



C.A. de Seguros

AMERICAN

INTERNATIONAL

R.I.F.: J-00053617-1

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el Nro. 66
Capital Social Pagado Bs. 12.000.000,00

POLIZA DE SEGURO AIG TRAVEL GUARD INTERNATIONAL ANUAL

- **Condiciones Generales**
- **Condiciones Particulares**

C. A. de Seguros American International, en adelante denominada El Asegurador, Registro de Información Fiscal (R. I. F.) N° J-00053617-1, debidamente inscrita en el Registro Mercantil Primero, Circunscripción del Distrito Federal y Estado Miranda, el 28 de julio de 1966, bajo el N° 60, Tomo 34-A, con ubicación de su Sede Principal en la Avenida Francisco de Miranda, Urbanización Campo Alegre, Edificio Seguros Venezuela, Caracas, representada en este Contrato por la persona debidamente identificada en el Cuadro de la Póliza, emite la presente Póliza, de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares que se indican a continuación, con los Anexos que formen parte de la Póliza y con los datos referentes a **El Tomador, El Asegurado**, Vigencia del Contrato, hora de inicio y vencimiento del Contrato, Sumas Aseguradas, Prima, Forma de Pago de la Prima, Riesgos Asumidos, Coberturas Contratadas e Intermediario de Seguros que aparecen indicados en el Cuadro de la Póliza, el cual El Asegurador se compromete a entregar a El Tomador conjuntamente con la presente Póliza.

CONDICIONES GENERALES

Cláusula 1. Definiciones

A los efectos de este contrato, se entiende por:

1. Accidente: es un hecho que le ocurre al Asegurado, causándole lesión corporal o la pérdida de la vida, producido por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, súbita, fortuita y ajena a su voluntad o a la intencionalidad del Asegurado.
2. Aniversario de la póliza: son los años completos de vigencia de la póliza y que se cuentan cada 12 meses a partir de la fecha de inicio de la póliza, cumpliendo años el mismo día y mes de cada año.
3. Año-póliza: Es el período de un año de seguro contado a partir de la fecha de comienzo hasta la próxima que constituye el siguiente aniversario de la póliza.
4. Asegurado: persona o personas que en sí mismas, en sus bienes o en sus intereses económicos está(n) expuesta(s) al o los riesgo(s) cubierto(s) por la póliza. Incluye al Asegurado Titular y sus Familiares asegurables debidamente identificados en la solicitud de seguro (cónyuge o, en su defecto, el(la) compañero(a) de viaje) y los(as) hijos(as) del Asegurado Titular o de su compañero(a) de viaje).
5. Asegurado Titular: persona natural que contrata el seguro y se obliga a pagar la prima correspondiente a El Asegurador y, además, tiene el derecho de recibir el pago de las indemnizaciones derivadas de esta póliza. Igualmente, ejerce los derechos del grupo familiar asegurado ante El Asegurador, obligándose en todo cuanto le sea aplicable conforme a las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza.
6. Beneficiario: persona o personas naturales a cuyo favor se ha establecido la indemnización, prestación o reembolso de los beneficios que pagará El Asegurador. En caso de muerte del Asegurado Titular, los beneficiarios de la prestación y reembolso de gastos incurridos y cubiertos por esta póliza, previstas en el Cuadro de Coberturas y Beneficios, serán sus herederos legales, para el caso de la Cobertura de Muerte Accidental, y el Asegurado o persona que demuestre fehacientemente haber incurrido en los gastos de tramitación del traslado del cuerpo del Asegurado Titular al país donde contrató esta póliza, en el caso de la Cobertura de Repatriación de Restos Mortales. En todas las demás Coberturas, el Beneficiario será el Asegurado Titular.
7. Ciudad de Residencia: es la ciudad ubicada en la República Bolivariana de Venezuela, indicada por el Asegurado Titular en la



- Solicitud de Seguro, donde se encuentra establecida la residencia habitual de éste.
8. Clima inclemente: cualquier condición climática severa que demore la llegada o salida programada del Transporte Público.
 9. Clínica o Institución Hospitalaria: lugar que:
 - a) Cuenta con licencia válida y vigente, si así fuera requerido por la ley;
 - b) Está dedicada especialmente al cuidado y tratamiento de personas enfermas o lesionadas;
 - c) Cuenta con personal integrado por uno o más médicos disponibles en todo momento;
 - d) Presta servicio de enfermería las 24 horas del día, con por lo menos un profesional de Guardia matriculado en enfermería disponible en todo momento;
 - e) Cuenta con instalaciones para diagnóstico y cirugía, ya sea en el mismo lugar o en otras instalaciones disponibles para la Clínica, previamente acordados, y
 - f) No son considerados para los efectos de esta póliza, a menos que sea por circunstancias especiales o excepcionales decretadas por una autoridad gubernamental, los establecimientos geriátricos, de descanso o de convalecencia para personas de edad, ni un establecimiento operado como centro de tratamiento para drogas y/o alcohol, enfermedades mentales, ni lugares donde se proporcionen tratamientos naturistas.
 10. Contrato de Viaje: son los arreglos de viaje realizados por el Asegurado Titular para efectuar un viaje de placer o de negocio, excursión, tour o crucero, el cual es organizado por un operador u otra organización, cuyo precio ha sido pagado por adelantado y que se halla incluido en la descripción del Viaje hecha en la solicitud y protegido por la presente póliza. El Contrato de Viaje incluye las conexiones realizadas por un Transporte Público.
 11. Costo médico razonable y usual: es el monto promedio calculado por El Asegurador, de los gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios de Clínicas ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella en donde fue atendido el Asegurado, los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones, y que de acuerdo a las condiciones de la póliza se encuentren cubiertos. Dicho promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga El Asegurador de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en dichos gastos o los baremos de los Centros Hospitalarios que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido el gasto razonable será el monto facturado, sin incluir aquellos gastos que no sean médicamente necesarios y aquellos en los que no se habría incurrido de no haber existido esta póliza.
 12. Cuadro de Coberturas y Beneficios: es donde se especifican las coberturas y beneficios para cada Plan de Seguro, así como la Tarifa correspondiente a cada Plan.
 13. Cuadro y Recibo de póliza: es la misma Solicitud de Seguro que, una vez contestada por el Tomador, se constituye en un anexo que forma parte integrante de la póliza, donde además de indicarse los datos referidos a la identificación del Tomador, del Asegurado Titular y los familiares de éste que figuran como Asegurados, el Plan de Seguro contratado y el número de personas que forman el grupo asegurado, se indican los siguientes datos: Prima a pagar; vigencia del contrato de seguro y el número impreso bajo el cual se expide éste; las firmas del Tomador, del representante autorizado por El Asegurador y otros



- datos inherentes a la contratación del presente seguro.
14. Cuestionario de Declaración del Solicitante: es un conjunto de preguntas que se adjuntan a la Solicitud de Seguro, referidas al estado de salud del Tomador y Familiares asegurables, así como el motivo principal del viaje y cualquier otra diligencia a ser realizada durante el mismo, las cuales deben ser contestadas totalmente y con exactitud por el Tomador, constituyendo dicha declaración consignada en el mismo, bajo su firma, base legal para la emisión del contrato de seguro.
 15. Desmembramiento: es la pérdida por amputación quirúrgica o traumática de un miembro del cuerpo (brazo(s), pierna(s), mano(s), pie(s), dedo(s)), como consecuencia directa y exclusiva de un accidente cubierto por la póliza.
 16. Dolo o mala fe: Actitud fraudulenta o de engaño por parte de quien conviene un acuerdo, adoptada con ánimo de perjudicar al otro contratante.
 17. El Asegurador: la empresa de seguros que se obliga a asumir los riesgos cubiertos, en virtud de esta póliza.
 18. Emergencia Odontológica: son los servicios recibidos por el Asegurado y prestados por un profesional de la Odontología, en virtud de haber sufrido una Lesión y/o dolor agudo repentino.
 19. Enfermedad: cualquier alteración de la salud del Asegurado que le origine reducción de su capacidad, que se manifieste por primera vez durante la vigencia del seguro y que requiera el tratamiento de Médico.
 20. Enfermedad congénita: son todas las alteraciones y desviaciones del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo humano que existan desde la fecha de nacimiento a antes del mismo.
 21. Enfermedad preexistente: Toda enfermedad que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha en que se haya contratado la presente Póliza y que sea conocida por el Asegurado, o por el Tomador, y que una vez diagnosticada, la historia natural de la misma establece que su comienzo fue antes de la fecha de inicio de la Cobertura otorgada por la presente Póliza. Tal preexistencia se presumirá sí los síntomas o signos de la enfermedad se manifestaron con anterioridad a la fecha en que se haya suscrito la presente Póliza, o sí fue emitido un diagnóstico médico previo a esta fecha sobre tal enfermedad. Para aquellos Asegurados incluidos en la presente Póliza en fecha posterior a la fecha de su emisión, para los efectos de la presente definición, se tomará como fecha de emisión la fecha de inclusión.
 22. Evacuación de Emergencia: significa que:
a) la condición de salud del Asegurado hace necesario el Transporte inmediato desde el lugar donde éste se encuentra lesionado o enfermo hasta la clínica más cercana en donde podrá recibir el tratamiento Médico apropiado; b) luego de haber sido tratado en una Clínica local, la condición de salud del Asegurado hace necesario un Transporte al país donde comenzó el Viaje para recibir tratamiento médico adicional o para recuperarse; o c) ambos casos referidos en a) y b).
 23. Falla del equipo: cualquier rotura repentina e imprevisible del equipo del Transporte Público que cause la demora o la interrupción de viajes normales.
 24. Fecha de Salida del viaje: son las fechas en que el Asegurado programa iniciar cada uno de los Viajes que va a realizar durante la vigencia de la póliza y que en cada Viaje se encuentra especificada en la documentación del viaje o pasaje.
 25. Fecha de Llegada del viaje: son las fechas en que el Asegurado programa regresar de sus Viajes y que en cada Viaje se encuentra especificada en la documentación del viaje o pasaje.
 26. Gastos adicionales razonables: cualquier gasto de comida o alojamiento en que



- incurrió necesariamente el Asegurado como resultado de uno de los casos que dan lugar a los beneficios por Demora de Viaje, que no haya sido suministrado gratuitamente por el Transporte Público o por otra parte.
27. Gastos médicos protegidos: significa los gastos cubiertos correspondientes a la prestación de servicios y suministros médicos al Asegurado, recomendados por el Médico tratante y que la causa que los originó sea por un siniestro ocurrido y cubierto por esta póliza, de acuerdo con todos los términos y condiciones de esta póliza. Serán considerados como gastos cubiertos para tratamiento médico o quirúrgico los siguientes conceptos:
- Servicios prestados por el Médico;
 - Internación hospitalaria y uso del quirófano;
 - Anestiasias (incluyendo administración de la misma), exámenes o tratamientos radiológicos y análisis de laboratorio;
 - Servicio de ambulancia;
 - Drogas, medicamentos, servicios y suministros terapéuticos hasta el máximo indicado en el Cuadro de Coberturas y Beneficios;
 - Tratamiento odontológico que resulte de la(s) Lesión(es) sufrida(s) en sus dientes naturales sanos y como resultado de un súbito dolor agudo ocurrido sin aviso a uno o más dientes naturales permanentes, que requiera tratamiento odontológico inmediato. El tratamiento odontológico, los servicios y suministros correspondientes serán pagados hasta el límite máximo establecido en el Cuadro de Coberturas y Beneficios y sujeto al máximo por diente y por tratamiento de caries señalado en dicho Cuadro.
28. Huelga: cualquier conflicto laboral que interfiera con la normal salida y llegada del Transporte Público.
29. Indemnización: es la suma que debe pagar o reembolsar El Asegurador al Asegurado Titular o a quien corresponda, en caso de que ocurra un siniestro cubierto en los términos y condiciones de la póliza.
30. Incapacidad Total y Permanente: es la imposibilidad del Asegurado para el desarrollo de sus funciones normales, entendiéndose que es Permanente cuando se extienda por doce (12) meses calendario y que, al finalizar ese período, el Asegurado se encuentre sin expectativas razonables de mejoría y es Total cuando lo inhabilite para realizar su trabajo habitual o para cualquier tipo de trabajo.
31. Iniciación del seguro: es la fecha que se refleja en la solicitud como Fecha de Salida del viaje.
32. Invalidez Permanente: es la pérdida por Desmembramiento o inutilización total e irreparable de un miembro del cuerpo humano (extremidad inferior, superior y/o sus terminaciones) o la pérdida del habla y/o la audición de uno o ambos oídos o de la vista de uno o de ambos ojos, que impida o dificulte al Asegurado ejercer alguna de sus actividades, debido a una Lesión sufrida por éste, como consecuencia directa y exclusiva de un accidente cubierto por la póliza.
33. Invalidez Absoluta: es cuando el Asegurado no pueda moverse, conducirse o efectuar los actos principales de su existencia o que necesite la asistencia constante de otra persona. A los efectos de esta póliza se considerará una Invalidez como Absoluta en aquellos casos en donde el porcentaje indicado en la Tabla de Pérdida sea del 100%.
34. Lesión: es un daño corporal sufrido por el Asegurado, directa o indirectamente, de cualquier otra causa, por una acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita y ajena a su voluntad, ocurrido durante la vigencia del seguro.
35. Medicamento necesario: son los servicios o suministros ordenados por una institución hospitalaria o un Médico cuando a) sean apropiados al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión consecuencia de un accidente padecido(a) por el Asegurado; b) sean congruentes con las reglas de buena

- práctica médica o profesionales aceptadas;
- c) el nivel de servicios o suministros sea el idóneo que pueda ser proporcionado sin riesgo para el Asegurado y d) no es principalmente para conveniencia del Asegurado.
36. Médico: es un profesional que posee título de Doctor en Ciencias Médicas o de Médico Cirujano expedido por una universidad reconocida. Además debe:
- Tener registrado e inscrito el título correspondiente en las oficinas públicas que establezcan las leyes del país en el que se encuentre ejerciendo la profesión;
 - Estar inscrito en el Colegio de Médicos o un equivalente, en cuya jurisdicción ejerza habitualmente la profesión;
 - Cumplir con las demás disposiciones que las leyes locales exijan.
- No será considerado como Médico: a) el Asegurado, b) su cónyuge, c) una persona que sea hijo(a), padre, madre o hermano(a) del Asegurado o de su cónyuge, d) un familiar del Asegurado o de su cónyuge que viva con éstos.
37. Muerte accidental: es la pérdida de la vida del Asegurado a causa de una acción repentina de un agente externo, en forma violenta, y fortuita y ajena a su voluntad.
38. Pasajero: es la persona que hace uso del Transporte público, cuyo boleto o costo del pasaje haya sido pagado, quedando excluido el personal que se encuentre de servicio en el mismo.
39. Pérdida: constituye el valor en conjunto de los diversos servicios y beneficios solicitados por el Asegurado y cuyas causas estén cubiertas por esta póliza.
40. Período del seguro: es el lapso por el cual ha sido calculada la unidad de prima.
41. Prima: es la contraprestación que, en función del o los riesgos cubiertos, debe pagar el Tomador a El Asegurador en virtud de la celebración del contrato de seguro. La prima expresada en el Cuadro y Recibo de póliza, incluye todos los derechos, comisiones, gastos y recargos, así como cualquier otro concepto relacionado con el seguro, con excepción de los impuestos que estén a cargo directo del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario.
42. Repatriación de Restos Mortales: El Asegurador, pagará, en caso de fallecimiento del Asegurado y hasta el monto máximo que figura en el Cuadro de Coberturas y Beneficios, los gastos razonables incurridos para trasladar su cuerpo a la Ciudad de Residencia establecida en el Cuadro y Recibo de Póliza. Este beneficio incluye, pero no se limita a los gastos de: (a) embalsamamiento; (b) cremación; (c) féretro y (d) transporte.
43. Riesgo: Es un hecho futuro e incierto que no depende de la voluntad del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario y cuya materialización da origen a la obligación de El Asegurador.
44. Robo: Es el acto de apoderarse ilegalmente de los bienes asegurados, haciendo uso de medios violentos para entrar o salir del local donde se encuentren dichos bienes; siempre que en el local que los contienen queden huellas visibles de tales hechos.
45. Siniestro: es el acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte de El Asegurador, sujeto a los términos y condiciones establecidas en este contrato.
46. Solicitud de Seguro: Es un cuestionario que proporciona El Asegurador, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del Asegurado Titular y Familiares asegurables, así como también la indicación del Plan de seguro a contratar, la fecha de salida y de llegada del viaje y los días que durará dicho viaje, las cuales deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el Tomador, constituyendo dicha declaración consignada en el mismo bajo su firma base legal para la emisión del contrato de seguro. Dicha Solicitud, luego de contestada y firmada por el Tomador y completados los demás datos relacionados con el seguro, pasará a ser el Cuadro y Recibo de póliza, tal como se establece en la definición 13 de esta Cláusula.

47. Suma Asegurada: es el monto máximo que figura en el Cuadro de Coberturas y Beneficios como Límite de Responsabilidad de El Asegurador, según el Plan de Seguro contratado por el Asegurado Titular.
48. Terminación de la póliza: el último día por el cual ha sido pagada la prima que figura en el Cuadro y Recibo de póliza. La presente póliza no es renovable.
49. Transporte: es cualquier vehículo aéreo, marítimo o terrestre, debidamente autorizado por la autoridad competente y con permiso legalmente vigente, para prestar los servicios que se requieran para movilizar al Asegurado durante la Evacuación de Emergencia. El Transporte incluye, pero no está limitado a ambulancias aéreas o terrestres y vehículos motorizados privados.
50. Transporte Público: es cualquier vehículo aéreo, marítimo y terrestre, debidamente autorizado por la autoridad competente y con permiso legalmente vigente, utilizado para trasladar pasajeros, con ruta establecida y sujeto a itinerarios regulares, que a su vez cobre a los pasajeros por los servicios que les presta.
51. Tomador: persona, natural o jurídica, que puede celebrar el contrato por cuenta propia, por cuenta de otro, con o sin designación de beneficiarios y aun por cuenta de quien corresponda y quien deberá cumplir las obligaciones derivadas del contrato, salvo aquellas que por su propia naturaleza no pueden ser cumplidas sino por el Asegurado o el Beneficiario.
52. Tratamiento Médico: conjunto de medios ordenados por un Médico que se ponen en práctica para la curación o alivio de una enfermedad o lesión.
53. Viaje: es el trayecto que recorre el Asegurado desde el momento en que salga del lugar de origen, hacia su destino, siempre y cuando éste se encuentre por lo menos a una distancia no menor de 50 kilómetros del lugar de origen, incluyendo todas las actividades que realice estrictamente con fines recreativos o de negocios en dicho trayecto y durante la

estancia en su destino y en lugares intermedios, sin importar que se traslade por un vehículo aéreo, marítimo o terrestre.

Cláusula 2. Bases de la Póliza. EL condicionado, conformado por las Condiciones Generales y Particulares del contrato de seguro, las cláusulas adicionales, los anexos, la Solicitud de Seguro y Cuestionario de Declaración del Solicitante, el Cuadro y Recibo de póliza, el Cuadro de Coberturas y Beneficios y cualesquiera otros documentos suministrados por el Tomador por requerimiento de El Asegurador para la aceptación del o los riesgos cubiertos, constituyen la base legal de la póliza contratada entre las partes.

Cláusula 3. Exclusiones Generales. El Asegurador no reembolsará los gastos incurridos ni pagará las indemnizaciones o prestaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza, cuando los gastos incurridos tengan conexión con o cuando el siniestro tenga origen en cualquiera de los siguientes eventos o circunstancias o cuando ocurra en las situaciones que se describen a continuación:

1. Suicidio o intento de suicidio; lesión infringida intencionalmente por el Asegurado a sí mismo.
2. Enfermedades de transmisión sexual; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), incluidas la neumonía pneumocystis carinii, sarcoma de Kaposi y linfoma del sistema nervioso central, así como todas las enfermedades causadas y/o relacionadas con el Virus HIV Positivo.
3. Enfermedades congénitas y preexistentes, así como las complicaciones y consecuencias que se deriven de las mismas.
4. Hernias o eventraciones, así como las complicaciones y consecuencias que se deriven de las mismas, siempre que no sean como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
5. Afecciones de la columna vertebral, así como las complicaciones y consecuencias que se

- deriven de las mismas, siempre que no resulten como consecuencia de un accidente cubierto.
6. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico, salvo las cirugías reconstructivas que resulten indispensables como consecuencia de un accidente cubierto y ocurrido durante la vigencia de la póliza.
 7. Tratamientos no aceptados por la Federación Médica del país donde se realice el tratamiento o por el organismo o institución médica equivalente y legalmente constituida para aceptar o no un tratamiento.
 8. Tratamiento médico y/o intervención quirúrgica, exámenes con fines de diagnóstico o controles o chequeos médicos, independientemente de que se haya requerido hospitalización o no, realizados o aplicados durante el viaje del Asegurado, que hubiesen sido programados o acordados previamente con una Clínica y/o Médico antes de la Fecha de Salida del viaje. Las complicaciones y consecuencias que se deriven de tales tratamientos y/o intervenciones quirúrgicas, exámenes, controles o chequeos médicos.
 9. Trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquico nerviosa, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas. Lesiones auto infligidas, aun cuando sean cometidas en estado de enajenación mental.
 10. Complicaciones del embarazo y/o aborto, siempre que las complicaciones del embarazo y/o el aborto no resulten como consecuencia de un accidente. Tratamientos, quirúrgicos o no, para la fertilización u otros problemas relacionados con la capacidad de concebir, control de natalidad, incluyendo intervenciones quirúrgicas y dispositivos para tal fin.
 11. Estar bajo la influencia de alcohol, drogas u otras sustancias tóxicas, siempre que las drogas o sustancias tóxicas no hayan sido prescritas bajo un tratamiento médicamente necesario y tomadas tal y como fueron prescritas por el Médico tratante del Asegurado.
 12. Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, siempre que no se demuestre que fue accidental.
 13. Infecciones, siempre que las mismas no sean resultado de lesiones derivadas de algún accidente cubierto.
 14. Prestación de servicios en las Fuerzas Armadas o unidades auxiliares de las mismas (cualquier importe de prima pagada por cualquier período no protegido por esta póliza, mientras el Asegurado esté en servicio será devuelta a prorrata).
 15. Participación en cualquier equipo deportivo profesional, semiprofesional o cualquier otro deporte de contacto personal.
 16. Participación del Asegurado en actos delictivos, motín, conmoción civil, disturbios populares, saqueos, disturbios laborales, conflictos de trabajo o daños maliciosos. Participación del Asegurado en riñas, cuando ésta sea provocada por el Asegurado.
 17. Participación en competencias de velocidad, usando un vehículo motorizado o bicicleta.
 18. Operando o aprendiendo a operar cualquier aeronave o al desempeñar actividades como miembro de la tripulación de cualquier aeronave.
 19. Participación en paracaidismo, vuelo en planeador o cualquier deporte aéreo, lanzamiento desde una determinada altura sujeto por una cuerda elástica (bungee jumping), buceo, escalar montañas, excursiones en cavernas subterráneas o mientras viaja en motocicletas.
 20. Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), 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, así como cualquier acción tomada

por las autoridades tendientes a reprimir, combatir o defenderse de cualquiera de las ocurrencias mencionadas.

21. La persona afectada sea declarada como miembro de alguna organización terrorista, traficante de narcóticos o proveedor de armamento nuclear, químico o biológico.
22. Comiso, cuarentena, o reglamentos de aduana o nacionalización por cualquier gobierno o autoridad pública o local, o por orden de dicho gobierno o autoridad.
23. Radiaciones ionizantes, fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
24. Confiscación por cualquier autoridad gubernamental de dinero o propiedad asegurada.
25. El vicio propio o intrínseco de la cosa asegurada.
26. Equipaje no registrado con o por el Transporte Público.
27. Los Contratos de Viajes que sean organizados para viajes que se realicen dentro del territorio de la República Bolivariana de Venezuela.
28. Los Contratos de Viajes que sean organizados para viajes que se realicen en, o a través de las Repúblicas de Afganistán, Cuba, Democrática del Congo, Irán, Irak, Liberia, Sudan o Siria.
29. Meteorito, terremoto o temblor de tierra, maremoto, tsunami, erupción volcánica, huracán, inundación, cualquier otra convulsión de la naturaleza o perturbación atmosférica.
30. Enfermedades declaradas como epidemia por cualquier autoridad competente dentro del país donde se encuentre el Asegurado.

Cláusula 4. Vigencia del Contrato. La vigencia de la póliza es por el período anual para el cual ha sido calculada la prima del seguro contratado, cuyas fechas de comienzo y terminación se encuentran indicadas en el Cuadro y Recibo de póliza, excepto:

- a) Para la aplicación de lo dispuesto en el numeral 2.3 de la Cláusula 1 de las Condiciones Particulares de la póliza, en lo que respecta exclusivamente a la Cobertura

por Cancelación del Viaje, en donde los beneficios de la póliza, por tal concepto, comenzarán a partir de la fecha en que el Asegurado entregó la Solicitud de Seguro, debidamente firmada por él.

- b) Por postergación de la Iniciación del seguro, en cuyo caso ninguna protección bajo esta póliza tendrá vigencia si el Asegurado, a la Fecha de Salida del viaje, está internado en un hospital o incapacitado, es decir, imposibilitado para cumplir con las tareas habituales de una persona de su misma edad y sexo. La protección entrará en vigencia siete (7) días después de finalizada la hospitalización o de haber terminado la incapacidad, sujeto a la exclusión de enfermedad preexistente.

En cuanto a la terminación de la póliza, ésta se produce el último día por el cual ha sido pagada la prima que figura en el Cuadro y Recibo de póliza. La presente póliza no es renovable.

Con el pago de la prima anual, exigible al comienzo del período de vigencia establecido en la Solicitud de Seguro o en el recibo de prima, se extiende la vigencia del seguro únicamente por el período señalado en el respectivo Cuadro y Recibo de póliza o en el recibo de prima, quedando entendido que El Asegurador asume los riesgos cubiertos por la póliza sólo cuando el Asegurado se encuentre de Viaje, sujeto a un máximo de cuarenta y cinco (45) días continuos en cada uno de los Viajes que se realicen durante la vigencia de esta póliza, comenzando tales riesgos cubiertos a correr por cuenta de El Asegurador a la hora establecida por el Transporte Público para la Fecha de Salida del viaje y terminará a la hora de llegada a la ciudad de donde partió inicialmente el viaje.

Cláusula 5. Oportunidad para el Pago de la Prima. La prima es debida desde la celebración del contrato, pero no es exigible sino contra la entrega de la póliza, del Cuadro y Recibo de póliza o recibo de prima o de la nota de cobertura provisional.

Será prueba del contrato de seguro, a falta de entrega de la póliza por parte de El Asegurador, el Cuadro y Recibo de póliza con la nota de

cancelado, el cual deberá ser firmado por el Tomador y por un representante autorizado de El Asegurador, o el recibo de prima con la nota de cancelado y firmado por un representante de El Asegurador.

Cláusula 6. Lugar de Pago de la Prima. La prima deberá ser pagada en dinero o cualquier otra modalidad de pago legalmente permitida que disponga El Asegurador, contra entrega, al menos, del Cuadro y Recibo de póliza o recibo de prima impreso, que para tal efecto utiliza El Asegurador, el cual deberá ser firmado por el Tomador y por un representante autorizado de El Asegurador, además de contener la nota de cancelado que constituye la prueba de haberse efectuado dicho pago.

La imposibilidad de cobro de uno o más cheques emitidos, bien por el Tomador u otra persona autorizada para efectuar el referido pago, dejará nula y sin efecto a esta póliza, a partir de la fecha de exigibilidad de dicha prima, quedando El Asegurador liberado de toda responsabilidad con respecto a cualquier reclamación que pudieran formularle en relación con algún siniestro ocurrido.

Cláusula 7. Obligación de Firmar los Anexos

Los anexos que se emitan después de la fecha de comienzo del seguro que modifiquen los términos y/o condiciones de este contrato de seguro y/o cualesquiera de los anexos que, con anterioridad a la fecha de modificación, forman parte integrante de la póliza, para que tengan validez deberán estar firmados, tanto por El Asegurador como por el Tomador, y deberán indicar claramente la póliza a la que pertenecen. En caso de discrepancia entre lo indicado en los anexos y en la póliza, prevalecerá lo señalado en el anexo debidamente firmado por las partes.

Igualmente, queda convenido que cualquier modificación a los términos y/o condiciones de esta póliza deberá ser solicitada por escrito por el Tomador o notificada de igual forma por El Asegurador, quedando registrada mediante anexo emitido por El Asegurador en la forma antedicha, entrando en vigor en la fecha

indicada en el mismo y, si fuere el caso, una vez efectuado el pago del ajuste de prima a que hubiere lugar. Solamente El Asegurador está autorizado a modificar la póliza.

Cláusula 8. Declaraciones Falsas y Reticencias de Mala Fe. Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato, si son de tal naturaleza que El Asegurador de haberlo conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

Cláusula 9. Cesación del Riesgo. Este contrato quedará resuelto si el riesgo dejare de existir después de su celebración. Sin embargo, El Asegurador tendrá derecho al pago de las primas mientras la cesación del riesgo no le hubiese sido comunicada o no hubiere llegado a su conocimiento. Las primas correspondientes al período en curso para el momento en que El Asegurador reciba la notificación o tenga conocimiento de la cesación del riesgo, se deberán íntegramente.

Cuando los efectos del seguro deban comenzar en un momento posterior a la celebración de este contrato de seguro y el riesgo hubiese cesado en el intervalo, El Asegurador tendrá derecho solamente al reembolso de los gastos ocasionados.

No hay lugar a devolución de prima por desaparición del riesgo si éste se debe a la ocurrencia de un siniestro debidamente indemnizado por El Asegurador.

**Cláusula 10. Pluralidad de Seguros.
Para Las Coberturas de Gastos Médicos,
Gastos Odontológicos O Traslado De Restos
Mortales**

Si al momento de ocurrir un siniestro cubierto por esta póliza se encontrare vigente cualquier otro seguro cubriendo el mismo interés asegurado, el Asegurado o un representante de este escogerá el orden en que presentará las reclamaciones y las Empresas de Seguros deberán indemnizar,



según los límites de sus pólizas, hasta el monto total de los gastos.

Queda expresamente entendido y convenido que esta póliza no se extenderá a cubrir la insolvencia o incumplimiento de cualquier otro Asegurador.

Para las coberturas de muerte, desmembramiento, otras invalideces permanentes e incapacidad total y permanente causada por accidente

El Tomador o el Asegurado debe comunicar a El Asegurador la celebración de cualquier otro seguro que ampare iguales riesgos a los aquí mencionados que amparen a la misma persona. El incumplimiento de este deber sólo podrá 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.

Para las otras coberturas diferentes a gastos médicos, gastos odontológicos, traslado de restos mortales o de muerte, desmembramiento, otras invalideces permanentes e incapacidad total y permanente causadas por accidente

Si al momento de ocurrir un siniestro, existen uno o varios seguros vigentes que cubran los mismos bienes y/o pérdidas pecuniarias bajo iguales o similares riesgos amparados por la presente póliza, independientemente de la(s) persona(s) que lo(s) haya(n) suscrito y aun cuando el conjunto de las sumas aseguradas no sobrepase el valor real total a riesgo, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario estará obligado, a poner en conocimiento de tal circunstancia a El Asegurador, por escrito y en el plazo señalado en la Cláusula 12. Suministro de Información de Siniestro de estas Condiciones Generales, debiendo indicar el nombre de las empresas de seguros, el número y el período de vigencia de cada póliza.

Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario intencionalmente omitieren dicho aviso o si hubiese celebrado dos(s) o más seguros con el fin de procurarse un provecho ilícito, El Asegurador no queda obligado frente a los mismos. Sin embargo, El Asegurador conservará sus derechos derivados de este contrato de

seguro. En este caso El Asegurador deberá tener prueba fehaciente de la conducta dolosa del Tomador, Asegurado o Beneficiario.

Las empresas de seguros contribuirán al abono de la indemnización en proporción a la suma propia asegurada, sin que pueda superarse la cuantía del daño o pérdida. Dentro de ese límite el Asegurado o el Beneficiario puede pedir a cada empresa de seguros la indemnización debida según el respectivo contrato. Si una o varias empresas de seguros ha(n) pagado una cantidad superior a la que proporcionalmente le corresponda, podrá(n) repetir contra el resto de las demás empresas de seguros.

En caso de contrataciones de buena fe de una pluralidad de seguros, incluso por una suma total superior al valor asegurado sobre los bienes cubiertos, todos los contratos serán válidos y obligarán a cada una de las empresas de seguros a pagar hasta el valor del daño o pérdida que hubiese sufrido el bien, dentro de los límites de la suma que hubiesen asegurado, proporcionalmente a lo que le corresponda en virtud de los otros contratos celebrados.

Cuando exista una pluralidad de seguros, en caso de siniestro, el Beneficiario no puede renunciar a los derechos que le correspondan, según el contrato de seguro, o aceptar modificaciones de los mismos con una de las empresas de seguros en perjuicio de las demás.

Cláusula 11. Notificación de Siniestro. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario debe notificar a El Asegurador la ocurrencia del siniestro dentro del plazo máximo de cinco (5) días hábiles de haberlo conocido y, además, dar a El Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

El Asegurador quedará exonerado de toda responsabilidad si el obligado hubiese dejado de hacer la declaración del siniestro en el plazo fijado, a menos que compruebe fehacientemente que la misma dejó de realizarse por una causa extraña no imputable a dicho obligado.

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario debe probar la ocurrencia del siniestro, el cual se presume cubierto por la póliza, pero El

Asegurador puede probar que existen circunstancias que según el contrato de seguro o la ley lo exoneran de responsabilidad.

Cláusula 12. Suministro de Información del Siniestro

Al ocurrir un siniestro, en los términos amparados por la presente póliza, el Tomador, el Asegurado o Beneficiario deberá:

1. En lo que respecta a los bienes asegurados, tomar todas las providencias necesarias y razonables para evitar que sobrevengan pérdidas o daños ulteriores, salvar y/o recobrar el bien asegurado y, en lo que respecta a los Asegurados, adoptar y permitir que se adopten todas las medidas que fueran razonables para reducir al mínimo las consecuencias del accidente, enfermedad, lesión, tratamiento médico, hospitalización o intervención quirúrgica que da origen a la reclamación.
2. En caso de robo, notificar a la policía o a otra autoridad competente dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes de haber ocurrido el robo.
3. Notificar inmediatamente a los encargados o responsables del Transporte Público o al depositario o a quien sea responsable de la pérdida, daño o accidente.
4. Dar aviso por escrito a El Asegurador, inmediatamente o a más tardar dentro del plazo establecido en la Cláusula 11. Notificación de Siniestro de estas Condiciones Generales. Una vez El Asegurador reciba la notificación del siniestro, si éste se encuentra cubierto de acuerdo a los términos y condiciones de la póliza, El Asegurador le enviará al Asegurado los correspondientes formularios de reclamo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha del aviso. Por su parte el Asegurado, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de recibir los formularios de reclamo o dentro de cualquier plazo mayor que, por escrito, le hubiese concedido El Asegurador, suministrará:
 - a) Un informe escrito con todas las circunstancias relativas al siniestro;
 - b) Una relación detallada de cualesquiera otros Contratos de Seguros sobre el bien o los bienes asegurados objetos de esta póliza, así como otros Seguros de Salud, de Vida y de Accidentes Personales que se encuentren vigentes y que amparen a los Asegurados afectados por el siniestro;
 - c) Una relación detallada del o los bienes asegurados que hayan sido perdidos o dañados, sin comprender ganancia alguna;
 - d) Cualquier informe, cuentas, comprobantes, facturas y demás documentos justificativos que El Asegurador haya considerado necesario requerir en relación con el origen, la causa o circunstancias del siniestro o para la determinación del monto de la pérdida o daño reclamado a cuya indemnización hubiere lugar;
 - e) En caso de fallecimiento de un Asegurado, Partida de Defunción, Partida de Nacimiento, Pasaporte, Informe de las autoridades competentes que intervinieron en el accidente, Declaración de Únicos y Universales Herederos con el pronunciamiento del Juez (cuando se trate del Asegurado Titular) y cualquier otro documento que razonablemente solicite, por escrito, El Asegurador.

En caso de que el siniestro no estuviese cubierto, de acuerdo a los términos y condiciones de la póliza, El Asegurador se lo informará al Asegurado en el mismo momento en que éste hizo la notificación del mismo y la comunicación escrita del rechazo deberá hacerla dentro del plazo establecido en la Cláusula 17. Derecho a la Indemnización y a La Notificación de Rechazo de estas Condiciones Generales.

El Asegurador quedará relevado de la obligación de indemnizar si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario incumpliera cualquiera de las obligaciones establecidas en esta Cláusula, excepto en aquellos casos de causa extraña comprobada que impidan al obligado el cumplimiento de lo aquí estipulado, en cuyo caso



los recaudos exigidos podrán ser presentados en cuanto sea razonablemente posible, siempre que el tiempo para la entrega no exceda de los ciento ochenta (180) días calendario contados desde la fecha en que se tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro. Transcurrido este último plazo otorgado como consecuencia de comprobada causa extraña para cumplir con lo establecido en esta Cláusula, el Tomador, Asegurado o Beneficiario perderá todo derecho a exigir el pago que le hubiese podido corresponder.

El relevo de la obligación de indemnizar establecido en el párrafo anterior no será aplicable si el Tomador, Asegurado o Beneficiario, ocurrido un siniestro amparado por alguna de las Coberturas de Muerte, Desmembramiento, Otras Invalideces Permanentes e Incapacidad Total y Permanente Por Accidente, no informaren la existencia de otros seguros.

Cláusula 13. Obligación de Aminorar las Consecuencias del Siniestro

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario debe emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber dará derecho a El Asegurador a reducir la indemnización en la proporción correspondiente, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del Tomador, el Asegurado o el Beneficiario.

Si este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a El Asegurador, éste queda liberado del pago de toda indemnización derivada del siniestro.

Los gastos que se originen por el cumplimiento de la citada obligación, siempre que no sean inoportunos o desproporcionados a los bienes salvados o a las lesiones corporales o pérdidas sufridas por el Asegurado, serán por cuenta de El Asegurador hasta el límite fijado en el contrato, e incluso si tales gastos no han tenido resultados efectivos o positivos. En ausencia de pacto, se indemnizarán los gastos efectivamente originados, sin que esta indemnización, aunada a la del siniestro, pueda exceder del límite de

responsabilidad que para cada cobertura contratada se establece en el Cuadro de Coberturas y Beneficios.

Si en virtud de este contrato, El Asegurador sólo debe indemnizar una parte del daño causado por el siniestro, entonces éste deberá rembolsar la parte proporcional de los gastos de salvamento, a menos que el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario haya actuado siguiendo las instrucciones de El Asegurador y haya demostrado que dichos gastos no eran razonables, en cuyo caso los gastos serán a costa de El Asegurador.

Cláusula 14. Evaluación Médica Al Asegurado.

El Asegurador, a su propio costo, luego de notificado el siniestro relacionado con una lesión o enfermedad o accidente sufrido por el Asegurado, tendrá el derecho de hacer examinar por un médico al Asegurado, como máximo en dos (2) oportunidades, mientras el reclamo correspondiente al pago de un beneficio se halle pendiente. No obstante, si el reclamo responde a una Incapacidad Total y Permanente, los reconocimientos médicos podrán ser exigidos con la frecuencia razonable necesaria a fin de demostrar el grado de importancia y extensión de la incapacidad. Asimismo, en caso de Muerte, El Asegurador tendrá el derecho a pedir la realización de una autopsia del Asegurado, a menos que ello no esté permitido por las leyes locales.

Si el Asegurado o Beneficiario se negara a cumplir con tales requerimientos, según el caso, El Asegurador queda liberado de toda responsabilidad.

Cláusula 15. Exoneración de Responsabilidad

El Asegurador quedará relevado de toda responsabilidad y el Asegurado perderá todo derecho a indemnización:

- a) 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.
- b) Si el Tomador o el Asegurado actúa con dolo o si el siniestro ha sido ocasionado por dolo de el Tomador o el Asegurado.
 - c) Si el Tomador o el Asegurado actúa con culpa grave o si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave de el Tomador o el Asegurado. No obstante, El Asegurador estará obligado al pago de la indemnización por el siniestro amparado si el mismo 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.
 - d) Si, de acuerdo con lo exigido en la Cláusula 10- Pluralidad De Seguros de las presentes Condiciones Generales y luego de un siniestro no amparado por alguna de las Coberturas de Muerte, Desmembramiento, Otras Invalideces Permanentes e Incapacidad Total y Permanente Por Accidente, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario intencionalmente omitiere dar aviso sobre la existencia de dos(s) o más seguros que lo amparen.
 - e) Si, de acuerdo con lo exigido en la Cláusula 11- Notificación de Siniestro de las presentes Condiciones Generales y luego de un siniestro, el Tomador, el Asegurado o Beneficiario omitiere dar aviso respectivo, a menos que se compruebe fehacientemente que el aviso dejó de realizarse por una causa extraña no imputable a dicho obligado.
 - f) Si el Tomador, el Asegurado o Beneficiario incumpliere cualquiera de las obligaciones establecidas en la Cláusula 12- Suministro de Información del Siniestro de las presentes Condiciones Generales, salvo causa extraña comprobada que impidan al obligado.
 - g) Si el Tomador el Asegurado o Beneficiario incumpliere intencionalmente su obligación de aminoran las consecuencias de un siniestro de acuerdo con lo establecido en la Cláusula 13- Obligación De Aminorar Las

Consecuencias del Siniestro de las presentes Condiciones Generales.

- h) Si el Asegurado o Beneficiario se negara a cumplir con los requerimientos establecidos en la Cláusula 14- Evaluación Médica Al Asegurado de las presentes Condiciones Generales.

Cláusula 16. 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 es de obligatorio cumplimiento.

Cláusula 17. Derecho a la Indemnización y a Notificación de Rechazo

El Asegurador está obligado a satisfacer la indemnización de ser el caso, según las circunstancias por él conocidas y sujeto a los términos y condiciones de este contrato de seguro.

El Asegurador pagará al Asegurado Titular el importe del beneficio, una vez evaluada la reclamación correspondiente y se encuentre ajustada a los términos y condiciones establecidas en la presente póliza, en un plazo que no exceda de treinta (30) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que hayan entregado el último recaudo, si fuera el caso. En consecuencia, El Asegurador estará obligado a hacer efectiva el pago de la

indemnización, prestación o reembolso que corresponda, según el caso, antes de que venza el referido plazo.

En caso de muerte del Asegurado Titular, los beneficios previstos en las Coberturas por Muerte Accidental y Repatriación de Restos Mortales serán pagados:

- a) En el caso de las Coberturas por Muerte Accidental: a sus herederos legales, quienes tendrán derecho a recibir el pago de la prestación que les corresponda en un plazo que no exceda de treinta (30) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que hayan entregado el último recaudo, si fuera el caso, y
- b) En el caso de la Cobertura de Repatriación de Restos Mortales: al Asegurado Titular o a la persona que demuestre fehacientemente haber incurrido en los gastos de tramitación para el traslado del cuerpo del Asegurado fallecido a la Ciudad de Residencia, sujeto el reembolso de tales gastos incurridos a los términos y condiciones de la presente póliza.

En caso de rechazo de una reclamación, el Asegurado Titular o Beneficiarios tienen derecho a ser notificados por escrito, en el plazo antes señalado, de las causas de hecho y de derecho que, a juicio de El Asegurador, justifican el rechazo, total o parcial, de la indemnización exigida.

Cláusula 18. Derecho del Asegurador en Caso de Indemnización. En el caso de pérdida de los bienes asegurados El Asegurador no pagará más que el valor real de los bienes al momento de la pérdida.

Cláusula 19. Derecho de el Asegurador a Recuperar Pagos Indebidos. El Asegurador tiene derecho a recuperar del Asegurado Titular o del Asegurado o del o los Beneficiarios cualquier pago efectuado que, en última instancia, se determine que no tiene cobertura bajo esta póliza.

Cláusula 20. Subrogación de Derechos

El Tomador o el Asegurado no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de recobrar

de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado, so pena de perder todo derecho a indemnización bajo la presente póliza.

En caso de ocurrir un siniestro amparado por esta póliza, el Tomador o el Asegurado está obligado a realizar, a expensas de El Asegurador, cuantos actos sean necesarios y todo lo que ésta pueda razonablemente requerir, con el objeto de permitir que El Asegurador ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean estos requeridos antes o después del pago de la indemnización.

El Asegurador una vez haya efectuado el pago de la indemnización, queda subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto de ésta, en los derechos y acciones del Tomador o del Asegurado contra los terceros responsables.

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará si el daño hubiese sido causado por los descendientes, por el cónyuge, por la persona con quien mantenga unión estable de hecho, por otros parientes del Asegurado o personas que conviven permanentemente con él o por las personas por las que deba responder civilmente. Tampoco es aplicable la subrogación para las Coberturas de Muerte o Desmembramiento por causa accidental.

Cláusula 21. Caducidad. Los derechos derivados de la póliza, con respecto a cualquier reclamación presentada a El Asegurador, caducarán si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario del seguro no hubiere demandado judicialmente a El Asegurador, acordado con éste someterse a un arbitraje o solicitado el sometimiento ante la autoridad competente, dentro del plazo que se indica en cada uno de los siguientes casos:

1. Rechazo de cualquier reclamación: doce (12) meses contados a partir de la fecha de rechazo.
2. Inconformidad con el pago de la indemnización: doce (12) meses contados a partir de la fecha en que El Asegurador efectuó el pago.
3. Inconformidad con los servicios prestados: doce (12) meses contados a partir de la fecha en que se prestó el servicio.

En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado desde el momento en que haya un pronunciamiento por parte de El 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 22. Prescripción. Salvo lo dispuesto en leyes especiales, las acciones derivadas del presente contrato de seguro prescriben a los tres (3) años contados a partir del siniestro que dio nacimiento a la obligación.

Cláusula 23. Títulos. Los títulos de estas Cláusulas y las de las Condiciones Particulares, así como de los Anexos que forman o llegaren a formar parte de la presente póliza han sido insertados para fines de referencia solamente y de ninguna manera se considerarán que limitan o afectan las disposiciones a las cuales se relacionan.

Cláusula 24. Comunicación. Cualquier comunicación deberá hacerse por escrito mediante carta certificada o telegrama con acuse de recibo, dirigido al domicilio de El Asegurador o a la dirección del Tomador o del Asegurado que aparezca en esta póliza, según sea el caso.

Cláusula 25. Territorialidad. La protección que otorga esta póliza se aplicará para siniestros que ocurran en cualquier lugar del mundo, excluyendo aquellos ocurridos dentro de la República Bolivariana de Venezuela.

Cláusula 26. Domicilio Procesal. Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse de la presente póliza, las partes intervinientes en este contrato de seguro eligen como domicilio procesal, único y excluyente de cualquier otro, la ciudad donde se suscribió el presente contrato, a la jurisdicción de cuyos tribunales quedan sometidas, renunciando expresamente a cualquier otro domicilio.

Cláusula 27. Peritaje. Si surgiere desacuerdo entre las partes para la fijación del importe de la indemnización, las partes podrán someter tal desacuerdo al siguiente procedimiento:

- a) Nombrar por escrito un médico único en el caso que se somete a peritaje, de común acuerdo entre las partes.
- b) En caso de desacuerdo sobre la designación del médico único, se nombrarán por escrito dos médicos, uno por cada parte, en el plazo de dos (2) meses calendario a partir del día en que una de las dos partes hayan requerido a la otra dicha designación.
- c) En caso de que una de las dos partes se negara a designar o dejare de nombrar un médico, en el plazo antes indicado, la otra parte tendrá el derecho un amigable componedor médico.
- d) Si los dos médicos así nombrados no llegaren a un acuerdo, el o los puntos de discrepancia serán sometidos al fallo de un tercer médico nombrado por ellos, por escrito y su apreciación agotará este procedimiento.
- e) El médico único, los médicos o el médico tercero, según el caso decidirán en que proporción las partes han de soportar los gastos relativos al peritaje.

El fallecimiento de cualquiera de los dos (2) médicos, que aconteciera en el curso de las operaciones de peritaje, no anulará ni mermará los poderes, derechos, o atribuciones del médico sobreviviente. Asimismo, si el médico único o el médico tercero fallecieron antes del dictamen final, las partes o los médicos que le hubieren nombrado según el caso, quedan facultados para sustituirlo por otro.

Cláusula 28. Moneda. Todos los pagos relativos a la póliza, ya sean por parte del Tomador como parte de el Asegurador, serán en la moneda que se indique en el Cuadro Recibo de Póliza. No obstante, si la moneda establecida para todos los pagos relativos a la póliza fueran en Dólares de los Estados Unidos de América (US\$) y para la fecha de efectuarse los pagos que

deban realizarse en Venezuela existe un impedimento de tipo legal decretado por el Gobierno, para efectuar los pagos en Dólares de los Estados Unidos de América (US\$), los mismos se harán en la moneda de curso legal en Venezuela, tomando en cuenta el tipo de cambio

oficial para la venta que dicte y publique el Banco Central de Venezuela.



CONDICIONES PARTICULARES

Cláusula 1. Acceso a los Servicios y Beneficios. Los Servicios y Beneficios que otorga esta póliza al Asegurado serán prestados por El Asegurador cuando estos sean efectivamente solicitados en forma telefónica por el Asegurado, mediante una “Llamada por Cobrar” a través del teléfono: 0054-11-43135836.

Los Servicios están sujetos a los términos, límites y alcances de la presente póliza.

El Asegurador podrá prestar los Servicios y Beneficios aquí garantizados por intermedio de terceras personas o instituciones.

Cláusula 2. Servicios y Coberturas

1. Servicios de Asistencia en Viajes:

El servicio de “Emergencia durante las 24 horas” se presta en conjunto con las otras Cláusulas de esta póliza. Este servicio incluye lo siguiente:

1.1. Servicios Previos a La Salida:

- Advertencias gubernamentales sobre viajes a localidades de ciertos países.
- Aconsejar sobre requisitos de inmunización.
- Aconsejar sobre requisitos de pasaporte y visa.
- Información sobre el clima y riesgos característicos de localidades extranjeras.

1.2. Servicios de Emergencia Médica Durante El Viaje:

- Indicaciones y ayuda para obtener asistencia médica local.
- Control sobre los casos de pacientes internados para determinar la calidad y el costo de un tratamiento apropiado.
- Contacto entre el Médico tratante y la familia, cuando sea necesario.

- Comunicación con la familia y el Médico de cabecera del Asegurado.
- Coordinación de un acompañante para viajar con un menor, para el regreso del menor a su residencia.
- Coordinación del transporte para la familia, socios comerciales o amigos, a su propio cargo, para reunirse con el Asegurado cuando éste se halle internado.

1.3. Servicios de Viaje de Emergencia:

- Arreglos para la restitución de pasajes robados o perdidos.
- Información al Asegurado sobre como reemplazar documentos de viaje.
- Información al Asegurado sobre como resolver problemas generales de emergencia que ocurran durante el Viaje.
- Suministro de información telefónica inmediata al Asegurado que haya perdido su equipaje o que dicho equipaje se encuentre demorado por un Transporte Público.
- Contacto con los transportadores para rastrear el equipaje perdido o demorado en un Transporte Público.

1.4. Servicios de Asistencia Legal:

- Coordinación necesaria para que el Asegurado pueda contactarse con Abogados.
- Coordinación del otorgamiento de una fianza o caución o de un adelanto en efectivo de las Tarjetas de Crédito del Asegurado y otros recursos disponibles del mismo, para garantizar el pago de servicios legales a él prestados.

2. Coberturas:

2.1. Evacuación Médica de Emergencia:



El Asegurador reembolsará al Asegurado Titular, hasta el monto máximo que figura en el Cuadro de Coberturas y Beneficios, los costos médicos razonables y usuales de los gastos médicos protegidos por esta póliza en los que se incurrió, debido a una Lesión o Enfermedad sufrida por el Asegurado durante la vigencia de la póliza y mientras se encontraba de Viaje fuera de la República Bolivariana de Venezuela, que requirió necesariamente su Evacuación de Emergencia.

Los gastos médicos protegidos por esta póliza corresponden a los de Transportación Médica de Emergencia del Asegurado y Tratamiento Médico, incluyendo servicios y suministros médicos en que necesariamente se incurrió en relación con la Evacuación de Emergencia del Asegurado, sujeto a las definiciones 22 y 27 de la Cláusula 1 de las Condiciones Generales de esta póliza. Todos los acuerdos de Transporte para la Evacuación de Emergencia del Asegurado deberán ser realizadas por la vía más directa y económica posible. Los gastos de Transporte deberán ser: (a) recomendados por el Médico que atienda al Asegurado; (b) requeridos por las regulaciones standard del medio de Transporte que traslada al Asegurado; y (c) acordados y autorizados anticipadamente por El Asegurador.

Se entenderá por Transportación Médica de Emergencia aquella que sea necesaria en forma inmediata por la condición médica del Asegurado para llevarlo desde el lugar en donde se haya lesionado o enfermado hasta la Clínica o Institución Hospitalaria más cercana en donde pueda recibir un tratamiento adecuado y, cuando la condición de salud del Asegurado así lo amerite a efectos de continuar con el tratamiento médico, el traslado en un medio de transporte aéreo, terrestre o acuático desde la Clínica o Institución Hospitalaria donde haya

recibido los primeros auxilios médicos hasta su Ciudad de Residencia.

El Asegurador coordinará las acciones para la evacuación y tratamiento necesario en Viaje.

2.2. Gastos Médicos y Afines; Gastos Odontológicos por Accidente o Por Enfermedades:

El Asegurador reembolsará al Asegurado Titular, hasta el máximo que figura en el Cuadro de Coberturas y Beneficios, sujeto a todos los términos y condiciones de esta póliza, los costos médicos razonables y usuales por los Gastos Médicos Protegidos en los cuales se incurrió para el tratamiento de una Lesión o Enfermedad sufrida por el Asegurado durante la vigencia de la póliza y mientras el Asegurado se encontraba de Viaje fuera de la República Bolivariana de Venezuela, con la condición de que dichos gastos no se deban a una Enfermedad Preexistente.

El Asegurador reembolsará o pagará el costo diario del cuarto de hotel debido a la convalecencia del Asegurado, después de que fue dado de alta de la Clínica, sin que el monto total exceda del límite máximo indicado en el Cuadro de Coberturas y Beneficios.

Estos gastos deberán ser previamente autorizados por El Asegurador.

El Asegurador no pagará o reembolsará los costos que correspondan a gastos que no representen desembolsos para el Asegurado, ya sea que estén incluidos en el costo del Viaje o sean asumidos por otra parte.

2.2.1. Gastos Por Accidentes y Enfermedades: Se amparará la hospitalización del Asegurado, así como los Costos de Viaje de una persona designada por él para cuidarlo y los gastos de convalecencia, siempre que tales gastos se hayan generado



a más tardar dentro de las 26 semanas siguientes la fecha de vencimiento de la póliza y de acuerdo con lo siguiente:

2.2.1.1. Si durante el Viaje, el Asegurado es internado en una Clínica o Institución Hospitalaria por más de veinticuatro (24) horas, de acuerdo con las condiciones cubiertas por esta póliza, El Asegurador reembolsará los gastos médicos protegidos hasta el monto indicado en el Cuadro de Coberturas y Beneficios.

2.2.1.2. Si el Asegurado está solo durante el Viaje, El Asegurador pagará el costo del viaje ida y vuelta, limitado al precio de la tarifa aérea económica en un transporte de línea regular, para trasladar a la persona que el Asegurado elija, hasta la ciudad donde el Asegurado se encuentre convaleciente.

Los pagos que efectúe El Asegurador, descritos en los numerales 2.2.1.1 y 2.2.1.2, en total no podrán exceder del Límite de Responsabilidad establecido en el Cuadro de Coberturas y Beneficios para esta Cobertura.

2.2.2. Gastos de Odontología Por Emergencia:

2.2.2.1. Gastos de Odontología Por Accidente: Son los gastos incurridos por aquellos servicios

odontológicos recibidos por el Asegurado dentro de los treinta (30) días consecutivos siguientes a la hora y fecha de la Lesión sufrida por el Asegurado durante la vigencia de la póliza. Estos gastos los reembolsará El Asegurador al Asegurado Titular y hasta el monto indicado en el Cuadro de Coberturas y Beneficios. El primer tratamiento con respecto a esta Lesión deberá comenzar dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la hora y fecha que sucedió la Lesión y para que esté cubierto el accidente debe haber ocurrido fuera de la República Bolivariana de Venezuela.

2.2.2.2. Gastos de Odontología Por Enfermedad: Son los gastos incurridos por aquellos servicios odontológicos recibidos por el Asegurado dentro de los treinta (30) días consecutivos siguientes a la hora y fecha del dolor agudo repentino sufrido por el Asegurado durante la vigencia de la póliza. Estos gastos los reembolsará El Asegurador al



Asegurado Titular y hasta el monto indicado en el Cuadro de Coberturas y Beneficios. El primer tratamiento deberá comenzar dentro de las veinticuatro (24) horas siguientes a la hora y fecha en que se presentó por primera vez el dolor agudo y para que esté cubierto dicho dolor deberá manifestarse fuera de la República Bolivariana de Venezuela.

2.3. Interrupción / Cancelación del Viaje; Costos Incurridos Por Viaje de Emergencia de Un Familiar y Demora Del Viaje:

El Asegurador pagará la pérdida de lo abonado por el Asegurado Titular como precio del Viaje, hasta el monto estipulado en el Cuadro de Coberturas y Beneficios, si previo a la Fecha de Salida del viaje o a la Fecha de Llegada del viaje, se cancelara o interrumpiera el mismo debido a una Enfermedad, Lesión, o fallecimiento del Asegurado Titular o del Cónyuge o Compañero de viaje del Asegurado Titular, de un Miembro Familiar Directo del Asegurado Titular o de cualquiera de los Asegurados, o de un Miembro Familiar Directo del Cónyuge o Compañero de viaje del Asegurado Titular y por lo cual el Asegurado Titular está impedido para realizar o para continuar el viaje.

En caso de una Interrupción o Cancelación del Viaje, el Asegurado Titular o, si éste se encuentra impedido, cualesquiera de los Asegurados inscritos en la póliza deberá notificar de ello a El Asegurador tan pronto como sea razonablemente posible. El Asegurador no será responsable por ninguna multa o

penalidad adicional incurrida que no hubiese sido impuesta si el Asegurado hubiera notificado a El Asegurador tan pronto como debió hacerlo.

2.3.1. Interrupción del Viaje: El Asegurador pagará al Asegurado Titular la parte no reembolsable del costo de los arreglos de Viaje prepagados por concepto de Hotel y/o pasaje del Transporte Público no utilizado, menos el valor del crédito aplicado por el pasaje de regreso no utilizado, a fin de volver a la Ciudad de Residencia o los gastos para reanudar el Contrato de Viaje. Este beneficio está limitado al precio de la tarifa aérea económica de ida de un transporte de línea regular y sujeto, además, al monto máximo que figura en el Cuadro de Coberturas y Beneficios.

En caso de que el Asegurado Titular esté viajando en compañía de un menor de hasta 15 años de edad y el Asegurado Titular se encuentre imposibilitado para continuar su Viaje debido a Enfermedad, Lesión o su muerte que resulte en la desatención del menor, El Asegurador pagará el costo del viaje ida y vuelta, de acuerdo a la tarifa aérea económica de un transporte de línea regular, para un adulto designado por la familia del Asegurado Titular con el fin de acompañar al menor en el viaje de regreso a la Ciudad de Residencia. Estos gastos deberán estar previamente autorizados por El Asegurador.



2.3.2. CANCELACIÓN DEL VIAJE: El Asegurador pagará al Asegurado Titular la parte no reembolsable del costo de los arreglos de Viaje prepagados por concepto de Hotel y/o pasaje del Transporte Público no utilizado, menos el valor del crédito aplicado por el pasaje no utilizado o los gastos para reanudar el Contrato de Viaje. Este beneficio está limitado al precio de la tarifa aérea económica de ida de un transporte de línea regular y sujeto, además, al monto máximo que figura en el Cuadro de Coberturas y Beneficios.

2.3.3. DEMORA DEL VIAJE: El Asegurador reembolsará los Gastos adicionales razonables, según la definición 26 de la Cláusula 1 de las Condiciones Generales, en los que se hubiese incurrido cuando el Viaje se encuentre demorado doce (12) horas o más debido a uno de los casos previstos a continuación. Los beneficios están sujetos al monto máximo que figura en el Cuadro de Coberturas y Beneficios, pagadero a razón de un décimo de dicho máximo por cada veinticuatro (24) horas que el Viaje del Asegurado se encuentre demorado, hasta un máximo de diez (10) días.

Casos Que dan Lugar a Los Beneficios Por Demora De Viaje:

a) Demora de un Transporte Público causada por clima inclemente.

- b) Demora por Huelga u otro conflicto laboral de los empleados del Transporte Público y que hubiese sido programado para ser utilizado por el Asegurado durante su Viaje.
- c) Demora causada por Falla del Equipo del Transporte Público.

Limitación: Los beneficios no serán reembolsados cuando la Demora fue hecha pública o conocida por el Asegurado Titular antes de la celebración de esta póliza.

2.4. Pérdida de Equipaje por el Transporte Público

El Asegurador pagará los beneficios previstos en esta cobertura si el equipaje del Asegurado que se halle bajo cuidado, custodia y control del Transporte Público se pierde debido a robo o falta de entrega por parte de este último, con la condición de que el Asegurado, durante el Viaje, sea un pasajero con un boleto emitido por dicho Transporte Público.

El Asegurador pagará al Asegurado Titular, hasta el monto máximo que figura en el Cuadro de Coberturas y Beneficios, el costo del equipaje y su contenido, siempre y cuando haya sido debidamente registrado por el Transporte Público. Todos los reclamos deberán ser refrendados por el Transporte Público.

El importe máximo a pagarse por pieza de equipaje será el 50% del monto que figura en el Cuadro de Coberturas y Beneficios y el valor máximo por artículo contenido en dicha pieza de equipaje será el 10% de dicho monto que figura en el Cuadro de Coberturas y Beneficios. Hay también un límite máximo combinado del 10% de dicho monto que figura en el Cuadro de Coberturas y Beneficios para los siguientes artículos: joyas, relojes, artículos enteramente o en parte de plata,



oro o platino, pieles, artículos con accesorios de piel o hechos casi enteramente de piel, cámaras en general, incluyendo equipos relacionados a éstas, computadoras y equipos electrónicos.

En caso de pérdida en un par o juego, El Asegurador, previa aceptación del Asegurado, podrá optar por lo siguiente:

- a) Reemplazar cualquier parte para reestructurar el par o juego a su valor antes de la pérdida, o
- b) Pagar la diferencia entre el valor en efectivo del bien antes y después de la pérdida.

Limitaciones: Los beneficios por Pérdida de Equipaje serán en exceso de cualquier monto pagado o pagable por el Transporte Público responsable de la pérdida.

Si al momento de producirse cualquier pérdida hay uno o más seguros válidos que cubra(n) el(los) mismo(s) bien(es) asegurado(s) bajo esta Cobertura de Pérdida de Equipaje, los beneficios serán pagados de acuerdo a la Cláusula 10 de las Condiciones Generales de esta póliza, referida a Pluralidad de Seguros.

2.5 Demora de Equipaje.

El Asegurador se obliga a pagar al Asegurado, hasta el monto máximo que figura en el cuadro de Coberturas y Beneficios para esta cobertura, los gastos incurridos por la compra de elementos personales cuando estando el equipaje bajo custodia, cuidado y control de una empresa de transporte público, por intermedio de la cual el Asegurado viaje como pasajero debidamente admitido, se demore su entrega al Asegurado por un período mayor a las veinticuatro (24) horas contadas desde la hora de llegada del Asegurado al destino indicado en el pasaje emitido por la empresa en que se transportaba. No se otorgará este beneficio cuando el destino del asegurado sea la Ciudad de Residencia.

Esta Cobertura opera mediante la figura de reembolso.

2.6. Repatriación de Restos Mortales

En caso de fallecimiento de un Asegurado durante el Viaje y siempre que dicho fallecimiento ocurra dentro del período de vigencia de la póliza y fuera de la República Bolivariana de Venezuela, El Asegurador reembolsará los gastos razonablemente incurridos para trasladar su cuerpo a la Ciudad de Residencia, hasta el monto máximo que figura en el Cuadro de Coberturas y Beneficios para esta Cobertura.

El beneficio antes mencionado incluye, pero no se limita a los gastos de: (a) embalsamamiento; (b) cremación; (c) féretro y (d) transporte.

Además, El Asegurador coordinará las acciones necesarias en la tramitación del retorno de los restos mortales del Asegurado a la Ciudad de Residencia.

2.7. Honorarios Legales

El Asegurador reembolsará los Honorarios Legales en los que incurra el Asegurado Titular como resultado de un arresto falso o detención ilegal de cualesquiera de los Asegurados indicados en el Cuadro y Recibo de la póliza, hasta el monto estipulado en el Cuadro de Coberturas y Beneficios para esta Cobertura.

2.8. Fianzas

El Asegurador pagará el costo de la Fianza que se le fije al Asegurado como resultado de arresto falso o detención ilegal, hasta el monto estipulado en el Cuadro de Coberturas y Beneficios.

2.9. Accidentes Personales

- 2.9.1. Muerte, desmembramiento, otras invalideces permanentes e



incapacidad total y permanente por accidente a bordo de un transporte público:

Si como consecuencia de un accidente amparado por la póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma y durante un Viaje fuera de la República Bolivariana de Venezuela, el Asegurado sufriera una Lesión mientras esté a bordo de un Transporte Público como pasajero o mientras se embarca o desembarca del mismo, que resultara en:

2.9.1.1. La Muerte del Asegurado. En este caso El Asegurador pagará el monto establecido como Límite de Responsabilidad indicado en el Cuadro de Coberturas y Beneficios para la Cobertura de Muerte Accidental en Transporte Público, siempre que el fallecimiento ocurra dentro de los 365 días siguientes a la fecha del accidente que causó la Lesión.

2.9.1.2. Cualesquiera de las Pérdidas por Desmembramiento indicadas en la Tabla de Indemnización por Pérdida. En este caso El Asegurador pagará el importe que resulte de aplicar el porcentaje indicado en dicha Tabla a la suma indicada en el Cuadro de Coberturas y Beneficios para la Cobertura de Muerte Accidental en

Transporte Público, siempre que la Pérdida ocurra dentro de los 365 días de la fecha del accidente que causó la Lesión.

2.9.1.3. Cualesquiera de las otras Pérdidas que no sean por Desmembramiento e indicadas en la Tabla de Indemnización por Pérdida. En este caso El Asegurador pagará el importe que resulte de aplicar el porcentaje indicado en dicha Tabla a la suma indicada en el Cuadro de Coberturas y Beneficios para la Cobertura de Muerte Accidental en Transporte Público, siempre que la Pérdida ocurra dentro de los 365 días de la fecha del accidente que causó la Lesión.

2.9.1.4. Incapacidad Total y Permanente a causa de una Pérdida de las señaladas en la Tabla de Indemnización por Pérdida, que haya sido debidamente indemnizada por El Asegurador y, en fecha posterior a dicho pago, se determina que el Asegurado se encuentra incapacitado total y permanentemente de tal manera que quede imposibilitado para realizar cualquier clase de ocupaciones

o empleos remunerables o con fines de lucro, El Asegurador pagará la diferencia entre el monto indicado en el Cuadro de Coberturas y Beneficios para la Cobertura de Muerte Accidental en Transporte Público y la cantidad indemnizada por la Pérdida indicada en la Tabla de Indemnización por Pérdida, siempre que tal incapacidad se haya prolongado por un período de 12 meses consecutivos, contados a partir de la fecha del accidente que causó la Lesión, y que sea total, continua y permanente al final de dicho período.

La indemnización máxima que pagará El Asegurador, ya sea por la ocurrencia de uno o más accidentes cubiertos o de una o más Pérdidas cubiertas, de acuerdo a la Tabla de Indemnización por Pérdida, no excederá del monto establecido como Límite de Responsabilidad indicado en el Cuadro de Coberturas y Beneficios para la Cobertura de Muerte Accidental en Transporte Público.

2.9.2 Muerte, desmembramiento, otras invalidez permanentes e incapacidad total y permanente a causa de asalto con propósito criminal:

Si durante el Viaje fuera de la República Bolivariana de Venezuela y con motivo de un Asalto con propósito Criminal ocurrido durante la vigencia de esta póliza, el Asegurado sufriera una Lesión que resultara en:

2.9.2.1. La Muerte del Asegurado. En este caso El Asegurador pagará el monto establecido como Límite de Responsabilidad indicado en el Cuadro de Coberturas y Beneficios para la Cobertura de Muerte Accidental por Asalto, siempre que el fallecimiento ocurra dentro de los 365 días siguientes a la fecha del asalto que causó la Lesión.

2.9.2.2. Cualesquiera de las Pérdidas por Desmembramiento indicadas en la Tabla de Indemnización por Pérdida. En este caso El Asegurador pagará el importe que resulte de aplicar el porcentaje indicado en dicha Tabla a la suma indicada en el Cuadro de Coberturas y Beneficios para la Cobertura de Muerte Accidental por Asalto, siempre que la Pérdida ocurra dentro de los 365 días de la fecha del asalto que causó la Lesión.

2.9.2.3. Cualesquiera de las otras Pérdidas que no sean por Desmembramiento e indicadas en la Tabla de Indemnización por Pérdida. En este caso El Asegurador pagará el importe que resulte



de aplicar el porcentaje indicado en dicha Tabla a la suma indicada en el Cuadro de Coberturas y Beneficios para la Cobertura de Muerte Accidental por Asalto, siempre que la Pérdida ocurra dentro de los 365 días de la fecha del asalto que causó la Lesión.

- 2.9.2.4. Incapacidad Total y Permanente a causa de una Pérdida de las señaladas en la Tabla de Indemnización por Pérdida, que haya sido debidamente indemnizada por El Asegurador y, en fecha posterior a dicho pago, se determina que el Asegurado se encuentra incapacitado total y permanentemente de tal manera que quede imposibilitado para realizar cualquier clase de ocupaciones o empleos remunerables o con fines de lucro, El Asegurador pagará la diferencia entre el monto indicado en el Cuadro de Coberturas y Beneficios para la Cobertura de Muerte Accidental por Asalto y la cantidad indemnizada por la Pérdida indicada en la Tabla de Indemnización por Pérdida, siempre que

tal incapacidad se haya prolongado por un período de 12 meses consecutivos, contados a partir de la fecha del asalto que causó la Lesión, y que sea total, continua y permanente al final de este período.

La indemnización máxima que pagará El Asegurador, ya sea por la ocurrencia de uno o más eventos cubiertos o de una o más Pérdidas cubiertas, de acuerdo a la Tabla de Indemnización por Pérdidas, no excederá del monto establecido como Límite de Responsabilidad indicado en el Cuadro de Coberturas y Beneficios para esta Cobertura de Muerte Accidental por Asalto con Propósito Criminal.

El término Asalto con Propósito Criminal, según se utiliza en este aparte, significa cualquier uso voluntario e ilícito de fuerza ejercido sobre el Asegurado, que sea considerado un delito y que cause en éste un daño corporal. El beneficio no será pagadero debido a un acto cometido por un Miembro Familiar Directo o por un Compañero(a) de Viaje del Asegurado.

- 2.9.3. Muerte, Desmembramiento, Otras Invalideces Permanentes E Incapacidad Total Y Permanente Por Causa Accidental Durante Las 24 Horas (con excepción de lo contemplado en las coberturas 2.9.1 y 2.9.2):

Si durante el Viaje fuera de la República Bolivariana de Venezuela y, como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta póliza y amparado por la misma, con excepción a los ocurridos en un Transporte



Público y por Asalto con Propósito Criminal, el Asegurado sufriera una Lesión que resultara en:

2.9.3.1. La Muerte del Asegurado. En este caso El Asegurador pagará el monto establecido como Límite de Responsabilidad indicado en el Cuadro de Coberturas y Beneficios para la Cobertura de Muerte Accidental 24 Horas, siempre que el fallecimiento ocurra dentro de los 365 días siguientes a la fecha del accidente que causó la Lesión.

2.9.3.2. Cualesquiera de las Pérdidas por Desmembramiento indicadas en la Tabla de Indemnización por Pérdida. En este caso El Asegurador pagará el importe que resulte de aplicar el porcentaje indicado en dicha Tabla a la suma indicada en el Cuadro de Coberturas y Beneficios para la Cobertura de Muerte Accidental 24 Horas, siempre que la Pérdida ocurra dentro de los 365 días de la fecha del accidente que causó la Lesión.

2.9.3.3. Cualesquiera de las otras Pérdidas que no sean por Desmembramiento e

indicadas en la Tabla de Indemnización por Pérdida. En este caso El Asegurador pagará el importe que resulte de aplicar el porcentaje indicado en dicha Tabla a la suma indicada en el Cuadro de Coberturas y Beneficios para la Cobertura de Muerte Accidental 24 Horas, siempre que la Pérdida ocurra dentro de los 365 días de la fecha del accidente que causó la Lesión.

2.9.3.4. Incapacidad Total y Permanente a causa de una Pérdida de las señaladas en la Tabla de Indemnización por Pérdida, que haya sido debidamente indemnizada por El Asegurador y, en fecha posterior a dicho pago, se determina que el Asegurado se encuentra incapacitado total y permanentemente de tal manera que quede imposibilitado para realizar cualquier clase de ocupaciones o empleos remunerables o con fines de lucro, El Asegurador pagará la diferencia entre el monto indicado en el Cuadro de Coberturas y Beneficios para la Cobertura de Muerte Accidental 24 Horas y la cantidad

indemnizada por la Pérdida indicada en la Tabla de Indemnización por Pérdida, siempre que tal incapacidad se haya prolongado por un período de 12 meses consecutivos, contados a partir de la fecha del accidente que causó la Lesión, y que sea total, continua y permanente al final de este período.

La indemnización máxima que pagará El Asegurador, ya sea por la ocurrencia de uno o más accidentes cubiertos o de una o más Pérdidas cubiertas, de acuerdo a la Tabla de Indemnización por Pérdida, no excederá del monto establecido como Límite de Responsabilidad indicado en el Cuadro de Coberturas y Beneficios para la Cobertura de Muerte Accidental 24 Horas.

TABLA DE INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDA

| CONSECUENCIAS DEL ACCIDENTE | PORCENTAJE DE INDEMNIZACIÓN DE LA SUMA PRINCIPAL |
|---|--|
| - Parálisis Total..... | 100% |
| - Enajenación mental incurable..... | 100% |
| PÉRDIDA DE: | |
| - Ambos brazos, o ambas piernas, o un brazo y una pierna, o ambas manos, o ambos pies, o una mano y un pie..... | 100% |
| - Cualquiera de las dos manos o pies y la vista de un ojo..... | 100% |
| - La vista de ambos ojos..... | 100% |
| - El habla y audición bilateral..... | 100% |
| - El habla, o de ambos oídos, o de la vista de un ojo..... | 50% |
| - Audición unilateral..... | 15% |
| - Cualquier mano o pie, o un brazo, o una pierna..... | 50% |
| - El uso del Hombro o el uso de la Cadera..... | 35% |
| - El uso de la Rodilla, o de una muñeca o codo..... | 25% |
| - El dedo pulgar y el dedo índice de la misma mano..... | 35% |
| - El dedo pulgar..... | 20% |
| - Tres o más dedos de una misma mano..... | 35% |
| - El dedo índice..... | 15% |
| - Uno de los otros dedos de la mano (Medio, Anular o Meñique) o del dedo gordo del pie..... | 10% |
| - Cualquier otro dedo del pie..... | 7% |

El concepto de “Pérdida”, a los fines de la Tabla de Indemnización por Pérdida que antecede, será el siguiente:

a) Pérdida de mano o pie significa una real amputación de la mano a la altura de la articulación de la



- muñeca o del pie a la altura de la articulación del tobillo.
- b) Pérdida de la vista de un ojo significa, tanto la pérdida total e irreparable de la función de la vista de ese ojo, como la pérdida física del ojo;
 - c) Pérdida de dedos pulgar e índice significa una real amputación de los dedos índice o pulgar a la altura de la articulación que une a estos con la palma de la mano;
 - d) Pérdida del habla o audición significa la pérdida total e irreparable del habla o de la audición de uno o ambos oídos.

En los casos de enajenación mental, parálisis, pérdida del habla y sordera, aparte de su condición de ser irreparables, a juicio del médico que designe El Asegurador, se requiere que hayan tenido una duración ininterrumpida de 180 días por lo menos desde la fecha del Accidente o Asalto.

Desaparición

El Asegurador pagará el monto indicado en el Cuadro de Coberturas y Beneficios para la Cobertura de Muerte Accidental en Transporte Público si no es posible localizar el cuerpo del Asegurado dentro del año siguiente al aterrizaje forzoso, encalladura, hundimiento o naufragio de un medio de transporte del cual éste era pasajero. En estos casos la empresa transportista a la cual pertenecía el Transporte Público siniestrado, deberá certificar que el Asegurado se encontraba debidamente registrado como pasajero y con un boleto emitido por dicho transporte.

Cláusula 3. Exclusiones Particulares.

Adicionalmente a las Exclusiones establecidas en la Cláusula 3 de las Condiciones Generales, El Asegurador no reembolsará los gastos incurridos ni pagará las indemnizaciones o prestaciones por riesgos ocurridos durante la vigencia de la póliza, cuando los gastos incurridos tengan conexión con

o cuando el siniestro tenga origen en cualesquiera de los siguientes eventos o circunstancias o cuando ocurra en las situaciones que se describen a continuación:

1. En Relación con la Cobertura 2.1. Evacuación Médica de Emergencia y la Cobertura 2.2. Gastos Médicos y Afines; Gastos Odontológicos por Accidente o Por Enfermedad:
 - 1.1. Servicios, suministros o tratamientos, incluyendo cualquier período de Hospitalización, que no hayan sido recomendados, aprobados y certificados Médicamente necesarios por el Médico.
 - 1.2. Exámenes físicos de rutina u otros exámenes con fines de diagnóstico o de laboratorio o radiografías, cuando no haya indicaciones objetivas o deterioro en la salud normal; excepto durante una incapacidad establecida por un Médico.
 - 1.3. Tratamientos odontológicos, siempre que no sean resultado de una Lesión a dientes naturales y sanos causada por un accidente cubierto o como resultado de un súbito dolor agudo a uno o más dientes naturales permanentes, que en cualesquiera de los dos casos haya ocurrido durante la vigencia de la póliza.
 - 1.4. Gastos médicos protegidos correspondientes a la prestación de servicios y suministros médicos u odontológicos prestados al Asegurado cuando la causa que los originó se haya producido mientras el Asegurado se encontrara de Viaje dentro de la República Bolivariana de Venezuela
 - 1.5. Gastos incurridos en relación con pie frágil, deformado o plano, callos o uñas del pie.
 - 1.6. Diagnóstico y tratamiento de acné.
 - 1.7. Tabique desviado, incluyendo resección submucosa y/o cualquier corrección quirúrgica de los mismos.

- 1.8. Transplantes de órganos, que los profesionales médicos competentes consideren experimentales.
 - 1.9. Cuidado de niños sanos, incluyendo exámenes e inmunizaciones.
 - 1.10. Gastos que no son exclusivamente de naturaleza médica.
 - 1.11. Anteojos, lentes de contacto, audífonos y exámenes para la prescripción o ajustes de los mismos, a menos que la Lesión o la Enfermedad haya causado el deterioro de la visión o la audición; tratamientos médicos de miopía, astigmatismo o estrabismo.
 - 1.12. Tratamiento proporcionado por un Hospital del Estado o prestador de servicios normales gratuitos.
 - 1.13. Costo de reposición de aparatos ortopédicos y de prótesis.
 - 1.14. Intervención quirúrgica o tratamiento con carácter preventivo.
 - 1.15. Una Enfermedad Preexistente.
 - 1.16. Tratamientos de la dependencia del alcohol, drogas estupefacientes y psicotrópicas y sus complicaciones, agudas o crónicas, etilismo, así como las consecuencias y/o enfermedades originadas por el alcoholismo o el uso de drogas.
2. En Relación con la Cobertura 2.8. Accidentes Personales:
 - 2.1. Pérdida causada por:
 - a) Infección bacteriológica, siempre que no sean infecciones piogénicas que puedan ocurrir a raíz de un corte accidental o herida.
 - b) Tratamiento médico o quirúrgico, excepto que sea necesario sólo como resultado de una Lesión.
 - 2.2. Cualquier Lesión que resulte en hernia.
 - 2.3. Una Enfermedad Preexistente.

Por El Asegurador
C.A. de Seguros American Internacional

El Tomador