asegurar y efectuar el análisis necesario para apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en la ley que regula la materia. A través de la SOLICITUD DE SEGUROS se realiza la petición formal de la contratación y debe cumplir con las formalidades que resulten aplicables de acuerdo a las normas.

CLÁUSULA 2. DOCUMENTOS DEL CONTRATO

Forman parte integrante de este contrato de seguro:

- **La SOLICITUD** y los cuestionarios de seguro que hayan servido para la evaluación del RIESGO debidamente firmados por el TOMADOR o el ASEGURADO, según sea el caso.
- **LOS EXÁMENES MÉDICOS** exigidos por el ASEGURADOR, en aquellas circunstancias que se requieran.
- Cualquier otro documento que sea necesario:
 - Al momento de solicitar o suscribir el presente contrato o al solicitar la inclusión de nuevas coberturas o ASEGURADOS.
 - Al modificar el RIESGO.
 - Al requerir el pago de cualquier beneficio contemplado en este contrato.
- **EI CUADRO PÓLIZA**, debidamente firmado por las partes.
- Las Condiciones Generales y Particulares contenidas en este documento.
- Los ANEXOS, de haberlos, en los cuales se modifican las condiciones establecidas en las Condiciones Generales o Particulares. En caso de discrepancia, lo establecido en los Anexos prevalecerá sobre las disposiciones de las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales.

- Los documentos mencionados constituyen y contienen el acuerdo completo celebrado entre las partes con respecto al riesgo objeto del contrato y deja sin efecto cualquier correspondencia, conversaciones y negociaciones anteriores en relación con su objeto.

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, los 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, incompleta o realizadas de mala fe, el ASEGURADOR podrá ajustarlo o resolver el contrato mediante comunicación dirigida al TOMADOR, ASEGURADO o BENEFICIARIO, en cuyo caso deberá participar, en un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado que influye en la valoración del RIESGO, y podrá ajustarlo o resolver el contrato mediante comunicación dirigida al TOMADOR o el ASEGURADO, en el plazo de un (1) mes contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservaron o declararon con inexactitud el TOMADOR el ASEGURADO o el BENEFICIARIO, el ASEGURADOR podrá dar por terminado este Contrato de Seguro con efecto a partir del decimosexto (16º) día siguiente a la fecha del acuse de recibo de la comunicación que a tal efecto envíe, siempre y cuando para esa fecha se encuentre en la Caja del ASEGURADOR, a disposición del TOMADOR el importe correspondiente a la parte proporcional de la PRIMA no consumida por el período que falte por transcurrir.

Si el SINIESTRO sobreviniere antes de que el ASEGURADOR hubiere hecho 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 haberse conocido la verdadera entidad del RIESGO. El ASEGURADOR quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de PRIMA no consumida, si el TOMADOR, ASEGURADO o BENEFICIARIO actuasen con dolo o culpa grave.

Cuando la reserva o inexactitud afecte a uno o varios asegurados, ésta subsistirá con todos sus efectos respecto a los restantes.

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

CLÁUSULA 4. OBJETO DEL CONTRATO DE SEGURO

El ASEGURADOR se compromete a cubrir los riesgos señalados en las condiciones Generales y Particulares y Anexos del mismo y a indemnizar al ASEGURADO o BENEFICIARIO hasta las SUMAS ASEGURADAS indicadas en el CUADRO PÓLIZA.

CLÁUSULA 5. DURACIÓN DEL CONTRATO

El ASEGURADOR asume las consecuencias de los RIESGOS cubiertos por este contrato a partir de las 12m de la fecha de su celebración, y terminará a la misma hora del último día de DURACIÓN DEL CONTRATO durante el periodo indicado como DURACIÓN DEL CONTRATO en el CUADRO PÓLIZA.

La celebración del contrato se producirá una vez que el TOMADOR notifique su consentimiento a una proposición del ASEGURADOR o cuando éste participe su aceptación a la solicitud efectuada por el TOMADOR, según corresponda. Este Contrato de Seguro y sus modificaciones se perfeccionan con el consentimiento de las partes.

CLÁUSULA 6. RENOVACIONES

El contrato se renovará automáticamente al finalizar cada DURACION DEL CONTRATO por un plazo igual, siempre que el TOMADOR o ASEGURADO pague la prima, entendiéndose que la

renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior. La prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar mediante notificación dirigida al domicilio indicado en el CUADRO PÓLIZA, efectuada con al menos un (1) mes de anticipación al vencimiento de la DURACION DEL CONTRATO. Las primas de renovación se establecerán de acuerdo con los beneficios, condiciones y tarifas que el ASEGURADOR ofrezca a sus Asegurados al momento de la renovación y será exigibles desde la fecha de renovación.

La renovación del contrato no se emitirá en cualquiera de las otras circunstancias establecidas en la CLAUSULA 13. TERMINACION DEL CONTRATO

CLÁUSULA 7. PRIMA

El TOMADOR debe la PRIMA desde el momento de la celebración del contrato, y sólo será exigible contra la entrega por parte del ASEGURADOR de la Póliza, del CUADRO PÓLIZA o de la nota de Cobertura Provisional, en caso de existir. Las partes establecen como lugar de pago la Sede Principal del ASEGURADOR o la dirección de cualquier Sucursal 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.

El pago de la PRIMA conserva el contrato en vigor por el tiempo al cual corresponda dicho pago, según se haga constar en el CUADRO PÓLIZA.

Las PRIMAS pagadas en exceso, de acuerdo con todo lo previsto en las Condiciones Generales y Particulares de este contrato, no darán lugar a responsabilidad adicional por dicho exceso, sino única y exclusivamente al reintegro de dichas PRIMAS pagadas en exceso, sin intereses, aun cuando las mismas hubieren sido aceptadas formalmente por el ASEGURADOR.

La falta de pago de la PRIMA en el plazo acordado, o a todo evento, en el momento cuando se ha hecho 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 resolver 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 8. PLAZO DE GRACIA

Esta póliza no prevé plazo de gracia para el pago de la prima, por lo que vencido el periodo de DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO para el cual se haya pagado la prima, el ASEGURADOR cesará inmediatamente de correr con los riesgos objeto del mismo.

CLÁUSULA 9. NOTIFICACIONES

Las notificaciones que las partes deban o deseen hacerse en virtud de este Contrato de Seguro 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 físicas y/o electrónicas del ASEGURADOR y del TOMADOR, ASEGURADO o BENEFICIARIO especificadas en el CUADRO PÓLIZA.

En caso de que en este Contrato de Seguro esté participando uno o varios intermediarios de la Actividad Aseguradora, sus nombres e identificaciones se indicarán en el CUADRO PÓLIZA. Las notificaciones dirigidas a las partes y entregadas al Intermediario de la póliza producirán el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte.

CLÁUSULA 10. MODIFICACIONES

Toda solicitud de modificación de las condiciones originalmente contratadas deberá hacerse por escrito con el correspondiente acuse de recibido de las partes, y entrarán en vigor una vez que el TOMADOR notifique su consentimiento a la proposición formulada por el ASEGURADOR o haya efectuado el pago de la diferencia de prima a que diera lugar o cuando

el ASEGURADOR participe al TOMADOR su aceptación mediante emisión del CUADRO PÓLIZA a la solicitud de modificación ó prórroga por éste efectuada.

CLÁUSULA 11. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR

El ASEGURADOR no pagará las indemnizaciones cuando:

- 1. EL SINIESTRO hubiere sido ocasionado por culpa grave del TOMADOR, ASEGURADO o BENEFICIARIO o de cualquier persona que obrare por cuenta de ellos. 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. El SINIESTRO hubiere sido ocasionado por dolo del TOMADOR, del ASEGURADO, del BENEFICIARIO o de cualquier persona que obrare por cuenta de ellos.**
- 3. El TOMADOR o el ASEGURADO o el BENEFICIARIO no notificaren al ASEGURADOR la ocurrencia de un siniestro dentro del plazo y en los términos indicados en la CLAUSULA 38. NOTIFICACION DE LA RECLAMACION AL ASEGURADOR de las Condiciones Particulares.**
- 4. Al momento de la celebración del contrato el RIESGO no existiere o el SINIESTRO ocurriere antes del inicio del presente contrato de seguro, aún cuando continuare después de que el o los RIESGOS que constituyen su objeto hayan comenzado a correr por cuenta del ASEGURADOR.**
- 5. El TOMADOR, el ASEGURADO, el BENEFICIARIO o terceras personas que obraren por cuenta de alguno de ellos, presentaren una reclamación fraudulenta o engañosa, obstaculizaren el ejercicio de los derechos del ASEGURADOR estipulados en este contrato de seguro o si se emplearen medios o documentos falsos, engañosos, disimulados, dolosos o contuvieren omisiones o alteraciones, para sustentar una reclamación o derivar enriquecimiento indebido, al amparo proporcionado por él.**
- 6. El ASEGURADO no presentare los exámenes médicos requeridos por el ASEGURADOR en caso de siniestro o no suministrare, en el plazo para ello estipulado en este contrato, cualquier otra información solicitada por el ASEGURADOR, según CLAUSULA 36, EXÁMENES MÉDICOS de las condiciones particulares**
- 7. Se presentare alguna de las circunstancias establecidas en las Condiciones Particulares contenidas en este mismo documento como causales de exoneración de responsabilidad del ASEGURADOR.**

CLÁUSULA 12. MONEDA

La moneda del contrato se encuentra especificada en el CUADRO PÓLIZA.

CLÁUSULA 13. TERMINACIÓN DEL CONTRATO.

Este Contrato de Seguro podrá darse por terminado en los siguientes casos:

- 1. Si al ASEGURADOR le fuere cancelada la autorización para operar en el ramo de seguros en el que esté considerado este contrato. Esta terminación se producirá a partir del día hábil siguiente al de la recepción de la notificación de terminación enviada por el TOMADOR o de cualquier fecha posterior que se señale en la misma. La devolución de prima a que hubiere lugar deberá estar a disposición del TOMADOR dentro de los quince (15) días continuos siguientes a la notificación.**
- 2. Cuando el TOMADOR manifieste su decisión de no renovar el Contrato de Seguro, mediante aviso por escrito recibido por el ASEGURADOR con un (1) mes como mínimo de anticipación a la terminación de la Duración del Contrato.**
- 3. Cuando el ASEGURADO pierda su condición de persona asegurable, terminando los beneficios del seguro para él, salvo pacto en contrario expresamente establecido en el Contrato de Seguro.**
- 4. Por falta de pago de la prima correspondiente en la fecha de su exigibilidad.**

5. Al finalizar el período de DURACION DEL CONTRATO en el que ocurra el fallecimiento del Asegurado TITULAR.

La devolución de prima a que hubiera lugar en cualquiera de los casos anteriores se efectuará al TOMADOR y corresponderá a la parte proporcional no consumida, deducida la comisión pagada al Intermediario de la Actividad Aseguradora.

La terminación del contrato se efectuará sin perjuicio del derecho del BENEFICIARIO a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación, en cuyo caso no procederá la devolución de prima.

CLÁUSULA 14. 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 DE SEGURO. Se consideran hechos que agravan el riesgo, y deben, por tanto, ser notificados al ASEGURADOR, los contemplados en la CLÁUSULA 32. "AGRAVANTES DEL RIESGO" de las condiciones particulares.

Si las circunstancias antes referidas dependen de la voluntad del TOMADOR o del ASEGURADO o del BENEFICIARIO, según el caso, la notificación deberá practicarse con cinco (5) días hábiles de anticipación a que se produzca, pudiendo en este caso el ASEGURADOR rechazar la agravación del riesgo y dar por resuelto este Contrato de Seguro, 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 de Seguro. En este caso, notificado el TOMADOR de las modificaciones propuestas, el mismo debe responder si las acepta o no en un plazo de quince (15) días continuos, y de no hacerlo se entenderá que las modificaciones propuestas han sido rechazadas quedando rescindido el Contrato de Seguro. 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 éste hubiere tenido conocimiento, disponiendo el ASEGURADOR de un plazo de quince (15) días continuos para proponer la modificación del Contrato de Seguro 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 de Seguro 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 15. AGRAVACIONES DEL RIESGO QUE NO AFECTAN EL CONTRATO

La agravación del riesgo no producirá los efectos previstos en la Cláusula precedente en los casos siguientes:

1. Cuando no haya tenido influencia sobre el SINIESTRO ni sobre la extensión de la responsabilidad que incumbe al ASEGURADOR.
2. Cuando haya tenido lugar para proteger los intereses del ASEGURADOR con respecto al Contrato de Seguro.
3. Cuando se haya impuesto para cumplir el deber de socorro que le impone la ley.
4. Cuando el ASEGURADOR haya tenido conocimiento por otros medios de la agravación del riesgo, y no haya hecho uso de su derecho a rescindir el contrato en el plazo de quince (15) días continuos.
5. Cuando el ASEGURADOR haya renunciado expresa o tácitamente al derecho de proponer la modificación del contrato o terminarlo unilateralmente por cualquier causa. Se tendrá por hecha la renuncia a la modificación o terminación unilateral si no la lleva a cabo en el plazo señalado en la CLÁUSULA 14. AGRAVACION DEL RIESGO.

CLÁUSULA 16. DISMINUCIÓN DEL RIESGO

El TOMADOR o el ASEGURADO o el BENEFICIARIO podrán, durante la DURACION DEL CONTRATO poner en conocimiento del ASEGURADOR todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la celebración del presente 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 17. OBLIGACIÓN DE AMINORAR LAS CONSECUENCIAS DEL SINIESTRO.

El TOMADOR o El ASEGURADO deberá emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de esta obligación dará derecho al ASEGURADOR a reducir la indemnización en la proporción correspondiente, teniendo en cuenta las complicaciones, consecuencias o secuelas que puedan derivar del mismo y del grado de culpa del TOMADOR o el ASEGURADO.

Si este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la empresa de seguros, esta queda liberada de toda prestación derivada del siniestro.

CLÁUSULA 18. CONCILIACION Y 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 conciliación o de arbitraje ante el o la Superintendente de la Actividad Aseguradora, según lo establecido en la Ley de La Actividad Aseguradora y su Reglamento, 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 y las normas prudenciales que se dicten al respecto por parte del órgano de control de la Actividad Aseguradora.

Sin perjuicio de lo anterior, podrán igualmente las partes, de así preferirlo y acordarlo expresamente y por escrito mediante un acuerdo arbitral, someter la resolución de cualquier disputa relativa a la interpretación, aplicación y ejecución de este Contrato de Seguro al conocimiento de un tribunal arbitral institucional o no, conformado por árbitros de derecho. La conformación del tribunal arbitral, el procedimiento a ser llevado a cabo y demás determinaciones que hagan las partes a estos efectos, será determinado en el acuerdo que celebren decidiendo someterse a arbitraje.

CLÁUSULA 19. 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 20. CADUCIDAD DE LA ACCIÓN.

Si dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha de rechazo de cualquier reclamación, el TOMADOR, el ASEGURADO o el BENEFICIARIO, no hubiere demandado judicialmente al ASEGURADOR, o hubiere acordado con éste someterse a un arbitraje o solicitado el sometimiento ante la autoridad competente, caducarán todos los derechos derivados de este Contrato de Seguro con respecto al reclamo formulado que haya sido rechazado. 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 21. DOMICILIO PROCESAL.

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

CLÁUSULA 22. PRUEBA DE ENTREGA Y CUMPLIMIENTO DEL DEBER A

INFORMAR.

La entrega al TOMADOR o al ASEGURADO del CUADRO PÓLIZA, de las CONDICIONES GENERALES y PARTICULARES de este Contrato de Seguro y de los ANEXOS, de haberlos, hacen plena prueba 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.

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 23. COMPROMISO DEL ASEGURADOR

Si un ASEGURADO recibe un Diagnóstico de Cáncer por primera vez en su vida luego de superado el Plazo de Espera, y dicho Cáncer comienza después del Período de Espera, el ASEGURADOR pagará los beneficios descritos en esta póliza hasta el límite indicado en el CUADRO PÓLIZA para cada beneficio, siempre que se la reclamación de beneficios se presente dentro de los sesenta (60) días continuos siguientes al diagnóstico del Cáncer.

CLÁUSULA 24. DEFINICIONES PARTICULARES

A los efectos de este Contrato de Seguro se entiende por:

1. **ACCIDENTE:** Lesión corporal sufrida por el ASEGURADO, directa e independientemente de cualquier otra causa, por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita y ajena a su voluntad. Las consecuencias inmediatas o directas de dichas lesiones, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como el mismo accidente.
2. **ENFERMEDAD:** Alteración de la salud del ASEGURADO que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que origine reducción de su capacidad funcional y que requiera tratamiento médico o quirúrgico. Las consecuencias inmediatas o directas de dichas alteraciones de la salud, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma enfermedad.
3. **ENFERMEDAD DECLARADA:** Enfermedad, secuela de enfermedad o accidente que pueda comprobarse que haya sido adquirida con anterioridad a la fecha de inicio del Contrato de Seguro, del aumento de la SUMA ASEGURADA o de la disminución del DEDUCIBLE o de la inclusión del ASEGURADO o en la póliza, y sea conocida por el TOMADOR o el ASEGURADO.
4. **CÁNCER:** Enfermedad definida por la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento y la expansión incontrolable de células malignas. En esta definición se incluye leucemia, el mal de Hodgkins y el melanoma agresivo que excede una profundidad de cero con setenta y cinco (0.75) milímetros. No se incluye el carcinoma in situ no-agresivo; los tumores no-agresivos localizados que se encuentren en etapas iniciales de malignidad; tumores asociados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); Sarcoma Kaposi y otros tipos de cáncer relacionados con el SIDA; o cualquier cáncer de la piel que no sea melanoma maligno.
5. **CENTRO MÉDICO ASISTENCIAL:** Instituto de salud público o privado, legalmente autorizado para prestar servicios médicos o quirúrgicos en el país donde se encuentre establecido, y cuyas actividades principales no sean las de baños termales (SPA), hidroclínicas, sanatorios, centro de rehabilitación, curas de reposo, asilo u hogar para ancianos, estético, naturista, y que debe estar bajo la supervisión constante de un médico residente.
6. **MÉDICO:** Profesional de la medicina debidamente titulado e inscrito en el Ministerio encargado de la salud o en la institución que legalmente corresponda para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios, cuya especialidad médica esté directamente vinculada con la afección o condición del ASEGURADO. No están incluidos dentro de esta definición otros profesionales, enfermeros, bioanalistas, técnicos de Rx, odontólogos, así como trabajadores sociales o terapeutas, entre otros, aún si son titulados.

7. **DEDUCIBLE:** Monto a cargo del ASEGURADO, indicado en el CUADRO PÓLIZA, que se descontará de las indemnizaciones a pagar por el ASEGURADOR por concepto de la reclamación.
8. **PLAN:** Nombre o código de identificación que se asigna a la descripción de coberturas específicas que incluye las SUMAS ASEGURADAS y demás condiciones definidas en el CUADRO PÓLIZA y en este contrato.
9. **PLAZOS DE ESPERA:** Tiempo que debe transcurrir, desde la fecha de inclusión del ASEGURADO en la póliza, inclusión de cobertura o aumento de SUMA ASEGURADA, para tener derecho a las indemnizaciones establecidas en el Contrato de Seguro.

CLÁUSULA 25. INDEMNIZACIÓN

El ASEGURADOR conviene en indemnizar en cada DURACIÓN DEL CONTRATO, para cada uno de los ASEGURADOS inscritos, en caso de Cáncer según se define en esta póliza, el monto indicado en el CUADRO PÓLIZA como SUMA ASEGURADA.

CLÁUSULA 26. BENEFICIOS

26.1 INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Si como consecuencia de Cáncer cubierto por esta Póliza, el ASEGURADO se interna en un Centro Médico Asistencial, el ASEGURADOR indemnizará al ASEGURADO hasta la suma asegurada indicada en el CUADRO PÓLIZA para esta cobertura, por cada día que se encuentre internado en el Centro Médico Asistencial y hasta un máximo de doce (12) meses. En el caso de hospitalizaciones sucesivas a causa de un mismo Cáncer, separadas por intervalos menores de un año, cada período de hospitalización será considerado como continuación del anterior a efecto de computar el período máximo de beneficio de doce (12) meses.

26.2 INDEMNIZACIÓN POR DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

Si el ASEGURADO recibe un Diagnóstico de Cáncer cubierto por esta Póliza, el ASEGURADOR indemnizará al ASEGURADO hasta la suma asegurada indicada en el CUADRO PÓLIZA para esta cobertura.

Independientemente del número de diagnósticos que recibe el ASEGURADO ya sea para el mismo Cáncer o uno distinto, este beneficio se pagará sola una vez por ASEGURADO.

CLÁUSULA 27. EXCLUSIONES

No están cubiertos por este Contrato de Seguro y en consecuencia no darán derecho a indemnización las reclamaciones que tengan su origen en, o guarden relación con las condiciones indicadas a continuación, así como sus complicaciones, secuelas y consecuencias de:

- a) Atenciones médicas, exámenes o tratamientos ocasionados con fines exclusivamente de diagnóstico, cuando no se trate de un Cáncer cubierto por esta Póliza.
- b) Cualquier Cáncer o enfermedad no especificada como cubierta en esta Póliza.
- c) Cualquier cáncer o enfermedad preexistente.
- d) Cualquier Cáncer, enfermedad, desorden, lesión o condición que sea diagnosticado antes o durante el Periodo de Espera.
- e) Cualquier Cáncer, enfermedad, desorden, lesión o condición o cirugía (u otro procedimiento invasivo) directamente causado por, o atribuible a una

- infección relacionada con el Virus de Inmunodeficiencia Humana o infecciones asociadas incluyendo , pero no limitado al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirido (SIDA) y el complejo relacionado al SIDA (CRS)
- f) Cualquier infección oportunista y/o carcinoma maligno (tumor), si al momento de una crisis, el ASEGURADO tenía Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o tenía anticuerpos positivos de VIH en la prueba sanguínea (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Las infecciones oportunistas incluyen pero no se limitan a neumosiastisis, neumonía carinii, virus de organismos de enteritis crónica y/o infecciones diseminadas por hongos.
 - g) Cualquier cáncer de la piel, a excepción de melanomas malignos.
 - h) Cualquier Cáncer cérvico y/o uterino “in situ”: esta exclusión aplica únicamente al beneficio de Indemnización por Diagnóstico de Cáncer.
 - i) Cualquier accidente o incidente nuclear.
 - j) Enfermedades y lesiones causadas por radiaciones nucleares, energía atómica, isótopos radioactivos o cualquier tipo de radiación, contaminación radioactiva o por terapia de rayos X, radioterapia, o de isótopos, aplicada sin la disposición o supervisión médica correspondiente.
 - k) Gastos Médicos de cualquier tipo
 - l) Daños, Lesiones, ACCIDENTES o ENFERMEDADES adquiridas a consecuencia de actos de guerra, revoluciones, invasiones, operaciones u hostilidades bélicas, energía atómica o fenómenos catastróficos de la naturaleza, durante la prestación del servicio militar en cualquier fuerza, así como las que resulten de la participación activa en alteraciones del orden público, huelgas, motines, conmociones civiles, terrorismo o desafíos privados o a normativas legales.

CLÁUSULA 28. PLAZOS DE ESPERA

Se establece un plazo de espera para todos los beneficios de esta póliza de seis (6) meses.

CLÁUSULA 29. EXTENSIÓN GEOGRÁFICA DEL SEGURO

Los beneficios que otorga este Contrato de Seguro tienen validez en cualquier parte del mundo donde se encuentre el ASEGURADO por cualquier Cáncer cubierto por esta Póliza.

CLÁUSULA 30. DECLARACIONES FUNDAMENTALES ESPECÍFICAS

Además de los documentos indicados en la CLÁUSULA 3 ,DECLARACIONES FUNDAMENTALES , de las Condiciones Generales, se consideran declaraciones fundamentales y forman parte de los documentos del contrato, las señaladas en la solicitud de seguro y en los cuestionarios de seguro, las declaraciones, documentos e informes que hayan servido para la evaluación del RIESGO en el caso de inclusión de nuevos ASEGURADOS, de modificaciones en la suma asegurada y cambio de plan.

CLÁUSULA 31. DEVOLUCIÓN DE PRIMA

Las primas pagadas en exceso, de acuerdo con todo lo previsto en las Condiciones de este contrato, no darán lugar a cobertura extra, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses de dicha prima, aun cuando las mismas hubieren sido aceptadas formalmente por el ASEGURADOR.

El fallecimiento de cualquier ASEGURADO no obliga a devolución de la prima por parte del ASEGURADOR. El pago de la prima cesará, en todo caso, en la fecha de exigibilidad de la prima siguiente al fallecimiento del mismo.

Producido un siniestro cubierto por esta póliza, el ASEGURADOR podrá exigir el pago de las primas vencidas o descontar su importe del monto de la indemnización a pagar.

CLÁUSULA 32. AGRAVANTES DEL RIESGO

A efectos de este contrato, se consideran agravantes del riesgo, los siguientes:

- Cambio en las ocupaciones habituales, actividades, deportes o aficiones del Asegurado que conlleven una mayor exposición a accidentes.
- Cambio de ciudad o país residencia.

CLÁUSULA 33. CÁLCULO DE LA EDAD DEL ASEGURADO

La edad del Asegurado se calculará de acuerdo con la fecha de nacimiento indicada en la Cédula de identidad y declarada en la solicitud de seguro y será la correspondiente al cumpleaños más cercano a la fecha de celebración de este Contrato de Seguro. Este mismo criterio será utilizado en las sucesivas renovaciones del Contrato de Seguro. El ASEGURADOR se reserva el derecho de exigir la Cédula de Identidad, el Pasaporte, o la Partida de Nacimiento, como pruebas de la identificación y edad del ASEGURADO, en cualquier momento durante la vigencia de la póliza.

CLÁUSULA 34. PERSONAS ASEGURABLES

Podrán incluirse en la Póliza y ser ASEGURADOS las siguientes personas residentes en Venezuela relacionadas con el ASEGURADO TITULAR, el (la) cónyuge o la persona con quien viva como tal y los hijos del ASEGURADO Titular siempre que gocen de buena salud, sean menores de sesenta y cuatro (64) años de edad, convivan o dependan económicamente de él y sea pagada la PRIMA correspondiente en el momento de su inclusión en el Contrato de Seguro.

CLÁUSULA 35. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS

Las personas asegurables que no hayan sido incluidas en la Póliza al momento de la celebración del contrato, podrán incluirse en cualquier fecha posterior, comenzando la efectividad del seguro desde el momento cuando se reciba la solicitud o en fecha posterior, y su inclusión sea aceptada por el ASEGURADOR.

La inclusión de un nuevo ASEGURADO causa una PRIMA adicional a cargo del TOMADOR, cuya falta de pago originará los mismos efectos que la falta de pago de la PRIMA establecida en las Condiciones generales del Contrato de Seguro.

Queda entendido que todos los ASEGURADOS gozarán de los beneficios previstos en la Póliza, una vez transcurridos los plazos indicados en la CLÁUSULA 28, PLAZOS DE ESPERA , PLAZOS DE ESPERA de estas Condiciones Particulares.

CLÁUSULA 36. EXÁMENES MÉDICOS

El ASEGURADOR tiene derecho podrá exigir a quienes aspiren ser asegurados, que se sometan a exámenes médicos practicados por profesionales señalados por el ASEGURADOR.

Igualmente, durante la DURACIÓN DEL CONTRATO, el ASEGURADOR podrá requerir al ASEGURADO que se someta, dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a su solicitud de seguro, a exámenes practicados por MÉDICOS señalados por el mismo, cuando sea razonablemente necesario, a fin de constatar y controlar el estado de salud de dicho ASEGURADO, previa o con posterioridad a la materialización de RIESGOS cubiertos por esta póliza. Los gastos que ocasione este requerimiento son asumidos por el ASEGURADOR.

Así mismo, el ASEGURADO deberá suministrar todas las informaciones requeridas por el ASEGURADOR sobre su estado de salud, antes y después de la expedición de la Póliza

y autoriza a los profesionales o instituciones donde hubiera sido o sea tratado, a que suministren por su cuenta toda la información necesaria para integrar una cabal y completa historia clínica en cada caso.

De igual forma, el ASEGURADOR podrá, cuando lo crea necesario, solicitar a su costa la autopsia de cualquier ASEGURADO, siempre que no exista prohibición al respecto por organismo público y los familiares dentro del tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad hayan otorgado su consentimiento.

El incumplimiento de las anteriores obligaciones del ASEGURADO, será considerado como reticencia y en consecuencia permitirá al ASEGURADOR dar por terminado el Contrato de Seguro, cuando dicho incumplimiento se presentare antes de la ocurrencia de un SINIESTRO; si se presentare después, el ASEGURADOR quedará exonerado de responsabilidad por ese SINIESTRO quedando a salvo el ejercicio de las acciones que pudiere intentar.

CLÁUSULA 37. CAMBIO DE PLAN

El TOMADOR y el ASEGURADO TITULAR tienen el derecho de solicitar por escrito al ASEGURADOR, después de la celebración de este contrato, cambios en las coberturas originalmente contratadas, si hubiere opciones disponibles ofrecidas por el Asegurador. Es condición para tener derecho a esta modificación que hayan transcurrido, al menos, seis (6) meses continuos desde el inicio de la DURACIÓN DEL CONTRATO y además que el TOMADOR o ASEGURADO, según sea el caso, pague la PRIMA a que hubiere lugar, en la fecha de su exigibilidad, reservándose en todo caso el ASEGURADOR en función a la evaluación del RIESGO, el derecho de aceptar o no tal solicitud, quedando sujeto a las condiciones, restricciones y limitaciones establecidas en este Contrato de Seguro.

Salvo convención en contrario establecida en Anexo emitido a tal efecto, los aumentos de SUMA ASEGURADA e inclusiones de coberturas solicitados por el TOMADOR o ASEGURADO estarán sujetos a PLAZOS DE ESPERA, EXCLUSIONES y demás condiciones establecidas en este contrato de seguros. Las reclamaciones ocurridas desde la fecha del aumento o inclusión de cobertura y hasta antes de la finalización de los PLAZOS DE ESPERA se indemnizarán sobre la base de las SUMAS ASEGURADAS anteriores, si los PLAZOS DE ESPERA para éstas ya hubiesen sido superados.

Toda modificación se efectuará mediante la emisión por parte del ASEGURADOR del correspondiente CUADRO PÓLIZA o Anexo debidamente suscrito por las PARTES.

CLÁUSULA 38. NOTIFICACIÓN DE LA RECLAMACIÓN AL ASEGURADOR

Las reclamaciones derivadas de Cáncer cubiertas por esta Póliza, se indemnizarán sobre la base de los originales de las certificaciones médicas, de diagnósticos, facturas legalmente identificadas de las instituciones hospitalarias y demás documentos originales que certifiquen el diagnóstico y los servicios de hospitalización suministrados al ASEGURADO. Si ocurriera un suceso que diera lugar a reclamaciones bajo esta Póliza, deberá enviarse la notificación por escrito al ASEGURADOR dentro de un lapso máximo de quince (15) días continuos contados a partir de la fecha en que el TOMADOR, ASEGURADO o BENEFICIARIO tengan conocimiento del diagnóstico de cáncer o de la fecha de egreso del Centro Clínico u Hospitalario.

CLÁUSULA 39. TRÁMITES PARA LA SOLICITUD DE REEMBOLSO.

Para el trámite de la indemnización, el TOMADOR, ASEGURADO o BENEFICIARIO, por sí mismo o a través de personas que obren en su nombre y representación, deberá presentar al ASEGURADOR dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha de diagnóstico o de terminación de la hospitalización según sea el caso, una reclamación formal en el formulario de declaración e informe de siniestro con toda la

información allí solicitada y especificada, que acredite fehacientemente la ocurrencia y cuantía del SINIESTRO, acompañada de las facturas o comprobantes originales de pago de los servicios médicos u hospitalarios a que haya sido sometido, debidamente pagados autenticados por los médicos o instituciones de donde tales cuentas o comprobantes provinieran, y firmadas por el ASEGURADO en señal de conformidad y cualquier otro que el ASEGURADOR razonablemente pueda requerir para comprobar la ocurrencia del siniestro. En los casos que el ASEGURADOR requiera documentos adicionales podrá solicitarlos en una sola oportunidad dentro de los treinta (30) días siguientes a la entrega del último recaudo y el ASEGURADO deberá entregar los recaudos dentro de los treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de recepción de la solicitud. El ASEGURADOR tiene derecho de solicitar al ASEGURADO que asista a una segunda opinión médica. En el caso de que la segunda opinión médica difiera de la opinión original indicada del médico tratante, el ASEGURADOR podrá solicitar al ASEGURADO que recurra a una tercera opinión médica, siempre que la tercera opinión se obtenga de un MÉDICO que sea reconocido o aceptado por el ASEGURADOR y de la especialidad médica relacionada con la enfermedad. Los GASTOS RAZONABLES incurridos por una segunda y tercera opinión médica correrán por cuenta del ASEGURADOR.

CLÁUSULA 40. PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

El ASEGURADOR procederá al pago de la reclamación de acuerdo a lo establecido en este Contrato de Seguro dentro de los treinta (30) días continuos siguientes contados a partir de la fecha cuando se haya recibido el último documento por parte del ASEGURADO o BENEFICIARIO, así como de las informaciones completas relacionadas y solicitadas sobre la reclamación. La indemnización a que hubiere lugar, según los términos y condiciones de este Contrato de Seguro, se pagará directamente al ASEGURADO Titular, o en caso de su fallecimiento, a Beneficiarios del Titular designados en la póliza.

El pago será entregado con el finiquito correspondiente, el cual deberá ser firmado por el Asegurado Titular o Beneficiarios 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 Generales y Particulares de este Contrato de Seguro, el ASEGURADOR podrá solicitar, judicial o extrajudicialmente, al TOMADOR, ASEGURADO TITULAR o BENEFICIARIO, según sea el caso, el reintegro total o parcial de dicho pago.

CLÁUSULA 41. RECHAZO DEL SINIESTRO

El TOMADOR, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO tienen derecho a ser notificados por el ASEGURADOR dentro de los treinta (30) días continuos siguientes contados a partir de la fecha en que conste la recepción del por parte del ASEGURADOR, del último documento pertinentemente requerido, para la liquidación del SINIESTRO, de las causas de hecho y de derecho que de acuerdo con los términos y condiciones establecidos en este Contrato de Seguro, justifican el rechazo total o parcial de la indemnización solicitada.

CLÁUSULA 42. COOPERACIÓN DE LOS ASEGURADOS

El ASEGURADO deberá cooperar diligentemente y se esforzará para que se tomen todas las medidas que fuese posible adoptar para que se reduzcan al máximo las consecuencias que motivaron la atención médica o intervención quirúrgica y vigilará que el costo de los servicios que reciba sea adecuado y que refleje los servicios efectivamente recibidos. Así mismo, se obliga a certificar la exactitud de las reclamaciones y autoriza en

forma plena y suficiente a los médicos, autoridades e instituciones a proporcionar al ASEGURADOR cualquier información acerca de su estado físico y demás circunstancias que originaron reclamaciones y al ASEGURADOR para solicitar dicha información.

CLÁUSULA 43. OTROS SEGUROS

Al momento de solicitar la celebración de este Contrato de Seguro, o al solicitar la inclusión de otro ASEGURADO, el ASEGURADO TITULAR o TOMADOR está obligado a declarar por escrito al ASEGURADOR cualquier otro seguro vigente que haya suscrito sobre el mismo interés ASEGURADO.

CLÁUSULA 44. TERMINACIÓN DEL SEGURO

Adicionalmente a lo establecido en la CLÁUSULA 13 de las Condiciones Generales, el seguro de cualquiera de los Asegurados incluidos en la póliza terminará automáticamente cuando algún ASEGURADO pierda tal calidad. En este caso, los beneficios del seguro terminan únicamente para esa persona, de acuerdo con los términos de este contrato de seguro.

CLÁUSULA 45. RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR

La responsabilidad del ASEGURADOR se limita únicamente al pago de las indemnizaciones amparadas en esta Póliza. En ningún caso responderá por las consecuencias de los actos del personal médico o paramédico que intervenga en la asistencia del ASEGURADO por los servicios que le proporcione cualquier proveedor o CENTRO MÉDICO ASISTENCIAL, de diagnóstico o farmacéuticos.

CLÁUSULA 46. TOTALIDAD DEL ACUERDO

Las partes declaran que este Contrato de Seguro, 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.

Otorgado por las partes en el lugar y fecha indicados en el CUADRO PÓLIZA.

por el ASEGURADOR

por el TOMADOR

Aprobado por la Superintendencia de de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° 17403de fecha 26/ 09 / 2013