

Póliza de Seguro “VIDAGLOBAL”

ZURICH SEGUROS, S.A. en adelante denominada la ASEGURADORA, Registro de Información Fiscal (R.I.F.) N° J-00034024-2, debidamente inscrita en el Registro Mercantil Segundo de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda en fecha 9 de agosto de 1951, bajo el N° 672 del Tomo 3-C, e inscrita su modificación de cambio de nombre en fecha 25 de abril del 2001, bajo el N° 58, Tomo 72-A-Sgdo; con ubicación de su Sede Principal en la Avenida Francisco de Miranda, Centro Sudamérica, Piso 7 y 8, Urbanización El Rosal, Caracas; representada en este contrato por el Sr. JOSE SOSA, C.I.: V-11.314.923, en su condición de Gerente U.E.N. PARTICULARES Y MERCADOS MASIVOS, emite la presente Póliza con las siguientes características:

CONDICIONES GENERALES

1. OBJETO DEL SEGURO.

Mediante este seguro de personas la ASEGURADORA se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, y a indemnizar al BENEFICIARIO la prestación correspondiente en caso de siniestro cubierto por esta Póliza y hasta por la Suma Asegurada indicada como límite en la Solicitud y Cuadro Recibo de Póliza.

2. DEFINICIONES.

ASEGURADORA: ZURICH SEGUROS, S.A. quien asume los riesgos y se obliga en virtud del presente contrato.

TOMADOR: Persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena traspasa los riesgos a la ASEGURADORA, celebrando el presente contrato y se obliga a efectuar el pago de las primas.

BANCO: BANCO DE VENEZUELA, S.A. BANCO UNIVERSAL, ente responsable de todo lo relacionado con la recaudación de las primas del seguro “VIDAGLOBAL”, en virtud de que el TOMADOR es cliente de dicho banco y entregará la póliza y la Solicitud y Cuadro de Póliza.

ASEGURADO: Persona natural expuesta a los riesgos cubiertos por esta Póliza.

BENEFICIARIO(S): Persona o personas designada(s) por el ASEGURADO, e identificada en la Solicitud y Cuadro Recibo de Póliza, para recibir de la ASEGURADORA los beneficios que el contrato de seguro determina. En caso de no existir BENEFICIARIO identificado en la Solicitud y Cuadro Recibo de Póliza, los BENEFICIARIOS serán los herederos legales del ASEGURADO.

BENEFICIARIO PREFERENCIAL: Ente Jurídico designado por el ASEGURADO para recibir de la ASEGURADORA los beneficios que esta Póliza de seguro determina, en virtud de la deuda del ASEGURADO con dicha entidad.

DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO: Las condiciones generales, las condiciones particulares, la Solicitud y Cuadro Recibo de Póliza y los anexos que se emitan para complementarlo o modificarlo.

SOLICITUD Y CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA: Documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: número de la Póliza, nombre del TOMADOR, del ASEGURADO y del BENEFICIARIO, identificación completa del Banco, de la ASEGURADORA, de su representante 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, porcentaje de indemnización y firmas de la ASEGURADORA y del TOMADOR.

EDAD: Será la que corresponda al cumpleaños del ASEGURADO a la fecha de su inscripción en la Póliza, cumpliendo año sucesivamente en cada aniversario de dicha fecha.

SUMA ASEGURADA: Monto, indicado en la Solicitud y Cuadro Recibo de la Póliza, que la ASEGURADORA pagará al ASEGURADO y/o BENEFICIARIOS en caso de siniestro cubierto por la Póliza.

CONDICIONES PARTICULARES: Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.

3. VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

La ASEGURADORA 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 la ASEGURADORA o cuando ésta participe su aceptación a la solicitud efectuada por el TOMADOR según corresponda.

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

4. RENOVACIÓN.

El contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración 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.

5. PRIMAS.

El TOMADOR debe la Prima desde el momento de la celebración del contrato y será exigible contra la entrega de la Póliza, Solicitud y Cuadro Recibo 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, la ASEGURADORA tendrá derecho a resolver la Póliza o a exigir el pago de la prima debida con fundamento en la Póliza.

Todas las Primas correspondientes a este contrato serán pagadas a través de cargos mensuales, trimestrales o anuales, según sea el caso, previa autorización del TOMADOR, en las cuentas que designare para tal fin.

El pago de una Prima solamente conserva en vigor el contrato o cualquiera de sus anexos por el tiempo al cual corresponde dicho pago. La forma de pago de la Prima se hará constar en la Solicitud y Cuadro Recibo de la Póliza.

6. PERÍODO DE GRACIA.

La ASEGURADORA concede un plazo de gracia para el pago de las Primas de renovación de quince (15) días continuos para pólizas pagaderas mensualmente y treinta (30) días continuos para el resto de las pólizas, 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, la ASEGURADORA 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.

7. DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD.

La ASEGURADORA deberá participar al TOMADOR o al ASEGURADO, en un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la Solicitud y Cuadro Recibo de la Póliza, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver la Póliza mediante comunicación dirigida al TOMADOR o al ASEGURADO, 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 se encuentre a disposición del ASEGURADO en la caja de la ASEGURADORA, la porción de la Prima no consumida. Corresponderán a la ASEGURADORA las Primas relativas al período transcurrido hasta el momento en que haga esta notificación. La ASEGURADORA 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 la ASEGURADORA haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiese establecido de haber conocido la verdadera entidad del riesgo.

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 la ASEGURADORA de haberlas conocido no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

8. TERMINACIÓN DEL SEGURO.

En los seguros de vida no existe la terminación anticipada, razón por la cual este seguro no podrá terminarse hasta tanto no finalice el período de vigencia de la Póliza.

9. BENEFICIARIOS.

El ASEGURADO tiene el derecho de designar en la Solicitud y Cuadro Recibo de la Póliza a sus BENEFICIARIOS, si la designación se hace a favor de varios BENEFICIARIOS, la prestación convenida se distribuirá en partes iguales, salvo convención en contrario.

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.

En el caso de que los BENEFICIARIOS fueren los herederos del ASEGURADO, la ASEGURADORA queda autorizada por éste a pagar el monto del seguro a aquellos herederos que hubieren comprobado tal carácter durante los ciento ochenta (180) días continuos subsiguientes de haber conocido la ocurrencia de la muerte del ASEGURADO, considerando a éstos como sus BENEFICIARIOS, y quedando exenta de toda responsabilidad la ASEGURADORA para con los herederos que no hayan concurrido dentro del plazo señalado a reclamar por escrito sus beneficios y comprobar su calidad de herederos.

El ASEGURADO tiene derecho en cualquier momento de cambiar de BENEFICIARIOS.

No obstante, en caso de haberse designado BENEFICIARIO PREFERENCIAL, la ASEGURADORA indemnizará en primer lugar a éste el monto de la deuda sin exceder de la Suma Asegurada, aplicándose lo anteriormente expuesto al remanente, si lo hubiese.

10. PÉRDIDA DE LA CUALIDAD DE BENEFICIARIO.

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.

La designación del BENEFICIARIO queda sin efecto en caso de embargo del crédito derivado del seguro o de quiebra o de cesión de bienes del TOMADOR; pero recobra de pleno derecho su vigencia una vez suspendida la medida de embargo, o tan pronto como cesen los efectos de la quiebra o de la cesión de bienes.

11. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.

La ASEGURADORA no pagará la indemnización en los siguientes casos:

- a) Si el ASEGURADO, el BENEFICIARIO, el BENEFICIARIO PREFERENCIAL o la Persona Beneficiaria presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios.
- b) Si el ASEGURADO, el BENEFICIARIO, el BENEFICIARIO PREFERENCIAL o la Persona Beneficiaria no puede probar la ocurrencia del siniestro.
- c) Si el ASEGURADO, el BENEFICIARIO, el BENEFICIARIO PREFERENCIAL o la Persona Beneficiaria no cumplierse con las obligaciones establecidas en el numeral 5. denominado PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO de las Condiciones Particulares, a menos que se compruebe que dejó de realizarse por una causa extraña no imputable al ASEGURADO, a su REPRESENTANTE, al BENEFICIARIO, al BENEFICIARIO PREFERENCIAL o la Persona Beneficiaria según sea el caso.
- d) Si el ASEGURADO o el BENEFICIARIO actuasen con dolo o si el siniestro a sido ocasionado por dolo del ASEGURADO, del BENEFICIARIO.
- e) Si el ASEGURADO o el BENEFICIARIO actuasen con culpa grave, o si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del TOMADOR, del ASEGURADO o del BENEFICIARIO, no obstante la ASEGURADORA estará obligada 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 la ASEGURADORA en lo que respecta a la Póliza.
- f) Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares y Anexos de la Póliza.

12. MODIFICACIONES.

Toda modificación de esta Póliza entrará en vigor a partir de la fecha en que el TOMADOR o el ASEGURADO, según sea el caso, notifique su consentimiento a la proposición formulada por la ASEGURADORA, o cuando ésta participe al TOMADOR o al ASEGURADO su aceptación a la solicitud de modificación por éste efectuada.

13. PAGO DE INDEMNIZACIONES

La ASEGURADORA tendrá la obligación de indemnizar el monto del siniestro cubierto dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que la ASEGURADORA haya recibido el último recaudo, salvo por causa extraña no imputable a la ASEGURADORA.

14. RECHAZO DEL SINIESTRO.

La ASEGURADORA deberá notificar por escrito dentro del plazo señalado en el numeral anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo total o parcial de la indemnización exigida.

15. 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.

16. CADUCIDAD.

El TOMADOR, el ASEGURADO, el BENEFICIARIO, el BENEFICIARIO PREFERENCIAL o la Persona Beneficiaria perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra la ASEGURADORA o convenir con ésta el Arbitraje previsto en el numeral 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 año (1) contado a partir de la fecha en que la ASEGURADORA hubiere efectuado el pago o el servicio.

En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado desde el momento en que haya un pronunciamiento por parte de la ASEGURADORA.

Cuando el ASEGURADO haya sido declarado ausente por un Tribunal competente, se aplicarán los procedimientos y plazos previstos en el Código Civil y Código de Comercio, ambos de la República Bolivariana de Venezuela.

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

17. 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.

18. 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 de la ASEGURADORA o a la dirección del TOMADOR o del ASEGURADO que conste en la Póliza, según sea el caso.

19. ANEXOS.

Solamente los funcionarios autorizados por la ASEGURADORA tendrán facultad para emitir anexos a la presente Póliza. Para que éstos tengan validez y puedan considerarse parte integrante de la misma, deben ser emitidos en los formularios usuales de la ASEGURADORA y estar debidamente sellados y firmados por uno de sus funcionarios autorizados, por el TOMADOR. Los Anexos prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales.

20. MONEDA.

Todos los pagos hechos por el TOMADOR deben ser ejecutados en moneda de curso legal en el país. A su vez, es obligatorio para la ASEGURADORA atender el cumplimiento de sus compromisos en el mismo tipo de moneda.

21. DOMICILIO.

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

CONDICIONES PARTICULARES

1. DEFINICIÓN:

Enfermedad pre-existente: Toda enfermedad que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de celebración de la presente Póliza, y que sea conocida por el TOMADOR o el ASEGURADO. **Hechos Delictivos:** El acto típicamente antijurídico, culpable, sometido a veces a condiciones objetivas de penalidad, imputable a un hombre y sometido a una acción penal.

2. RIESGOS CUBIERTOS.

Mediante la presente Póliza la ASEGURADORA garantiza al ASEGURADO, BENEFICIARIO o BENEFICIARIO PREFERENCIAL, según sea el caso, la indemnización indicada en la Solicitud y Cuadro Recibo de la Póliza de acuerdo con las siguientes coberturas:

- a. Muerte por cualquier causa.
- b. Muerte Accidental.
- c. Pago Adicional por Enfermedades Graves.
- d. Servicio de Asistencia al Viajero.

CONDICIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA

a. Mediante esta Cobertura se indemnizará al BENEFICIARIO PREFERENCIAL y/o a los BENEFICIARIOS, según sea el caso, la Suma Asegurada indicada en la Solicitud y Cuadro Recibo de la Póliza al ocurrir la muerte del ASEGURADO.

a.1. SUICIDIO.

En caso de suicidio del ASEGURADO ocurrido antes de que hubiese pasado un (1) año desde la celebración del contrato, la ASEGURADORA no pagará la prestación convenida.

a.2. LIBRE DE RESTRICCIONES.

Esta cobertura no contiene restricciones para el ASEGURADO en lo que se refiere a viajes, ocupación o residencia, salvo que el fallecimiento del ASEGURADO derive de su participación activa en hechos delictivos.

a.3. INDISPUTABILIDAD.

No obstante, lo establecido en el numeral 7. denominado "DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD" de las Condiciones Generales de esta Póliza, la ASEGURADORA no podrá impugnar esta cobertura una vez transcurrido el plazo de un (1) año a contar desde la fecha de celebración del contrato, salvo que el TOMADOR o el ASEGURADO haya actuado con dolo, en cuyo caso la ASEGURADORA quedará liberada del pago de la prestación y de la devolución de prima no consumida correspondiente.

a.4. EDAD.

La edad del ASEGURADO será calculada de acuerdo con la fecha de nacimiento de su cédula de identidad, partida de nacimiento o cualquiera de los demás medios permitidos por la Ley



ZURICH

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

para tales fines. Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del ASEGURADO, la ASEGURADORA no podrá resolver unilateralmente esta cobertura a menos que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la ASEGURADORA, pero en este caso se devolverá al TOMADOR la Prima no consumida.

Si la edad del ASEGURADO estuviese comprendida dentro de dichos límites, se aplicarán las reglas siguientes:

- a) Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pague una Prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la ASEGURADORA 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.
- b) Si la ASEGURADORA hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del ASEGURADO, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
- c) Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una Prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la ASEGURADORA estará obligada a reembolsar el exceso de las Primas percibidas, sin intereses. Las Primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
- d) Si con posterioridad a la muerte del ASEGURADO se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la Solicitud y Cuadro Recibo de la Póliza, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la ASEGURADORA estará obligada a pagar al BENEFICIARIO PREFERENCIAL o a los BENEFICIARIOS, según sea el caso, la suma que por las Primas canceladas corresponda de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige el presente numeral se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

CONDICIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE MUERTE ACCIDENTAL

b. Si durante la vigencia de esta cobertura ocurre un accidente cubierto por la misma, que ocasione la muerte al ASEGURADO, la ASEGURADORA, adicionalmente a la indemnización por la Cobertura de Muerte por Cualquier Causa, indemnizará al BENEFICIARIO PREFERENCIAL y/o a los BENEFICIARIOS, según sea el caso, la Suma Asegurada indicada en la Solicitud y Cuadro Recibo de la Póliza para esta cobertura.

b.1. ACCIDENTE: Es toda lesión corporal sufrida por el ASEGURADO derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del TOMADOR, del ASEGURADO, del BENEFICIARIO o BENEFICIARIO PREFERENCIAL que produzca la muerte.

b.2. COMPROBACIÓN DEL ACCIDENTE.

Para tener derecho a la indemnización por accidente, el BENEFICIARIO PREFERENCIAL y/o los BENEFICIARIOS deberán suministrar a la ASEGURADORA las pruebas necesarias para la comprobación de las causas del accidente, la forma en que se produjo y las consecuencias del mismo, reservándose la ASEGURADORA el derecho y la oportunidad de hacer exhumar el cadáver y practicar la autopsia.

Además la ASEGURADORA tendrá el derecho de exigir del BENEFICIARIO PREFERENCIAL y/o de los BENEFICIARIOS toda clase de información acerca del accidente y de sus consecuencias, así como cualquier documento para comprobar el derecho a una indemnización, conforme a lo establecido en el numeral 5 denominado PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO de estas condiciones particulares.

b.3. EXCLUSIONES.

Quedan excluidos los accidentes:

- a) **Provocados intencionalmente por el ASEGURADO, por el TOMADOR o por el BENEFICIARIO.**
- b) **Originados por su estado de embriaguez o perturbación mental.**
- c) **Determinados por suicidio o tentativa de suicidio.**
- d) **Ocasionados a consecuencia de guerra, insurrección, movimientos telúricos, inundación, terrorismo, motín o conmoción civil, daños maliciosos y cualquier hecho que las leyes califiquen como delitos contra la seguridad interior del Estado.**
- e) **Originados por haber tomado parte en carreras de cualquier naturaleza, ya sea como piloto, conductor o acompañante.**
- f) **Resultantes de duelos, peleas o riñas, salvo el caso de legítima defensa así declarada por la autoridad competente.**
- g) **Ocurridos mientras el ASEGURADO se encuentre viajando como piloto o tripulante de cualquier tipo de aeronave, o como pasajero de helicóptero.**
- h) **Ocasionados por ascensiones aéreas, salvo el caso en que el ASEGURADO viajara como pasajero en línea de tráfico regular de navegación aérea de pasajero.**
- i) **Provocado o derivado de la participación activa del ASEGURADO en hechos delictivos.**
- j) **Provocados por violación a cualquier Ley.**
- k) **Ocasionados por operaciones submarinas.**
- l) **Producidos por enfermedades mentales o corporales de cualquier naturaleza, así como los ocasionados por rayos X, rayos láser o por cualquier contaminación radioactiva.**
- m) **Provocados por intoxicaciones e infecciones bacteriales.**
- n) **Provocados por la practica de deporte profesionales.**

CONDICIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE PAGO ADICIONAL POR ENFERMEDADES GRAVES

c. Si durante la vigencia de la Póliza la ASEGURADORA recibiera pruebas fehacientes de que al ASEGURADO se le ha diagnosticado, sufrido o desarrollado una de las condiciones que conllevan las enfermedades graves indicadas en el siguiente apartado, la ASEGURADORA indemnizará al ASEGURADO la Suma Asegurada establecida en la Solicitud y Cuadro Recibo de la Póliza, en forma de indemnización única y definitiva librando a la ASEGURADORA de cualquier otra obligación por esta cobertura. La Suma Asegurada para esta cobertura será igual al veinticinco (25%) por ciento de la Suma Asegurada correspondiente a la Cobertura de Muerte por Cualquier Causa.

c. 1. DEFINICIONES.

Para los efectos de esta cobertura se entiende por enfermedades graves:

c.1.1. Infarto al Miocardio: Muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico se basa en: un historial de dolores torácicos típicos, nuevos cambios de Electro Cardiograma y una elevación de las enzimas cardíacas.

c.1.2. Cáncer: Enfermedad provocada por un tumor maligno cuyas características son el crecimiento y la multiplicación incontrolada de células malignas y la invasión de tejidos. El término cáncer incluye también la Leucemia y enfermedades malignas del sistema linfático.

c.1.3. Derrame o Hemorragia e Infarto Cerebrales: Cualquier incidencia cerebro-vascular con secuelas neurológicas de una duración de más de 24 horas, que incluye la muerte de tejido cerebral, hemorragia y embolia originada en una fuente extracraneal. En esta enfermedad tiene

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

c.1.4. Cirugía Arterio – Coronaria: Intervención quirúrgica a corazón abierto para la recuperación de dos (2) o más arterias coronarias, las cuales se encuentran torcidas o bloqueadas, implantando un by-pass coronario (CABG). La necesidad de tal intervención quirúrgica tiene que haber sido comprobada mediante la angiografía coronaria.

c.1.5. Insuficiencia Renal: Etapa final de una enfermedad crónica de ambos riñones, que significa la pérdida total e irreversible del funcionamiento de éstos, por lo cual se hace necesario regularmente la diálisis renal o el trasplante de riñón.

c.1.6. Cirugía para una Enfermedad de la Aorta: Intervención quirúrgica para una enfermedad de la aorta que necesita una escisión y reemplazamiento quirúrgico de la aorta enferma con un injerto. Para el propósito de esta definición, se entiende por aorta la torácica y abdominal aorta, pero no sus ramas.

c.1.7. Reemplazo de la Válvula del Corazón: Intervención quirúrgica para el reemplazo de una o más válvulas coronarias con válvulas artificiales. Esto incluye el reemplazo de válvulas aórtica, mitral, tricúspida y pulmonar, con válvulas artificiales debido a estenosis o incompetencia o una combinación de estas condiciones.

c.1.8. Trasplante de Órganos: Intervención quirúrgica al ASEGURADO mediante el cual se transplanta cualquiera de los órganos (o parte de uno de ellos), que se mencionan a continuación, proveniente de un donante humano fallecido o vivo. Los únicos trasplantes de órganos que están cubiertos bajo esta Póliza son los de: Corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado y médula ósea o alguna combinación de éstos, siempre que sea médicamente necesario.

c.1.9. Parálisis: Total y permanente pérdida del uso de dos (2) o más extremidades por parálisis debido a un accidente o enfermedad.

c.1.10. Esclerosis Múltiple: Anormalidades neurológicas producido por la degeneración de tejido neural endurecido, que existan por un período continuo de al menos tres (3) meses y al menos una recaída de esas anormalidades. Deben estar evidenciadas por un síntoma típico de afectación de las funciones sensoriales y motoras.

c.2. Medicamento necesario o Necesidad Médica: Es el tratamiento, servicio, suministro, medicamento o estancia en un hospital o centro de trasplante o parte de una estancia en un hospital o centro de trasplante, el cual:

- a) Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de la Persona Asegurada.
- b) No excede en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
- c) Ha sido prescrito por un médico.
- d) Es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en Venezuela; o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento; y
- e) En el caso de un paciente internado en un hospital o centro de trasplante, no puede ser administrado fuera de dicha institución sin riesgo para el paciente.

c.3. PERÍODO DE ESPERA O APLAZAMIENTO.

A partir de la fecha del inicio de vigencia de esta cobertura se establece un período de espera de tres (3) meses antes de que un siniestro este amparado por esta cobertura.

Se aplicará un período de aplazamiento de treinta (30) días contados a partir del diagnóstico de la enfermedad, para que el ASEGURADO tenga derecho a la Suma Asegurada contratada en este seguro.

c.4. EXCLUSIONES.

En lo que se refiere a las enfermedades amparadas por esta cobertura, quedan excluidas las enfermedades que hayan sido causadas a consecuencia de:

- a) **Intento de suicidio o autolesión intencionada por parte del ASEGURADO.**
- b) **Adicción al alcohol o drogas, siempre y cuando éstas últimas no hayan sido prescritas por un médico.**
- c) **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (S.I.D.A.)**
- d) **Cáncer no invasivo e in-situ, así como el cáncer de piel, excepto melanoma de invasión.**
- e) **La angiografía o cualquier otra intervención intra-arterial.**
- f) **Daños de la aorta producto de traumatismos.**
- g) **Reparación de válvulas, valvutomía y valvuloplastía.**
- h) **Enfermedad pre-existente.**

CONDICIONES APLICABLES A LA COBERTURA DE SERVICIO DE ASISTENCIA AL VIAJERO

d. Mediante este servicio las personas beneficiarias disponen de la prestación de los servicios de asistencia al viajero descritos más adelante, por la ocurrencia de Accidente o Enfermedad acaecida únicamente cuando la persona beneficiaria se encuentre de viaje.

d.1. PERSONAS BENEFICIARIAS

A los efectos de este Servicio, se consideran personas beneficiarias:

- La persona que aparezca como ASEGURADO en la Solicitud y Cuadro Recibo de la Póliza.
- El Cónyuge, ascendientes y descendientes en primer grado de consanguinidad del ASEGURADO, siempre que convivan con éste y a sus expensas, aunque viajen por separado.

d.2. TERRITORIALIDAD

Los Servicios de asistencia serán válidos en todo el mundo, siempre y cuando la persona beneficiaria se encuentre a más de veinticinco (25) kilómetros del domicilio habitual.

Las garantías referidas en los numerales d.3, d.4 d.5 tendrán validez desde el domicilio de la persona beneficiaria y los numerales d.9, d.10, d.11, d.12 y d.13 tendrán validez únicamente en el extranjero, es decir fuera de Venezuela.

d.3. ORIENTACIÓN MÉDICA

En caso que la persona beneficiaria presente en su domicilio algún síntoma de enfermedad repentina, no pre-existente, la ASEGURADORA, a través de un personal médico calificado, le proporcionará orientación médica telefónica, no dará un diagnóstico pero le asesorará con respecto a los pasos inmediatos que deberá seguir.

d.4. REFERENCIA MÉDICA

En caso que la persona beneficiaria requiera de un diagnóstico médico contará con el asesoramiento de personas calificadas, las cuales le indicarán los pasos inmediatos que deberá

seguir y a petición de la persona beneficiaria se procurará la realización de un diagnóstico apropiado:

- a) mediante la visita personal al domicilio del beneficiario de un médico o
- b) concertando, una cita para la persona beneficiaria en un centro médico, cuyos costos correrán por cuenta de la persona beneficiaria,.

Vale destacar que el envío de un médico a domicilio se garantiza en ciudades como Caracas, Valencia, Maracaibo y todo el Estado Nueva Esparta. En las localidades restantes queda sujeto a disponibilidad.

d.5. TRASLADO MÉDICO

En caso de Accidente o Enfermedad de la persona beneficiaria durante el período de vigencia de esta Póliza, previa evaluación del equipo medico de la ASEGURADORA se garantiza:

- a) El traslado en ambulancia desde su domicilio hasta el centro hospitalario más apropiado y adecuado.
- b) El traslado desde el centro hospitalario hasta su domicilio, después de hacer recibido asistencia médica de emergencia y de acuerdo con el médico tratante, en ambulancia, auto y/o avión de línea regular. El avión sanitario se utilizará en caso de que las heridas o enfermedad sean de tal gravedad que este medio sea el más adecuado, según el criterio del médico tratante y del equipo medico de la ASEGURADORA. Nunca se podrá utilizar el avión sanitario para transportes intercontinentales.

d.6. TRASLADO PARA UN FAMILIAR DE LA PERSONA BENEFICIARIA

Si la persona beneficiaria debe permanecer hospitalizada por un período superior a 5 días, se le otorgará a un familiar o persona designada por la misma y residente en Venezuela, un pasaje de ida y vuelta en clase turista para visitarle.

d.7. ESTANCIA PARA UN FAMILIAR ACOMPAÑANTE

En caso de utilizar la garantía indicada en el apartado anterior se organizará y se pagará el alojamiento del acompañante a razón de USD \$100 diarios, con un máximo de 5 días.

d.8. REGRESO ANTICIPADO

Si durante un viaje de la persona beneficiaria se produjese el fallecimiento súbito o accidental de su cónyuge o de algún familiar del primer grado de consanguinidad, se tramitará el retorno anticipado de la persona beneficiaria a su domicilio y se pagarán los gastos suplementarios incurridos en caso de no poder utilizar su boleto original.

d.9. REPATRIACIÓN EN CASO DE FALLECIMIENTO / ENTIERRO LOCAL

En caso de fallecimiento de la persona beneficiaria, la ASEGURADORA hará los arreglos que sean necesarios, incluyendo las acciones necesarias para cumplir las formalidades oficiales, organizará y pagará:

- a) La repatriación del cuerpo o de sus cenizas al lugar de sepultura en el país o lugar de Residencia permanente. No quedan incluidos los gastos de funeral, ni de entierro; o,
- b) A solicitud de los herederos o representantes de la persona beneficiaria, el entierro local de dicha persona, en el entendido que la responsabilidad de la ASEGURADORA, por dicho entierro en el ámbito local, estará limitada al equivalente del costo de repatriación de los restos conforme a lo establecido en este numeral.

d.10. GARANTÍA DE GASTOS MÉDICOS

En caso de Enfermedad o Accidente de la persona beneficiaria durante el período de vigencia de la Póliza, la ASEGURADORA coordinará servicios médicos necesarios y pagará los honorarios médicos, gastos de exámenes prescritos, gastos de hospitalización, intervenciones

quirúrgicas y otros tratamientos médicos hasta USD \$2500 por viaje e incluyendo un tope de USD \$500 por gastos farmacéuticos no hospitalarios. También se pagarán los gastos dentales de emergencia hasta USD \$500,00.

d.11. GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA

Si por consideraciones médicas la persona beneficiaria después de ser dada de alta del hospital necesita prolongar su convalecencia, se pagarán los gastos de alojamiento a razón de USD \$100 por día, con un máximo de 10 días.

d.12. TRANSMISIÓN DE MENSAJES

La persona beneficiaria contará con el servicio de Transmisión de mensajes urgentes que requiera derivados de los servicios prestados en virtud de las presentes garantías.

d.13. BÚSQUEDA Y TRANSPORTE DE EQUIPAJES

En caso de robo o extravío de equipajes, se prestará asesoramiento a la persona beneficiaria para la denuncia de los hechos y se ayudará en su búsqueda. Si los objetos fueran recuperados, se harán las gestiones de traslado de los mismos hasta el lugar donde se encuentre la persona beneficiaria de viaje o hasta su domicilio.

d.14. OBLIGACIONES GENERALES DE LA PERSONA BENEFICIARIA

d.14.1. Limitación: La persona beneficiaria una vez que se produzca un accidente o incidente que pueda motivar una intervención asistencial, deberá emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro.

d.14.2. Cooperación: En caso de no prestarse el servicio, la persona beneficiaria cooperará con el fin de permitir, en caso de ser necesario, se recuperen los pagos, gastos e indemnizaciones incurridos por ésta. Dicha cooperación incluirá la entrega de los documentos y recibos que sean necesarios para dichos efectos, y el apoyo que pueda dar para cumplir las formalidades necesarias.

d.15. SUBROGACIÓN.

La ASEGURADORA queda subrogada de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto indemnizado, en los derechos y acciones de la persona beneficiaria contra los terceros responsables.

d.16. CONDICIONES DE ACCESO A LA ASISTENCIA EN VIAJES

d.16.1. Duración de Viajes: Serán cubiertos los siniestros ocurridos durante viajes inferiores a noventa (90) días.

d.16.3. Causa Extraña: La ASEGURADORA no será responsable de los retrasos o incumplimiento de sus obligaciones o prestaciones, en los casos de causa extraña no imputable a la ASEGURADORA.

d.16.4. Limitación para Reembolsos: En caso de que no pueda prestarse el servicio, por causa extraña no imputable a la ASEGURADORA, la persona beneficiaria no tendrá derecho a reembolso por cualquier gasto cubierto en este Programa de Asistencia, salvo que haya efectuado la notificación correspondiente al centro de alarma.

d.17. EXCLUSIONES.

Quedan excluidas las reclamaciones que sean consecuencia de:



ZURICH

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

- a) Guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (con o sin declaración de guerra), guerra civil, rebelión, insurrección, actos de terrorismo, manifestaciones o movimiento populares, daños maliciosos y cualquier hecho que las leyes califiquen como delitos contra la seguridad interior del Estado.
- b) Autolesiones o la participación de la persona beneficiaria en actos criminales.
- c) La participación de la persona beneficiaria en peleas, riñas, salvo caso de legítima defensa.
- d) La participación de la persona beneficiaria en carreras de caballo, de bicicletas y en cualquier clase de carrera de coches y exhibiciones, u otros deportes peligrosos
- e) La práctica de deportes profesionales, o la participación en competencias oficiales o exhibiciones.
- f) Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o cualquier tipo de Accidente causado por combustibles nucleares.
- g) Cualquier enfermedad pre-existente, crónica o recurrente. La convalecencia se considerará como parte de la enfermedad.
- h) Embarazo, durante los últimos tres meses antes de la fecha prevista del parto, así como este último y los exámenes prenatales.
- i) Enfermedades mentales o alienación.
- j) Enfermedades o estados patológicos producidos de manera intencional, o por la ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin la prescripción médica.
- k) Suicidio o sus consecuencias.
- l) Enfermedad ocurrida durante un viaje realizado en contra de prescripción médica.
- m) El Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida (SIDA) y las enfermedades derivadas del mismo.
- n) Los chequeos médicos y consultas pre-marcadas.

d.18. OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD:

La ASEGURADORA queda exonerada de responsabilidad:

- a) Si la persona beneficiaria actúa con dolo o culpa grave, o si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave o dolo de la persona beneficiaria.
- b) Si la persona beneficiaria 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 a la ASEGURADORA.

d.19. PLURALIDAD DE SEGUROS.

El TOMADOR, el ASEGURADO o la persona beneficiaria deberá comunicar, por escrito y en un plazo de cinco (5) días hábiles, contado a partir de la fecha en que tuvo conocimiento de la ocurrencia del siniestro, la existencia de cualquier otro seguro que ampare iguales riesgos a los descritos en esta cobertura.

Las aseguradoras contribuirán al abono de la indemnización en proporción a la suma propia asegurada, sin que pueda superarse la cuantía del daño. Dentro de ese límite el ASEGURADO puede pedir a cada empresa aseguradora la indemnización debida según la respectiva póliza. La empresa aseguradora que ha pagado una cantidad superior a la que proporcionalmente le corresponda, podrá repetir contra el resto de las empresas aseguradoras, a menos que éstas hayan pagado lo que les corresponda según el límite de su cobertura, en cuyo caso la repetición procederá contra la persona beneficiaria.

En caso de contrataciones de buena fe de una pluralidad de seguros esta póliza será válida y obligará a la ASEGURADORA a pagar hasta el valor del daño sufrido, dentro de los límites de la suma que hubiese asegurado, proporcionalmente a lo que le corresponda en virtud de las otras pólizas celebradas.



ZURICH

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

En caso de siniestro la persona beneficiaria no podrá renunciar a los derechos que le correspondan según la póliza o aceptar modificaciones a la misma con la ASEGURADORA, en perjuicio de las restantes empresas aseguradoras.

Lo previsto en este numeral no aplicará para lo dispuesto en el numeral d.10. denominado "Garantía de Gastos Médicos" de estas condiciones particulares.

3. AJUSTE DE SUMA ASEGURADA

Con el objeto de mantener el poder adquisitivos de esta Póliza de Seguro en el tiempo, las Sumas Aseguradas de las coberturas Muerte por Cualquier Causa y Muerte Accidental, quedarán aumentadas automáticamente, después de estar ininterrumpidamente vigente por un (1) año la póliza, tomado como referencia la variación del índice de precios al consumidor emitido por el Banco Central de Venezuela al 31 de diciembre del año inmediatamente anterior al vencimiento de la Póliza u otro porcentaje acordado entre las partes, con el correspondiente ajuste de la Prima.

4. EDAD DE CONTRATACIÓN Y RENOVACIÓN

La edad mínima de contratación es de 18 años y la edad máxima de contratación de este seguro es de sesenta y cinco (65) años de edad, y podrá ser renovado hasta que el ASEGURADO alcance la edad de setenta (70) años.

5. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.

En caso de siniestro ocurrido durante la vigencia de la Póliza, el TOMADOR, el ASEGURADO, el BENEFICIARIO o el BENEFICIARIO PREFERENCIAL hará la notificación a la ASEGURADORA dentro de los noventa (90) días continuos siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de la ocurrencia del siniestro. Una vez efectuada la notificación, deberá dentro de los ciento ochenta (180) días continuos siguientes a la fecha de notificación, suministrar a la ASEGURADORA, como requisito para reclamar el pago correspondiente, la siguiente información o documentos:

a. EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO

- Original del Acta de Defunción del ASEGURADO.
- Fotocopia de la Cédula de Identidad del ASEGURADO y de los BENEFICIARIOS.
- Original de la Partida de Nacimiento del ASEGURADO fallecido y de los BENEFICIARIOS declarados en la Solicitud.
- Original de la Declaración de Únicos y Universales herederos (en caso de no existir BENEFICIARIOS declarados)
- Original del Acta de matrimonio, en caso de que el BENEFICIARIO sea el cónyuge.
- Original de Carta de Autorización del Tribunal de Menores (en caso de existir menores de edad como BENEFICIARIO), dirigida a nombre de Zurich Seguros S.A.
- Original del Informe Médico de la causa de fallecimiento del ASEGURADO.
- En caso de muerte accidental, se requiere, adicionalmente, Informe Médico Forense, y copia certificada del informe de las autoridades competentes que intervinieron en el accidente (autoridades de Tránsito, Cuerpos de Seguridad del Estado)

b. EN CASO DE ENFERMEDAD GRAVE DEL ASEGURADO

- Fotocopia de la Cédula de Identidad o Partida de Nacimiento del ASEGURADO y de los BENEFICIARIOS.
- Informe médico, que indique el tipo de enfermedad o lesión en cuestión.

- Resultados de todos los exámenes practicados.
- Información clínica, radióloga históloga y de laboratorio.
- Cualquier otro tipo de informe médico, resultados de exámenes y otros documentos justificativos del estado de salud y condiciones físicas del ASEGURADO.

La ASEGURADORA podrá solicitar documentos adicionales, a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad adicional, dicha solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó a la ASEGURADORA el último de los documentos requeridos en los literales anteriores. En este caso, se establece un plazo de diez (10) días hábiles para la presentación de los recaudos solicitados por la ASEGURADORA, contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos.

La ASEGURADORA quedará relevado de la obligación de pagar la prestación convenida, si el BENEFICIARIO incumpliere las obligaciones establecidas en este numeral, a menos que demuestre que el incumplimiento se debió a causa extraña no imputable a él.

c. EN CASO DE SERVICIO DE ASISTENCIA AL VIAJERO.

- En caso de solicitud de urgencia y/o de una situación de Asistencia y antes de iniciar cualquier acción o cualquier pago, la persona beneficiaria debe contactar a la Central del Alarma de la ASEGURADORA , y proporcionar los siguientes datos:
 - a) Nombre completo de la persona beneficiaria.
 - b) Número de póliza
 - c) Lugar donde se encuentra y número de teléfono donde la ASEGURADORA pueda contactarle.
 - d) Comunicar al operador el tipo de asistencia que desea.

La llamada podrá ser a cobrar, y en caso de que tal sistema no fuese posible la ASEGURADORA reembolsará los gastos de comunicación contra presentación de los comprobantes de dichas comunicaciones.

El equipo médico de la ASEGURADORA tendrá libre acceso a la historia clínica de la persona beneficiaria para enterarse de su condición. Si la persona beneficiaria negase dicho acceso sin justificación razonable, se entenderá que la persona beneficiaria renuncia a su derecho de recibir la Asistencia Médica.

- En caso de que peligre la vida de la persona beneficiaria, ésta o su representante deberá, siempre, tomar las medidas necesarias para ser transferido de emergencia a un hospital cercano al lugar de los acontecimientos, y a través de los medios más inmediatos, y una vez hecho, tan pronto como sea posible, deberán comunicarse con la Central de Alarma de la ASEGURADORA a fin de proporcionar la información apropiada.
- En caso de presentarse un daño corporal o enfermedad que tenga por resultado la hospitalización de la persona beneficiaria antes de poder dar aviso a la ASEGURADORA, la persona beneficiaria o su representante, tan pronto como sea posible, deberá contactar con la Central de Alarma de la ASEGURADORA, dentro de los noventa (90) días siguientes al acontecimiento de dicho daño corporal o enfermedad.

A falta de aviso dentro del período anteriormente señalado, la ASEGURADORA considerará a la persona beneficiaria como responsable de todos los costos y gastos ocasionados por el retraso del mismo en informar el suceso.
- En caso de la persona beneficiaria solicitar traslado médico y repatriación, deberá facilitar los siguientes datos:
 - a) Nombre, dirección y teléfono del centro hospitalario donde se encuentre internado la persona beneficiaria.
 - b) Nombre, dirección y teléfono del médico local y, en caso necesario del médico de cabecera.



ZURICH

Zurich Seguros, S.A.

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 29

En cada caso, la ASEGURADORA de acuerdo con el médico local, decidirá la fecha y el medio de transporte.

En caso de que la ASEGURADORA tuviera que pagar el costo del transporte de la persona beneficiaria, está última deberá entregar el boleto aéreo o pasaje no utilizado o su contravalor, si tiene derecho a reembolso del mismo.

TOMADOR

ASEGURADO

“Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N°001326 de fecha 14 de marzo de 2005”