

---

## **PÓLIZA DE SEGURO CONTRA ACCIDENTES PERSONALES**

---

Entre "SEGUROS HORIZONTE, SOCIEDAD ANÓNIMA", inicialmente denominada "HORIZONTE COMPAÑÍA ANÓNIMA DE SEGUROS", inscrito su documento constitutivo en el Registro Mercantil de la Primera Circunscripción que llevaba el entonces Juzgado de Primera Instancia en lo Mercantil del Distrito Federal (hoy Distrito Capital) y Estado Miranda, el día 4 de diciembre de 1956, bajo el N° 76, Tomo 17-A, modificada su denominación, según Asamblea Extraordinaria de Accionistas, celebrada en fecha 18 de junio de 2012, debidamente inscrita en el Registro Mercantil Segundo de la Circunscripción Judicial del Distrito Capital, el día 25 de Octubre de 2012, bajo el N° 14, Tomo 297-A Segundo, en la cual se modificaron los Estatutos Sociales de dicha Sociedad y se refundieron en un solo Documento, e inscrita en el Registro de Información Fiscal (R.I.F) bajo el N° G-20008701-3, que en adelante se denominará el Asegurador, representada por el ciudadano General de División JOSÉ VICENTE RAMIREZ SOYANO, venezolano, mayor de edad, militar en servicio activo, de este domicilio y titular de la Cédula de Identidad N° V-8.884.810, debidamente inscrito en el Registro de Información Fiscal (RIF) bajo el N° V-8884810-8, actuando en su carácter de Presidente Ejecutivo, designado por disposición del ciudadano Presidente de la República Bolivariana de Venezuela y Comandante en Jefe de la Fuerza Armada Nacional Bolivariana y por Resolución N° 017299 de fecha 05 de Enero de 2017, emanada del Ministerio del Poder Popular para la Defensa, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 41.068 de fecha 05 de enero de 2017 y según nombramiento realizado en Asamblea Extraordinaria de Accionistas, celebrada en fecha 20 de Enero de 2017, facultado por la Cláusula Vigésima Tercera del Documento Constitutivo de la Empresa, en su ordinal c) de los Estatutos Sociales de la Empresa y el Tomador, identificado en el Cuadro Póliza Recibo, han convenido en suscribir el presente contrato de seguro, el cual está conformado y se registrará por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo, la Solicitud de Seguro y los demás documentos que formen parte integrante del mismo.

### **CONDICIONES GENERALES**

#### **Cláusula 1. OBJETO DEL SEGURO:**

Mediante este seguro el Asegurador se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, y a pagar al Beneficiario la suma asegurada indicada en el Cuadro Recibo de Póliza, cuando el Asegurado sufra una lesión corporal derivada de un accidente.

## **Cláusula 2. DEFINICIONES:**

A los efectos de este contrato se entiende por:

### **2.1. Asegurador:**

Seguros Horizonte, S.A., quien asume los riesgos cubiertos en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, de la Póliza.

### **2.2. Tomador:**

Persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos al Asegurador y se obliga al pago de la prima.

### **2.3. Asegurado:**

Persona natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las Condiciones Particulares y Anexos de la Póliza.

### **2.4. Beneficiario:**

Persona natural a favor de quien se ha establecido la indemnización que deba pagar el Asegurador.

### **2.5. Documentos que forman parte del Contrato:**

Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, el Cuadro Recibo de Póliza y los Anexos que se emitan para complementarla o modificarla.

### **2.6. Cuadro Recibo de Póliza:**

Documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: número de la Póliza, nombre del Tomador, Asegurados y Beneficiarios, identificación completa del Asegurador y domicilio principal, dirección del Tomador, dirección de cobro, nombre del intermediario de seguros, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma y lugar de pago, período de vigencia, deducibles y firmas del Asegurador y del Tomador.

### **2.7. Prima:**

Es la única contraprestación pagadera en dinero por el Tomador al Asegurador.

### **2.8. Suma Asegurada:**

Es el límite máximo de responsabilidad del Asegurador y está indicado en el Cuadro Recibo de Póliza.

### **2.9. Año Póliza:**

Es el lapso de un año para el cual ha sido calculada la prima, contado a partir de la fecha de la celebración del contrato.

## **Cláusula 3. EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD:**

El Asegurador no pagará la indemnización en los siguientes casos:

1. Si el Tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios.
2. Si el Tomador o el Asegurado actúa con dolo o si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario.

“Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N° 10674 de fecha 26 Noviembre 2007”

3. Si el Tomador o el Asegurado actúa con culpa grave o si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario. No obstante, el Asegurador estará obligado al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el Asegurador en lo que respecta a la Póliza.
4. Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no empleare los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro, siempre que este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador.
5. Si el siniestro se inicia antes de la vigencia de la Póliza y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador.
6. Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no notificare el siniestro dentro de los quince (15) días hábiles siguientes de haber conocido la ocurrencia del mismo, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o Beneficiario.

#### **Cláusula 4. VIGENCIA DE LA PÓLIZA:**

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

En todo caso, la vigencia de la Póliza se hará constar en el Cuadro Recibo de Póliza, con indicación de la fecha en que se emita, la hora y día de su iniciación y vencimiento.

#### **Cláusula 5. RENOVACIÓN:**

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

#### **Cláusula 6. PRIMAS:**

El Tomador debe la prima desde el momento de la celebración del contrato, pero aquélla no será exigible sino contra la entrega por parte del Asegurador de la Póliza, del Cuadro Recibo de Póliza o de la Nota de Cobertura Provisional. En caso de que la prima no sea pagada en la fecha de su exigibilidad o se haga imposible su cobro por causa imputable al Tomador, el Asegurador tendrá derecho a resolver la Póliza o a exigir el pago de la prima debida con fundamento en la Póliza.

El pago de la prima solamente conserva en vigor la Póliza por el tiempo al cual corresponde dicho pago, según se haga constar en el Cuadro Recibo de Póliza.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del Asegurador por dicho exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses de lo pagado en exceso.

**Cláusula 7. PLAZO DE GRACIA:**

El Asegurador concede un plazo de gracia para el pago de las primas de renovación de treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia anterior, en el entendido de que durante tal plazo la Póliza continuará vigente y en caso de ocurrir algún siniestro en ese período, el Asegurador tendrá la obligación de pagar la indemnización correspondiente, previa deducción de la prima pendiente de pago. En este caso, el monto a descontar será la prima completa que corresponda al mismo período de la cobertura anterior.

Si el monto indemnizable es menor a la prima a descontar, el Tomador deberá pagar, antes de finalizar el plazo de gracia, la diferencia existente entre la prima y dicho monto. No obstante, si el Tomador se negase o no pudiese pagar la diferencia de prima antes de finalizar el plazo de gracia, la Póliza se considerará prorrogada solamente por el período de tiempo que resultare de dividir el monto del siniestro indemnizable entre la prima completa que corresponda al mismo período de la cobertura anterior multiplicado por el número de días que contenga dicho período.

**Cláusula 8. DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD:**

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

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

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

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta de la Póliza, si son de tal naturaleza que el Asegurador de haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

**Cláusula 9. PLURALIDAD DE SEGUROS:**

El Tomador o el Asegurado está obligado a comunicar al Asegurador la celebración de cualquier otra Póliza de Accidentes Personales, el monto asegurado y el nombre de la Aseguradora con quien contrate una nueva Póliza, por escrito y en el plazo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha en que tuvo conocimiento de la ocurrencia del siniestro.

“Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N° 10674 de fecha 26 Noviembre 2007”

El incumplimiento de este deber sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que el Asegurador pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

**Cláusula 10. PAGO DE INDEMNIZACIONES:**

El Asegurador tendrá la obligación de indemnizar los beneficios cubiertos dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que el Asegurador haya recibido el último recaudo por parte del Asegurado, salvo por causa extraña no imputable al Asegurador.

**Cláusula 11. RECHAZO DEL SINIESTRO:**

El Asegurador deberá notificar por escrito al Asegurado o al Beneficiario dentro del plazo señalado en la Cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo total o parcial de la indemnización exigida. Esta obligación existirá también cuando el Asegurador pague sólo parte de la indemnización reclamada por el Asegurado o Beneficiario.

**Cláusula 12. PERITAJE:**

Si surgiere desacuerdo en cuanto a la evaluación o liquidación de cualquier indemnización, las partes podrán en un período máximo de treinta (30) días siguientes a la fecha en que una de las partes haya requerido al otro dicho nombramiento, someterse al siguiente procedimiento:

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

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

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

**Cláusula 13. ARBITRAJE:**

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

El Superintendente de Seguros actuará directamente o a través de los funcionarios que designe como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la Póliza. Las partes fijarán el procedimiento a seguir, en caso contrario se aplicará el procedimiento previsto en la ley que rige la materia de arbitraje. En este caso, la decisión deberá ser adoptada en un plazo que no exceda de treinta (30) días hábiles una vez finalizado el lapso probatorio. El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

**Cláusula 14. CADUCIDAD:**

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario perderá todo derecho a ejercer una acción judicial contra el Asegurador o convenir con éste el Arbitraje previsto en la Cláusula anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación:

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

En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado desde el momento en que 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 15. PRESCRIPCIÓN:**

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

**Cláusula 16. MODIFICACIONES:**

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

Las modificaciones se harán constar mediante Anexos, debidamente firmados por un representante del Asegurador y el Tomador, los cuales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales de la Póliza.

Si la modificación requiere pago de prima adicional se aplicará lo dispuesto en las Cláusulas 4 y 6 de las Condiciones Generales.

La modificación de la suma asegurada requerirá aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por el Asegurador con la emisión del recibo de prima,

“Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N° 10674 de fecha 26 Noviembre 2007”

en el que se modifique la suma asegurada, y por parte del Tomador mediante comunicación escrita o por el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere.

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

**Cláusula 17. AVISOS:**

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

**Cláusula 18. DOMICILIO:**

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

## **CONDICIONES PARTICULARES**

**Cláusula 1. ACCIDENTE:**

Es cualquier hecho ajeno a la voluntad o intención del Asegurado, que le cause heridas o lesiones corporales por la acción fortuita, repentina o violenta de una fuerza o agente externo físico.

En relación con la definición, se consideran accidentes para los efectos de esta Póliza, los ocurridos bajo las siguientes circunstancias:

1. Manejando o viajando como pasajero en cualquier tipo de vehículo automotor, embarcaciones, funiculares o casas rodantes remolcadas.
2. Viajes aéreos del Asegurado cuando se encuentre como piloto o cuando se encuentre viajando como pasajero en una aeronave que sea de líneas aéreas regulares, de transporte de pasajeros sujetos a horarios e itinerarios y escalas prefijadas.
3. Accidente de tránsito.
4. Viajando en ascensores o montacargas.
5. Los atentados, los casos de legítima defensa.
6. Las descargas eléctricas, incluyendo el rayo.
7. La asfixia por agua, gases o cualquier otro medio mecánico.
8. Las mordeduras de animales y picaduras de insectos no hostigados previamente por el Asegurado.
9. Durante el ejercicio de una profesión o en la vida privada.
10. Como espectador de eventos deportivos, en canchas abiertas o cerradas.

“Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N° 10674 de fecha 26 Noviembre 2007”

11. En teatros, cines u otros locales abiertos o cerrados, destinados a espectáculos públicos.
12. En el ejercicio de deportes declarados en la Solicitud de Seguro, siempre que no sea como profesional y que no estén expresamente incluidos en la Cláusula 8 de estas Condiciones Particulares.
13. A consecuencia de explosión de calderas, aparatos de vapor o en incendios.
14. Terremotos u otras convulsiones.
15. Otros distintos a los excluidos, que se encuentren dentro de la definición de accidentes.

**Cláusula 2. CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD:**

El Asegurado al momento de la contratación debe gozar de buena salud y tener edad menor a sesenta y cinco (65) años.

**Cláusula 3. COBERTURAS BÁSICAS:**

**3.1. Muerte Accidental:**

Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por esta Póliza y dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha del mismo, al Asegurado le sobreviene la muerte, el Asegurador pagará a los Beneficiarios designados, o a falta de éstos, a sus herederos legales, o a quienes legalmente representen su sucesión, la suma asegurada estipulada en el Cuadro Recibo de Póliza para el momento del accidente. Después de la edad de sesenta y cuatro (64) años, el Asegurado podrá renovar la Póliza solamente en lo que se refiere a la Cobertura por Muerte Accidental e Invalidez Permanente.

**3.2. Invalidez Permanente:**

Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por esta Póliza y dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualesquiera de los tipos de invalidez enumeradas en la ESCALA DE INDEMNIZACIONES señalada más adelante, el Asegurador le pagará la cantidad resultante de aplicar el porcentaje estipulado en la Escala a la suma asegurada especificada en el Cuadro Recibo de Póliza para el momento del accidente.

**ESCALA DE INDEMNIZACIONES**

<b>Invalidez Total y Permanente</b>	<b>Porcentaje</b>
1. Parálisis completa.	100
2. Enajenación mental incurable, que excluya todo trabajo.	100
3. Ceguera absoluta de ambos ojos.	100
4. Sordera completa y pérdida del habla conjuntamente.	100
5. Lesiones incurables de la médula espinal que impidan totalmente la marcha.	100
6. Pérdida total por amputación o inutilización absoluta por impotencia funcional definitiva de ambos brazos, o de ambas piernas, o de ambas manos, o de ambos pies, o de un brazo y una pierna o de una mano y un pie.	100

“Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N° 10674 de fecha 26 Noviembre 2007”

**Invalidez Parcial y Permanente:**

**Por pérdida total por amputación o inutilización absoluta por impotencia funcional definitiva de o del:**

<b>Cabeza</b>	<b>Porcentaje</b>
1. Un ojo con disminución de la agudeza visual del otro en más de un 50% y siempre que ésta sea incorregible.	60
2. Ambos oídos.	60
3. Habla.	50
4. Un ojo o de su visión.	40
5. Reducción de la visión en ambos ojos en más de un 50%.	40
6. Maxilar inferior por fractura mal consolidada.	25
7. Un solo oído.	15
<b>Miembros Inferiores</b>	<b>Porcentaje</b>
8. Una pierna por encima de la rodilla.	60
9. Una pierna por debajo de la rodilla o un pie.	50
10. La cadera por desarticulación.	30
11. La rodilla por desarticulación.	25
12. La columna vertebral con desviación pronunciada.	25
13. Pérdida total de la función de la articulación tibio tarsiana.	20
14. Fractura mal consolidada de la rótula.	20
15. Los huesos de la pierna por fractura mal consolidada.	25
16. Algunos de los huesos del pie por fractura mal consolidada.	20
17. El dedo gordo de un pie.	08
18. Cualquier otro dedo del pie que no sea el gordo.	05

<b>Miembros Superiores</b>	<b>Derecho %</b>	<b>Izquierdo %</b>
19. Un brazo o una mano.	65	55
20. Todos los dedos de la mano.	40	35
21. Dedo pulgar o índice.	35	30
22. Húmero por fractura mal consolidada.	25	20
23. Cúbito y radio por fractura mal consolidada.	25	20
24. Cúbito o radio por fractura mal consolidada.	15	10
25. Dedo pulgar y otro dedo, no incluido el índice.	25	20
26. Pérdida total de la función del hombro.	20	15
27. Tres dedos no incluidos el pulgar e índice.	20	15
28. Pérdida total de la función del codo o la muñeca.	20	15
29. Dedo medio.	10	08
30. Dedo anular.	08	06
31. Dedo meñique.	07	05

Cuando el Asegurado sea zurdo y así lo hubiere declarado en la Solicitud de Seguro, se invertirán los porcentajes de la Escala de Indemnizaciones correspondientes a la invalidez de miembros derechos e izquierdos.

“Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N° 10674 de fecha 26 Noviembre 2007”

La invalidez no enumerada en la escala anterior, será indemnizada según su gravedad y en comparación con las mencionadas en dicha escala.

En caso de invalidez como consecuencia del mismo accidente que incluya varias pérdidas, la indemnización resultante se calculará sumando los porcentajes correspondientes a cada invalidez. Cuando el total alcance o exceda el ochenta por ciento (80%), el Asegurador indemnizará el cien por ciento (100%) de la suma asegurada, al momento del accidente.

Cuando varios tipos de invalidez afecten a un mismo miembro u órgano, estas no se acumularán entre sí, y el Asegurador indemnizará el porcentaje correspondiente a la mayor invalidez.

La evaluación de lesiones de miembros u órganos sanos sufridas en un accidente, no puede ser aumentada por el estado de invalidez de otros miembros u órganos no afectados por el accidente.

En los casos de enajenación mental, parálisis, pérdida del habla y sordera, aparte de su condición de ser irreparable, a juicio del Médico que designe el Asegurador, para ser consideradas como tales, se requiere que hayan tenido una duración interrumpida de ciento ochenta (180) días por lo menos, desde la fecha del accidente.

No corresponderá indemnización alguna de Invalidez Permanente por los efectos psíquicos y estéticos que puedan resultar de cualquier accidente, el Asegurador queda exento de cualquier responsabilidad.

### **3.3. Indemnización Semanal por Incapacidad Temporal:**

Esta cobertura es válida solamente si su contratación aparece indicada en el Cuadro Recibo de Póliza y su validez será por un período igual al de la vigencia del contrato y hasta por el límite máximo de cobertura suscrito.

#### **3.3.1. Incapacidad Temporal Total:**

Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por esta Póliza y dentro del plazo de treinta (30) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado Titular queda incapacitado totalmente e impedido de realizar todos y cada uno de los deberes y funciones de su ocupación, el Asegurador le pagará desde la fecha del accidente, el cien por ciento (100%) de la indemnización semanal establecida en el Cuadro Recibo de Póliza, mientras dure la incapacidad, previamente demostrada por el Asegurado y comprobada por el Asegurador, pero sin exceder de cincuenta y dos (52) semanas.

#### **3.3.2. Incapacidad Temporal Parcial:**

Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por esta Póliza y dentro del plazo de treinta (30) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado Titular queda incapacitado parcialmente e impedido de desempeñar uno o más deberes diarios propios de su ocupación, el Asegurador le pagará desde la fecha del accidente el setenta y cinco por ciento (75%) de la indemnización semanal establecida en el Cuadro Recibo de Póliza mientras

dure la incapacidad, previamente demostrada por el Asegurado y comprobada por el Asegurador, pero sin exceder de cincuenta y dos (52) semanas.

### **3.4. Gastos Médicos:**

Esta cobertura es válida solamente si su contratación aparece indicada en el Cuadro Recibo de Póliza y su validez será por un período igual al de la vigencia del contrato y hasta por el límite máximo de cobertura suscrito.

En el caso de que el Asegurado, como consecuencia del accidente dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo se viera precisado a someterse a intervención quirúrgica, hospitalizarse, recibir cualquier clase de atención médica necesaria para el restablecimiento de la salud o hacer uso de los servicios de ambulancia, medicinas, enfermera, el Asegurador pagará además de **las** indemnizaciones a que tuviere derecho el Asegurado, el monto de las mencionadas asistencias hasta la cantidad máxima asegurada por este concepto, indicada en el Cuadro Recibo de Póliza, previamente demostrada por el Asegurado y comprobada por el Asegurador sujeta a las condiciones siguientes:

- a) El Médico o Cirujano debe estar legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.
- b) Las Enfermeras que presten los servicios deberán estar legalmente facultadas para ejercer su profesión.
- c) Los gastos de hospitalización serán los que se ocasionan dentro de una Clínica u Hospital debidamente habilitados para prestar tales servicios.
- d) Para los efectos del reembolso previsto en esta Póliza se tendrán en cuenta los honorarios usuales del Médico, Cirujano o Enfermera, para cada tipo de intervención, tratamiento, consulta o servicios prestados, asimismo el Asegurado deberá presentar comprobantes originales de los gastos incurridos.
- e) Los medicamentos recetados por el Médico tratante sean de aplicación necesaria para la curación de las lesiones sufridas en el accidente.

Se entiende por Clínica u Hospital, la Institución de salud pública o privada, legalmente autorizada para mantener instalaciones permanentes de asistencia médica a pacientes internados, que tenga médicos en forma regular y permanente, que suministre en forma continua servicio de enfermería y que preste servicio de hospitalización, asistencia médica y quirúrgica a personas lesionadas o enfermas.

### **Cláusula 4. INDEMNIZACIÓN SEMANAL POR INCAPACIDAD, INDEPENDIENTE DEL PAGO POR INVALIDEZ PERMANENTE:**

Si a continuación de un período de incapacidad continua, tal como se define en la Cláusula 3, Apartado 3.3. y como consecuencia directa del mismo accidente, el Asegurado Titular sufre cualesquiera de los tipos de invalidez enumeradas en la ESCALA DE INDEMNIZACIONES de la Cláusula 3, Apartado 3.2., el Asegurador pagará la suma asegurada correspondiente por Invalidez Permanente y seguirá indemnizando semanalmente la incapacidad hasta el período establecido.

## **Cláusula 5. BENEFICIOS ESPECIALES:**

### **5.1. Cobertura Total por Caso:**

Los montos asegurados por Invalidez Permanente e Incapacidad Temporal, se consideran por caso y no por año póliza, con lo cual se dispone de la cobertura total contratada, para eventos accidentales independientes entre sí.

### **5.2. Doble Indemnización:**

En caso de Muerte o Invalidez Total y Permanente del Asegurado, el Asegurador pagará adicionalmente un monto igual al contratado inicialmente por Muerte o Invalidez Permanente, sin exceder de cinco millones de bolívares (Bs. 5.000.000,00), si el accidente causante de la Muerte o la Invalidez Total y Permanente le ocurre al Asegurado en alguna de las circunstancias que a continuación se señalan:

- a) Mientras esté viajando como pasajero en un ascensor destinado al servicio de pasajeros solamente, o mientras esté como pasajero en transportes terrestres destinados al servicio público, con itinerario regular establecido.
- b) A causa de un incendio en un edificio, habiéndose encontrado el Asegurado dentro de la propiedad así siniestrada, en el momento de iniciarse el incendio.
- c) Por un ciclón o tornado.
- d) Por fulminación de rayo.
- e) Como espectador de eventos deportivos en canchas, teatros, cines y locales cerrados destinados a espectáculos.

## **Cláusula 6. COBERTURA MUNDIAL:**

Esta Póliza cubre los accidentes que sufra el Asegurado, durante las veinticuatro (24) horas del día, tanto en Venezuela como en cualquier parte del mundo.

El Asegurador pagará el monto de la indemnización que corresponda, en moneda venezolana o el contravalor al cambio oficial existente al momento en que ocurra el accidente, siempre y cuando lo permita la Legislación Venezolana vigente a la fecha de efectuar el pago.

## **Cláusula 7. EXCLUSIONES:**

No se consideran accidentes para efectos de esta Póliza y por lo tanto quedan excluidos de la cobertura de la misma:

1. Las consecuencias de los accidentes originados por secuestros, rebeliones militares, haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, revueltas populares, conmoción civil, motines, insurrecciones y/o tumultos; siempre y cuando el Asegurado forme parte activa en ellos, o cuando participe en algunas de estas situaciones durante el tiempo en que esté cumpliendo con el Servicio Militar, ya sea en tiempo de paz o de guerra.
2. Los sufridos a consecuencia de riesgos atómicos y/o nucleares.
3. Los sufridos a consecuencia de suicidio o tentativa de suicidio durante el primer año de vigencia de la Póliza y mutilación voluntaria.

“Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N° 10674 de fecha 26 Noviembre 2007”

4. Los accidentes causados intencionalmente por el Asegurado o los sufridos por imprudencia, negligencia o impericia grave.
5. Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas, o tratamientos médicos u ortopédicos, que no hayan sido causados por accidentes cubiertos por esta Póliza o las enfermedades y lesiones con ellas relacionadas aún cuando un accidente haya contribuido a agravar la enfermedad o pueda ser causa del siniestro.
6. Los casos y consecuencias de infartos, desvanecimientos, síncope, ataques de apoplejía, epilepsia, las roturas de aneurismas, hernias de cualquier naturaleza u origen y sus consecuencias, así como las várices y sus complicaciones, los ocasionados a consecuencia de enfermedades y afecciones como son: ceguera, sordera, parálisis, miopía severa, mudez, enfermedades cerebrales, enajenación mental, ataques de cualquier naturaleza o deliriums tremens, anemia perniciosa, aneurisma, angina de pecho, apoplejía, arteriosclerosis, ataxia locomotriz, bocio tóxico, cáncer, epilepsia, enfermedades del corazón, falta de órganos, glaucoma, **gota, hipertensión, leucemia**, locura, nefritis crónica, neurastenia, parálisis, sífilis, SIDA, tuberculosis, tumores malignos, uremia y vértigos, así como las lesiones corporales relacionadas con acepciones similares y sus consecuencias.
7. Los defectos estéticos que puedan ocasionar un accidente a menos que estén contemplados expresamente en la cobertura de esta Póliza.
8. Los que pueda sufrir el Asegurado encontrándose en estado de perturbación mental, sonambulismo o bajo la influencia de drogas, a menos que estas hayan sido prescritas por un médico legalmente autorizado.
9. Los accidentes producidos por infracción de las leyes vigentes en Venezuela o en cualquier otro país donde ocurran siempre y cuando tal infracción en sí constituya un delito en el momento que ocurra.
10. Los causados a sí mismo por el Asegurado.
11. Los sufridos a consecuencia de participación activa en actos delictivos, duelos o riñas callejeras.

Adicionalmente quedan excluidos, siempre que no hayan sido cubiertos mediante Anexo emitido a esta Póliza, los accidentes causados por:

12. La práctica profesional de cualquier deporte o en carreras de cualquier tipo y sus entrenamientos.
13. La práctica no profesional de los siguientes deportes: esquí en cualquiera de sus formas, polo, pesca submarina, buceo, submarinismo, embarcaciones de vela, remo, motor en alta mar, caza, football, judo, karate, rodeo, rugby, boxeo, caza, paracaidismo, vuelo en ícaro, motociclismo, automovilismo y similares, excursiones en alta montaña, patinaje sobre hielo, deportes invernales, trineo, alpinismo y otras de peligrosidad análoga.
14. Los sufridos a consecuencia de viajar como pilotos o miembros de la tripulación de cualquier aeronave que sea privada y no esté debidamente matriculada y tenga al día el correspondiente certificado de aeronavegabilidad.
15. El uso de motocicletas, motonetas o vehículos similares bien sea manejando o viajando como pasajeros en los mismos.

“Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N° 10674 de fecha 26 Noviembre 2007”

**Cláusula 8. BENEFICIARIOS:**

El Beneficiario del Asegurado Titular será el designado por éste en la Solicitud de Seguro, dicho Beneficiario tendrá derecho al monto asegurado correspondiente por el fallecimiento del Asegurado Titular.

El Asegurado Titular tiene derecho durante la vigencia de la Póliza a designar nuevos Beneficiarios, a cuyo efecto participará por escrito al Asegurador dicha designación, anexando copia de la(s) respectiva(s) Cédula(s) de Identidad, y éste emitirá un Anexo haciendo constar tal cambio.

Si todos los Beneficiarios designados en esta Póliza fallecieran estando en vida el Asegurado Titular, y éste no hiciera nueva designación de Beneficiarios, sus herederos legales tendrán la condición de Beneficiarios. Si con anterioridad a la muerte del Asegurado Titular hubieran fallecido algunos de los Beneficiarios designados, corresponderá a los Beneficiarios sobrevivientes, en forma proporcional, la parte de los fallecidos, si el Asegurado Titular no hubiese hecho nueva designación de Beneficiarios.

En caso de que se compruebe que el Beneficiario cause dolosamente el daño quedará nula la designación hecha a su favor. La designación corresponderá al Asegurado Titular o, en su caso, a los herederos legales de éste.

**Cláusula 9. CAMBIO DE OCUPACIÓN:**

Si durante la vigencia de la Póliza, el Asegurado cambia su ocupación por otra clasificada como más peligrosa, está obligado a dar aviso por escrito al Asegurador dentro de los treinta (30) días siguientes a los precitados cambios. El Asegurador al recibir la información reducirá los beneficios que correspondiesen a la verdadera ocupación de acuerdo con la prima pagada, o aumentará la prima cobrando a prorrata hasta el vencimiento de la Póliza la diferencia de la prima resultante por el cambio a un mayor riesgo, a elección del Asegurado y previa aceptación del Asegurador. Si con posterioridad a dicho cambio el Asegurado sufre lesiones mientras está ejecutando algún acto propio de tal ocupación, el Asegurador solamente pagará la parte de las indemnizaciones estipuladas en la Póliza que se hubiesen podido cubrir con la prima ya pagada, teniendo en cuenta la tasa y límites fijados, para tal ocupación más peligrosa.

Si el Asegurado cambia su ocupación por otra clasificada como menos peligrosa, que la indicada en la Solicitud de Seguro, el Asegurador al recibir aviso de tal cambio, reducirá la prima según tarifa devolviendo el exceso a prorrata de la prima no devengada, desde la fecha de notificación del cambio de ocupación y sin interés alguno, o aumentará las sumas aseguradas, según sea el deseo del Asegurado y con el consentimiento expreso del Asegurador. Si ocurriese un siniestro antes de que el Asegurado avisare al Asegurador de dicho cambio a una ocupación menos peligrosa, los beneficios se pagarán como aparece en el Cuadro Recibo de Póliza.

**Cláusula 10. DESAPARICIÓN DEL ASEGURADO:**

Si en el curso de un viaje aéreo o marítimo ocurriese un percance y no se tuvieran noticias del Asegurado por un período no inferior a seis (6) meses, el Asegurador hará efectivo el pago de la indemnización establecida para el caso de muerte.

Si posteriormente apareciera el Asegurado o si tuvieran noticias ciertas de él, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de la suma pagada. En los demás casos regirá lo dispuesto en el Código Civil.

**Cláusula 11. PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACCIDENTE:**

Todo accidente que pueda dar lugar a una reclamación, deberá ser declarado al Asegurador en su Oficina Principal, en su Sucursal o Agencia más cercana, mediante Notificación de Reclamo, en un plazo no mayor de quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de haberlo conocido. Se reconocerá una extensión de quince (15) días continuos para la consignación de toda la documentación requerida por el Asegurador.

Para poder reclamar la indemnización en caso de muerte del Asegurado, los Beneficiarios deberán probar el fallecimiento y sus causas presentando los siguientes documentos: la partida de nacimiento, cédula de identidad, el certificado de defunción expedido por la autoridad competente, certificación médica de la causa del fallecimiento, un informe clínico de los Médicos que hubieren atendido al fallecido. El Asegurador podrá solicitar por una sola vez, cualquier otro documento que considere necesario para determinar su responsabilidad.

En caso de accidente que no ocasione la muerte del Asegurado, éste se compromete a facilitar al Asegurador y a los Médicos que éste designe, autorizándolo automáticamente al firmar la Solicitud de Seguro Individual de Accidentes Personales, para requerir a cualquier instancia, toda clase de informes sobre el accidente sufrido y el régimen de cura, así como someterse a los reconocimientos que dichos Médicos crean necesarios. Así mismo, hará todo lo necesario para la conservación de su vida y su más rápida curación. El incumplimiento de la presente Cláusula y la demostración de que el Asegurado no siguió las prescripciones facultativas, exime al Asegurador de responsabilidad.

El Asegurador podrá solicitar ante los organismos competentes, cuando no esté prohibida por la Ley, la aplicación de la autopsia en caso de muerte.

---

Firma del Tomador

---

Firma Autorizada por  
Seguros Horizonte, S.A.