
PÓLIZA DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO

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, como consecuencia de un siniestro amparado por esta Póliza.

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.

2.2. Asegurado:

Persona natural que en si misma esta expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las Condiciones Particulares y Anexos de la Póliza si los hubiere, a los efectos de esta póliza será el Asegurado Titular y Asegurado Dependiente.

2.3. Asegurado Titular:

A los efectos de esta Póliza será cada uno de los miembros de la organización del Tomador, que tenga con éste una relación permanente de trabajo, gremial, sindical, profesional o de cualquier otra naturaleza siempre que lo vincule con el Tomador un fin común distinto al sólo interés de asegurarse.

2.4. Asegurado Dependiente:

Es la persona que forma parte del grupo familiar del Asegurado Titular para la fecha de emisión de la póliza o la incorporación a la misma, que tiene nexos de dependencia económica con él.

2.5. 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.

2.6. Beneficiario:

Para efectos de esta Póliza el Asegurado Titular es la persona que tiene el derecho de recibir el pago de las indemnizaciones a que hubiere lugar.

2.7. Cuadro Recibo de Póliza:

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

2.8. 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.

2.9. Prima:

Es la contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración del presente contrato. El Tomador esta obligado al pago de la Prima en las condiciones establecidas en la presente Póliza.

2.10. Suma Asegurada:

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

2.11. Tomador:

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

Cláusula 3. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

El Asegurador no estará obligado al pago de la prestación 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 siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario.
3. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario. 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 Asegurado o el Beneficiario no notificare el siniestro dentro de los treinta (30) días continuos de haber conocido la ocurrencia del mismo, salvo por causa extraña no imputable al Asegurado o al Beneficiario.
7. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares y anexos si los hubiere.

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 por escrito 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 periodo 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 el Tomador notifica 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. 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.

La prima que ha de pagar el Tomador al comienzo del contrato se determinará sobre la base de la tarifa vigente del Asegurador, según el número de Asegurados y en atención a los factores que integran dicha tarifa y que corresponden a los Asegurados especificados en las respectivas Solicitudes de Seguro Colectivo. La prima pagada por el Tomador, en el inicio del contrato y en su renovación, dentro de la vigencia correspondiente se ajustará sobre la base de los ingresos y retiros de Asegurados.

El Asegurador no está obligado a cobrar las primas a domicilio ni a dar aviso de sus vencimientos y si lo hiciere, no sentará precedente de obligación y podrá suspender esta gestión en cualquier momento sin previo aviso. No obstante, si en la Póliza no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del Tomador.

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 prestación 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 INEXACTAS 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 seguros, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o terminar el contrato mediante comunicación dirigida al Tomador, en el plazo de un (01) mes contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el Tomador o el Asegurado. En caso de terminación, ésta se producirá a partir del decimosexto (16°) día siguiente a su notificación, siempre y cuando la devolución de la prima correspondiente al periodo que falte por transcurrir, calculada a prorrata, se encuentre a disposición del Tomador en la caja del Asegurador. Corresponderán al Asegurador las primas relativas al período en curso en el momento en que haga esta notificación. El Asegurador no podrá terminar el contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador o el Asegurado actúan con dolo o culpa grave, el Asegurador quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la prima. Cuando el contrato esté referido a varias personas y la reserva o inexactitud se contrajese sólo a una o varias de ellas, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto a las restantes si ello fuere técnicamente posible.

Cláusula 9. FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE:

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

Cláusula 10. PAGO DE INDEMNIZACIONES:

El Asegurador tendrá la obligación de pagar la prestación, dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días continuos, contados a partir de la fecha en que haya recibido el último documento solicitado al Beneficiario, salvo por causa extraña no imputable al Asegurador.

Cláusula 11. RECHAZO DEL SINIESTRO:

El Asegurador deberá notificar por escrito al Beneficiario, dentro del plazo señalado en la Cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que, a su juicio, justifican el rechazo de la prestación exigida.

Cláusula 12. ARBITRAJE:

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

El Superintendente de la Actividad Aseguradora podrá actuar 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 13. CADUCIDAD:

El Beneficiario, perderá todo derecho a ejercer 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 por escrito del rechazo.

En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado a partir del momento en que haya un pronunciamiento escrito 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 14. 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.

Cuando el Asegurado haya sido declarado ausente por un tribunal competente, se aplicará lo dispuesto en el Libro Primero De las personas, Título XII De los no presentes y de los ausentes, Capítulo II De los ausentes, Sección IV De la presunción de muerte y de sus efectos, del Código Civil de la República Bolivariana de Venezuela.

Cláusula 15. MODIFICACIONES:

Toda modificación a las condiciones de la Póliza entrará en vigor una vez que, por escrito, 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 por 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 la Cláusula 4 VIGENCIA DE LA PÓLIZA y Cláusula 6 PRIMA, 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 Cuadro Recibo de Póliza, 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 renovar 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 16. 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 el Cuadro Recibo de Póliza, según sea el caso.

Cláusula 17. DOMICILIO ESPECIAL:

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. OBJETO DEL SEGURO:

Mediante este seguro el Asegurador se obliga, dentro de los límites establecidos en estas Condiciones Particulares, a pagar la suma asegurada indicada en el Cuadro Recibo de Póliza, con motivo de la eventual muerte natural o accidental del Asegurado durante el período de duración del seguro.

Cláusula 2. PERSONAS ASEGURABLES:

Son asegurables al momento de contratación de la Póliza las personas que se especifican a continuación:

2.1 Asegurado Titular: sin límite de edad.

Cláusula 3. COBERTURAS ADICIONALES:

Las siguientes coberturas tendrán validez por un período igual al de la vigencia del contrato hasta por el límite máximo de cobertura suscrito, siempre que su contratación aparezca indicada en el Cuadro Recibo de Póliza:

3.1 Beneficio Adicional por Muerte Accidental.

El Asegurador cubre el fallecimiento del Asegurado Titular, por causa accidental acaecido dentro de los ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha de haber ocurrido el accidente y antes de haber cumplido el Asegurado sesenta y cinco (65) años de edad.

Si el Tomador abonare una o más primas correspondientes a esta cobertura, después de haber cumplido el Asegurado sesenta y cinco (65) años de edad o después que el Asegurador le haya otorgado el Beneficio de Exoneración de Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente, esto no causará prórroga de la cobertura sino sólo el reintegro de las primas percibidas indebidamente por el Asegurador.

3.2 Beneficio Adicional por Desmembramiento o Inhabilitación Funcional Total y Permanente.

El Asegurador cubre las pérdidas descritas en la Tabla de Indemnizaciones, sufridas por el Asegurado por causa accidental acaecidas dentro de los ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha de haber ocurrido el accidente y antes de haber cumplido el Asegurado sesenta y cinco (65) años de edad.

Tabla de Indemnizaciones	Porcentaje de la Suma Asegurada
Pérdida de ambas manos o brazos o ambos pies o piernas.	100
Pérdida de una mano o brazo y un pie o una pierna.	100
Pérdida completa de la vista de ambos ojos.	100
Pérdida de una mano o un brazo.	50
Pérdida de un pie o una pierna.	50
Pérdida completa de la vista de un ojo.	50
Pérdida completa bilateral del oído o del habla.	30
Pérdida total del dedo pulgar o índice (dos o más falanges).	15
Pérdida total de cualquier otro dedo de la mano o pie (dos o más falanges).	3

A los efectos de esta cobertura se entenderá por pérdida, la amputación o la inutilización por impotencia funcional absoluta y definitiva.

Si un mismo accidente da origen a más de una pérdida, el beneficio total a pagar se establecerá sumando los porcentajes de cada una de las pérdidas, sin que el monto total exceda de la suma asegurada por esta cobertura.

Si el Tomador abonare una o más primas correspondientes a esta cobertura, después de haber cumplido el Asegurado sesenta y cinco (65) años de edad o después que el Asegurador le haya otorgado el Beneficio de Exoneración del Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente, esto no causará prórroga de la cobertura sino sólo el reintegro de las primas percibidas indebidamente por el Asegurador.

3.3 Beneficio Adicional por Incapacidad Total y Permanente.

El Asegurador se obliga a pagar la suma asegurada correspondiente al recibir pruebas fehacientes de que el Asegurado quedó incapacitado totalmente por enfermedad o accidente, de modo tal que esté inhabilitado para cualquier clase de trabajo u ocupación remunerada o productiva en forma permanente y antes de cumplir la edad de sesenta (60) años, siempre y cuando haya sido asegurado por esta cobertura antes de haber cumplido cincuenta y cinco (55) años de edad.

Si el Tomador abonare una o más primas correspondientes a esta cobertura, después de haber cumplido el Asegurado sesenta (60) años de edad o después que el Asegurador le haya otorgado el Beneficio de Exoneración del Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente, esto no causará prórroga de la cobertura sino sólo el reintegro de las primas percibidas indebidamente por el Asegurador.

3.4 Beneficio de Gastos por Fallecimiento.

El Asegurador cubre los gastos realizados por el Asegurado en caso de fallecimiento de: el cónyuge, la concubina o concubino cuando no exista cónyuge, los hijos con edades inferiores a veintitrés (23) años de edad y los padres.

Cláusula 4. EXCLUSIONES:

Esta Póliza no cubre el fallecimiento del Asegurado producido por o a consecuencia de:

- a) Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido o no declaración de guerra), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra intestina, guerra civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o cualquier acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con cualquier organización que realice actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.
- b) La utilización de armas nucleares o químicas.
- c) Fisión o fusión nuclear.
- d) Contaminación radiactiva.
- e) Suicidio ocurrido antes de que hubiese pasado un (1) año completo e ininterrumpido desde la fecha de la celebración del contrato, desde su rehabilitación o desde el aumento de la suma asegurada solicitada por el Tomador o el Asegurado. En este último caso, el plazo se considerará solo para el pago del incremento de la suma asegurada.

Cláusula 5. EXONERACIÓN DEL PAGO DE PRIMAS POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE:

Si cualquier Asegurado con su seguro en vigencia y antes de haber cumplido la edad de sesenta y cinco (65) años se incapacitare total y permanentemente para el trabajo, como consecuencia de un accidente o enfermedad durante como mínimo seis (6) meses ininterrumpidos, el Asegurador exonerará al Tomador del pago de las primas correspondientes a dicho Asegurado, el cual continuará en vigor mientras dure la incapacidad y siga vigente la Póliza.

El Asegurador se reserva el derecho de pedir pruebas en cualquier momento de la existencia y continuación de la incapacidad a los médicos que éste designare, siendo los gastos de tal comprobación por cuenta del Asegurador. Si el Asegurado volviere a encontrarse en condición de desempeñar cualquier ocupación remunerada o productiva, se empezará de nuevo a pagar las primas a partir de ese momento.

Cláusula 6. DECLARACIÓN ERRÓNEA DE LA EDAD:

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, sin que se demuestre que haya dolo o mala fe, el Asegurador no podrá resolver unilateralmente el contrato a menos que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por el Asegurador.

Si la edad del Asegurado estuviese comprendida dentro de los límites de admisibilidad, se aplicarán las reglas siguientes:

1. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación del Asegurador se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
2. Si el Asegurador hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior.
3. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, el Asegurador estará obligado a reembolsar el exceso de las primas percibidas, sin intereses. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
4. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la Solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, el Asegurador estará obligado a pagar al Beneficiario la suma que por las primas canceladas corresponda de acuerdo con la edad real.

Cláusula 7. BENEFICIARIO:

Es la persona designada por el Asegurado Titular en la Solicitud de Seguros, para recibir la indemnización correspondiente en caso de su fallecimiento.

El Beneficiario debe ser identificado en forma inequívoca y que haga posible su diferenciación de otra persona o del resto de los Beneficiarios. Igualmente deberá indicarse la proporción en la cual concurrirá en el importe de la prestación convenida. En caso de inexactitud o error en el nombre del Beneficiario que haga imposible su identificación, dará derecho a acrecer la prestación convenida a favor de los demás Beneficiarios designados.

A falta de designación de Beneficiarios o en caso de inexactitud o error en el nombre del Beneficiario único que haga imposible su identificación, la prestación convenida se pagará en partes iguales a los herederos legales del Asegurado.

A falta de designación de la proporción que corresponda a todos los Beneficiarios o para alguno en particular, la prestación convenida se pagará en partes iguales, para el primer caso, o acrecerá para el resto de los Beneficiarios, en el segundo caso.

Si la designación se hace a favor de los herederos del Asegurado, sin mayor especificación, se considerarán como Beneficiarios aquellos que tengan la condición de herederos legales, para el momento del fallecimiento del Asegurado.

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

La cualidad de Beneficiario, aun cuando fuere irrevocable, no tendrá efectos si éste atentase contra la vida o integridad personal del Asegurado o fuese declarado cómplice del hecho, mediante sentencia definitivamente firme, en cuyo caso la prestación a la que tiene derecho acrecerá a favor de los otros Beneficiarios designados.

Cláusula 8. INICIO DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO:

La cobertura de cada uno de los Asegurados inscritos inicialmente comenzará en la fecha de efecto de esta Póliza. Para los que sean admitidos posteriormente a esta fecha, el seguro comenzará en la fecha de su notificación al Asegurador.

Cláusula 9. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

Los beneficios otorgados bajo la presente Póliza cesarán automáticamente en la oportunidad en que ocurra cualquiera de las siguientes causas:

- a) En la fecha de terminación del Contrato de Seguro.
- b) En la fecha en que termine la relación laboral con el Tomador.
- c) Al final del año póliza en que ocurra el fallecimiento del Asegurado Titular.
- d) En la fecha que el Tomador notifique la exclusión de los Asegurados.

Cláusula 10. OBLIGACIONES DEL TOMADOR:

El Tomador se compromete a:

- a) Encargarse del proceso de negociación y formalización del Contrato de Seguro.
- b) La tramitación del pago de primas.
- c) Suministrar al Asegurador, la Solicitud de Seguro de los Asegurados Titulares, con toda la información en ella requerida (previamente verificada). Cada Asegurado deberá llenar individualmente una Solicitud de Seguro, con indicación de sus datos personales y de sus Beneficiarios, como también deberá notificar al Asegurador cualquier modificación de la misma.
- d) Revisar las informaciones y avisos o notificaciones de reclamo, antes de ser enviados al Asegurador.
- e) Facilitar al Asegurador mensualmente un listado de exclusiones de Asegurados, así como de Solicitudes de Seguros de los miembros que aspiren ingresar a la Póliza.

Cláusula 11. PRIMAS O DEVOLUCIONES DE PRIMAS POR INGRESOS O EGRESOS DE ASEGURADOS:

El Tomador se obliga a comunicar por escrito al Asegurador dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha en que ocurra, la incorporación o desincorporación del Asegurado al grupo que se origine en cada uno de los meses de vigencia de la Póliza. Los movimientos se harán efectivos a partir de la fecha de su notificación.

El Asegurador hará el ajuste de prima correspondiente y emitirá un listado contentivo de los cambios solicitados y aceptados por éste.

Los cobros o devoluciones de prima a que dieran lugar dichos ingresos o egresos serán calculados a prorrata desde el día que se hacen efectivos y hasta la culminación del año Póliza.

Cláusula 12. REQUISITOS PARA EL PAGO DE LA PRESTACIÓN:

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, los Beneficiarios deberán dar aviso al Asegurador mediante formulario de notificación de reclamo completamente lleno, suministrado por el Asegurador, además de consignar los recaudos que se mencionan a continuación, en un plazo no mayor de treinta (30) días continuos y siguientes a la fecha en que tuvo conocimiento de la ocurrencia del fallecimiento.

1. Fotocopia de la partida de nacimiento y de la cédula de identidad del Asegurado fallecido.
2. Acta de defunción del Asegurado fallecido, expedida por las autoridades competentes conforme a la Ley.
3. Certificado del médico forense donde se indique causa del fallecimiento.
4. Informe de las autoridades competentes que tuvieron conocimiento del hecho, si fuere el caso.
5. Informe del médico que atendió al Asegurado, indicando el origen y la evolución de la enfermedad que causó el fallecimiento, de ser el caso.
6. Declaración de herederos legales del Asegurado en caso de no existir Beneficiarios designados en la Póliza.
7. Fotocopia de la partida de nacimiento y cédula de identidad de los Beneficiarios y/o herederos legales.
8. Fotocopia del Acta de matrimonio o constancia de unión estable de hecho.
9. Autorización del Juez de Protección del Niño, Niña y del Adolescente o de Primera Instancia en lo Civil, nombrando a la persona que deberá retirar la prestación correspondiente, cuando el Beneficiario sea niño, niña o adolescente.

Cuando el Asegurado fallezca fuera de la República Bolivariana de Venezuela, todos los documentos probatorios deberán ser traducidos al idioma español y estar sellados por el Consulado o Embajada del país donde ocurrió el fallecimiento.

- 12.1. Al ocurrir el fallecimiento de algún familiar del Asegurado amparado por esta Póliza, éste deberá consignar fotocopia de su Cédula de Identidad y Partida de Nacimiento adicionalmente a la Acta de Defunción y fotocopia de la Cédula de Identidad del familiar fallecido.
- 12.2. Para el pago de la suma asegurada por Desmembramiento el Asegurado deberá consignar los informes médicos sobre el accidente sufrido que provocó la pérdida y en caso de que el Asegurado quedare Incapacitado Total y Permanentemente deberá certificar la Incapacidad presentando los informes de los médicos que lo hayan tratado desde el principio de la enfermedad o accidente que originó la Incapacidad.

Siempre que sea necesario, el Asegurador tiene el derecho de exigir, en sólo una oportunidad, cualquier otro recaudo no previsto anteriormente, dentro de un lapso que no podrá exceder a los quince (15) días hábiles contados a partir de la fecha de entrega del último recaudo exigido. El Asegurado contará con diez (10) días hábiles contados a partir de la petición que le haga el Asegurador, para presentar el recaudo solicitado, salvo causa extraña no imputable al Asegurado.

Cláusula 13. BENEFICIO POR CONTINUIDAD:

El Asegurado que dejaré de pertenecer a la organización Tomador, después de haber estado amparado durante un (1) año por lo menos, podrá solicitar por escrito al Asegurador la emisión de un seguro de vida individual, hasta por el mismo monto que tenía en la Póliza Colectiva, sujeto al pago de la prima acorde con la edad alcanzada conforme a la tarifa vigente del plan de Seguro de Vida Individual escogido.

Cláusula 14. INDISPUTABILIDAD:

El Asegurador no podrá impugnar este contrato una vez transcurrido el plazo de un año (01) año, a contar desde la fecha de su celebración, salvo que el Tomador o el Asegurado haya actuado con dolo.

Firma del Tomador

Firma Autorizada por
Seguros Horizonte, S. A.