

PÓLIZA DE SEGURO DE PAGO ÚNICO POR CÁNCER

La Mundial de Seguros, C.A., que en adelante será denominada el Asegurador, con Registro de Información Fiscal RIF N° J-000846448, inscrita en el Registro _____, representada en este acto por *{nombre del representante del Asegurador, cédula de identidad y carácter con que actúa dentro del Asegurador}*, en consideración a las informaciones contenidas en la Solicitud de Seguro, firmada por el Asegurado, se compromete a otorgar los beneficios correspondientes a cada una de las coberturas amparadas bajo esta Póliza, con sujeción a lo contenido en las Cláusulas siguientes:

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1.- OBJETO DEL SEGURO

Mediante la presente Póliza el Asegurador se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, y a indemnizar al Asegurado o a los Beneficiarios designados la Suma Asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo.

CLÁUSULA 2.- DEFINICIONES

A los efectos de este contrato, queda expresamente convenido entre las partes que los siguientes términos tendrán los significados que se indican, siendo que el género masculino incluirá también al femenino, cuando corresponda, salvo que del texto de este contrato se desprenda una interpretación diferente:

ASEGURADOR: La Mundial de Seguros, C.A., antes identificada, quien asume los riesgos cubiertos bajo los términos establecidos en las Condiciones Generales, Particulares y Anexos de la Póliza.

ASEGURADO: Persona Natural que en si misma está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere.

BENEFICIARIO: Persona natural o jurídica que tiene el derecho de recibir el pago de la indemnización a que hubiere lugar. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario pueden ser o no la misma persona.

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO: Documento emitido por el Asegurador, junto con el Cuadro Póliza Recibo correspondiente al Tomador. Dicho documento se emitirá siempre y cuando la contratación de este seguro se haga bajo la modalidad de Grupo y su emisión se hará para cada uno de los Asegurados del Grupo, en el se indican los datos particulares de la Póliza y los que corresponden a cada uno de los asegurados, tales como: Número de la Póliza, Número del Certificado, identificación completa del Asegurador, identificación completa del Tomador, Asegurado y Beneficiarios, coberturas contratadas, básicas y opcionales, distinguiendo para cada cobertura: la suma asegurada y el monto de

la prima; lugar y forma de pago de la prima; vigencia del contrato; fecha de emisión del contrato y firmas del Asegurador y del Tomador.

CONDICIONES PARTICULARES: Son aquellas que contemplan aspectos específicos relativos al riesgo que se asegura.

CUADRO PÓLIZA RECIBO: Documento en el que se indica, como mínimo, la siguiente información: número de la Póliza, identificación completa del Asegurador y de su domicilio principal, identificación completa del Tomador y del Asegurado, dirección del Tomador, dirección de cobro, dirección del Asegurado, nombre del intermediario de la actividad aseguradora, coberturas contratadas, básicas y opcionales, distinguiendo para cada cobertura: la suma asegurada y el monto de la prima; lugar y forma de pago de la prima; vigencia del contrato; fecha de emisión del contrato y firmas del Asegurador y del Tomador.

DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO: Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud o Cuestionario de Seguro, los Exámenes Médicos que pueda requerir el Asegurador, el Cuadro Póliza Recibo, los Certificados Individuales de Seguro y los Anexos que se emitan para complementar o modificar la Póliza y demás documentos que por su naturaleza formen parte del contrato.

EDAD: Es la correspondiente a la fecha de cumpleaños más cercana, anterior o posterior, al momento de emisión o renovación de la póliza. Este mismo criterio será utilizado en las sucesivas renovaciones del contrato si las hubiere.

GRUPO: Personas naturales que mantienen un vínculo común entre sí y con el Tomador del Seguro y a quienes se les suscribirá su Póliza según la tarifa a la edad alcanzada, lo cual constará en el respectivo Certificado Individual de Seguro.

PARTES DEL CONTRATO: El Asegurador, el Tomador, el Asegurado y el Beneficiario.

PÓLIZA: Documento escrito donde constan las condiciones del contrato de seguro.

PRIMA: Contraprestación en Dólares de los Estados Unidos de América que, en función del riesgo, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración del contrato.

REPRESENTANTE LEGAL: Persona legalmente autorizada por el Asegurado para que en caso de reclamo y con el único propósito de efectuar la tramitación correspondiente, actúe ante el Asegurador si el se encontrare imposibilitado para ejercer su derecho.

RIESGO: Posible ocurrencia por azar de un acontecimiento que no dependa exclusivamente de la voluntad del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, que ocasione una necesidad económica, y cuya aparición real o existencia se previene y garantiza en la Póliza.

SOLICITUD DEL SEGURO: Cuestionario que proporciona el Asegurador, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del Tomador, del Propuesto Asegurado y sus Beneficiarios, que se pretenda asegurar y demás datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el Tomador y el Propuesto Asegurado, constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión del contrato de seguro.

Adicionalmente, deberá contener el detalle de las coberturas que se pretenden contratar, distinguiendo las coberturas básicas de las opcionales, señalando expresamente que estas últimas no serán de obligatoria suscripción por parte del Tomador o del Propuesto Asegurado.

SINIESTRO: Es la materialización del riesgo que da origen a la obligación de indemnizar por parte del Asegurador, que corresponda conforme al contrato suscrito.

SUMA ASEGURADA: Límite máximo de responsabilidad del Asegurador, en Dólares de los Estados Unidos de América, indicado en el Cuadro Póliza Recibo, en Anexo a esta Póliza o en el Certificado Individual de Seguro, de ser el caso.

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

VIGENCIA DEL SEGURO: Lapso o período anual para la cual ha sido calculada la prima y está indicada en el Cuadro Póliza Recibo o en el Certificado Individual de seguro, de ser el caso.

CLÁUSULA 3.- EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

El Asegurador no estará obligado al pago de la indemnización en los siguientes casos:

- 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 siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario.
- c. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario. No obstante, el Asegurador estará obligado al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el Asegurador en lo que respecta a la Póliza.
- d. Si el siniestro se inicia antes de la vigencia de la Póliza y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador.
- e. Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no notificare el siniestro o no entregare los documentos requeridos por el Asegurador, dentro de los plazos señalados en la Cláusula 11. Procedimiento en Caso de Reclamaciones, de las Condiciones Particulares, a menos que compruebe que la notificación dejó de realizarse por causa extraña no imputable al Tomador, el Asegurado o el Beneficiario.
- f. Si el Tomador o el Asegurado actúa con dolo o culpa grave, según lo señalado en la Cláusula 8. Declaraciones en la Solicitud de Seguro, de estas Condiciones Generales.
- g. Si el Tomador o el Asegurado intencionalmente omitiere dar aviso al Asegurador sobre la contratación de Pólizas que cubran los mismos riesgos o si hubiese celebrado el segundo o los posteriores seguros con el fin de procurarse un provecho ilícito.

h. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares y Anexos de la Póliza.

CLÁUSULA 4.- VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La vigencia del contrato será anual y se hará constar en el Cuadro Póliza Recibo, con indicación de la fecha de emisión, la hora y día de su iniciación y vencimiento.

A falta de indicación expresa, los riesgos cubiertos comienzan a correr por cuenta del Asegurador a las 12 m. del día de inicio de la vigencia del contrato y terminarán a la misma hora del día de su vencimiento.

CLÁUSULA 5.- PRIMAS

El Tomador debe pagar la primera prima en el plazo de diez (10) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia del contrato. Si la prima no es pagada o se hace imposible su cobro por causa imputable al Tomador en el plazo establecido, el Asegurador tendrá derecho a exigir el pago correspondiente o resolver el contrato.

En caso de resolución, ésta tendrá efecto desde el inicio de la vigencia del contrato, sin necesidad de previo aviso al Tomador.

Si ocurriese un siniestro en el plazo convenido para el pago de la primera prima, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague antes de su vencimiento la prima correspondiente.

La prima de este seguro corresponde a períodos anuales y es determinada sobre la base de la tarifa que por cada modalidad tiene aprobado el Asegurador. La prima es pagadera al comienzo de cada período de duración del seguro.

Si el pago de la prima es fraccionado, se entiende que tal fraccionamiento es una facilidad de pago y no implica modificación del período de vigencia del contrato. En este caso, si el Tomador no pagase cualquier fracción de la prima dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la finalización de la última fracción pagada, el Asegurador tiene derecho a exigir la prima debida o a resolver el contrato y si en ese período ocurriese un siniestro amparado, el Asegurador procederá a descontar de la Suma Asegurada la fracción de prima vencida y las fracciones de primas pendientes para completar la totalidad de la prima del período de vigencia del contrato.

En caso de resolución por falta de pago de una fracción de prima vencida, ésta tendrá efecto desde la fecha de finalización del periodo cubierto por la última fracción de prima pagada, siempre que el Asegurador lo haya notificado previamente al Tomador o al Asegurado.

Contra el pago de la prima o cualquiera de sus fracciones, el Asegurador entregará al Tomador el Cuadro Recibo correspondiente firmado y sellado. La entrega de este documento podrá efectuarse en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos previstos para ello y acordados por las partes que consten en la solicitud de seguro.

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

Las primas correspondientes a este contrato serán pagadas directamente en las oficinas del Asegurador. El Asegurador no está obligado a cobrar la prima a

domicilio ni a dar avisos de su vencimiento y si lo hiciere, no sentará precedente de obligación, pudiendo suspender la gestión, en cualquier momento sin previo aviso.

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

Las primas podrán ser pagadas bajo cualquier mecanismo o medio acordado por las partes.

CLÁUSULA 6.- RENOVACIÓN

El contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior y por un plazo igual, siempre que el Tomador pague la prima correspondiente al nuevo período, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula 7.- Plazo de Gracia, de estas Condiciones Generales, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior. La prima a pagar será calculada a la edad alcanzada por el Asegurado.

La renovación no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante notificación escrita con acuse de recibo, dirigido al último domicilio que conste en la Solicitud y Cuadro Póliza Recibo, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso.

CLÁUSULA 7.- PLAZO DE GRACIA

Se conceden treinta (30) días continuos de gracia para el pago de la prima de renovación anual, contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia del contrato anterior.

Si ocurriere un siniestro en este plazo, el Asegurador pagará la indemnización, previa deducción de la prima correspondiente. Si la prima no es pagada en el referido plazo, el contrato quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación de la vigencia del contrato anterior.

CLÁUSULA 8.- DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO

El Tomador o el Propuesto Asegurado al llenar la solicitud, debe declarar con exactitud al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario y demás requerimientos que le indique, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

El Asegurador, deberá participar al Tomador o al Asegurado, en el plazo de cinco (5) días hábiles siguientes, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o rescindir el contrato, mediante comunicación dirigida al Tomador o al Asegurado, según corresponda, en el plazo de un (1) mes, contado a partir del conocimiento de los hechos.

En caso de resolución, ésta se producirá a partir del décimo sexto (16°) día continuo siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, correspondiente al

período que falte por transcurrir, se encuentre a disposición del Tomador en la caja del Asegurador. Corresponderán al Asegurador, las primas relativas al período de seguro transcurrido, en el momento en que haga esta notificación. El Asegurador no podrá rescindir el contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes que el Asegurador, haga la participación a que se refiere esta Cláusula, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador o el Asegurado actúa con dolo o culpa grave, el Asegurador quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la prima.

Cuando el contrato esté referido a varias personas y la reserva o inexactitud se contrajese sólo a una o varias de ellas, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto a los restantes, si ello fuere técnicamente posible.

CLÁUSULA 9. FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador o del Asegurado realizadas en la Solicitud de Seguros, 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.

En caso de falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario en la reclamación del siniestro, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato y exoneran del pago de la indemnización al Asegurador.

No hay lugar a la devolución de prima al Tomador en los supuestos de nulidad del contrato contemplados en esta Cláusula.

CLÁUSULA 10.- PAGO DE INDEMNIZACIONES

El Asegurador tendrá la obligación de pagar la indemnización que corresponda en un plazo que no exceda de treinta (30) días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que el Asegurador haya recibido, toda la información y recaudos requeridos para liquidar el siniestro, salvo por causa extraña no imputable al Asegurador.

CLÁUSULA 11.- RECHAZO DEL SINIESTRO

El Asegurador deberá notificar por escrito al Tomador, Asegurado o Beneficiarios dentro del plazo señalado en la Cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifiquen el rechazo total o parcial de la indemnización exigida.

CLÁUSULA 12.- ARBITRAJE

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

El Superintendente de la Actividad Aseguradora actuará como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de las controversias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato. En este supuesto, la tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en las normas para regular los mecanismos alternativos de solución de conflictos en la actividad aseguradora.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLÁUSULA 13.- CADUCIDAD

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

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

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

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

CLÁUSULA 14.- PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA 15.- OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO

1. El Tomador y el Propuesto Asegurado deberán llenar la Solicitud de Seguro y declarar, con absoluta sinceridad, todas las circunstancias necesarias para identificar el bien o interés asegurado y apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en este contrato.
2. El Asegurado deberá prestar toda la colaboración necesaria para facilitar la realización de la evaluación del riesgo.
3. El Tomador deberá pagar la prima en la forma, frecuencia y tiempo convenido en este contrato.
4. El Asegurado deberá emplear el cuidado de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro.
5. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario le hará saber al Asegurador, dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares, la ocurrencia de un siniestro, expresando claramente las causas y circunstancias de lo ocurrido.
6. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberá declarar, al momento de contratar la Póliza y al tiempo de exigir el pago del siniestro, los contratos de seguros que existen y que cubren el mismo riesgo. La comunicación deberá

hacerse por escrito y en un plazo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha en que el Asegurado tuvo conocimiento de la ocurrencia del siniestro.

7. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberá probar la ocurrencia del siniestro a través de la consignación de toda aquella información necesaria para la indemnización del siniestro, que sea solicitada por el Asegurador.
8. El Tomador o el Asegurado, en caso de cambio de dirección de cobro, domicilio, habitación u oficina, según sea el caso, debe notificar por escrito al Asegurador dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de haber efectuado el cambio, a menos que esta obligación sea considerada una agravación de riesgo, en cuyo caso se aplicará el plazo previsto para ello.
9. El Asegurado debe cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el presente contrato.

CLÁUSULA 16. OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

El Asegurador deberá:

1. Informar al Tomador o al Asegurado, mediante la entrega de la Póliza y demás documentos, la extensión de los riesgos asumidos y aclarar, en cualquier tiempo, todas las dudas y consultas que éste le formule.
2. Entregar el Cuadro Póliza Recibo al Tomador junto con copia de la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los Anexos, si los hubiere, y los demás documentos que formen parte integrante del contrato de seguro. En la renovación la obligación procederá para los nuevos documentos o para aquellos que hayan sido modificados. La entrega de los documentos señalados deberá efectuarse en los términos acordados por las partes.
3. Proceder a la evaluación y liquidación del siniestro, luego de recibida la notificación para la tramitación del siniestro, conforme con lo establecido en las Condiciones Particulares de este contrato.
4. Pagar la Suma Asegurada o la indemnización que corresponda en caso de siniestro, en los plazos establecidos en este contrato o rechazar la cobertura del siniestro, mediante aviso por escrito y debidamente motivado.
5. Cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el contrato de seguro.

CLÁUSULA 17.- PERITAJE

Si surgiere desacuerdo entre el Asegurador y el Asegurado para el pago de la indemnización que pudiere corresponder según la cobertura contratada, las partes podrán someterse al siguiente procedimiento:

1. Nombrar de común acuerdo y por escrito, un perito único.
2. En caso de desacuerdo sobre la designación de un (1) perito único, nombrar por escrito dos (2) peritos, uno por cada parte, dentro del plazo de dos (2)

meses calendario a partir del día en que una de las partes haya requerido a la otra dicha designación.

3. En caso de que una de las partes se negare a designar o dejare de nombrar el perito, en el plazo antes indicado, la otra parte entenderá que desiste del procedimiento.
4. Si los dos (2) peritos así designados no llegaren a un acuerdo, el o los puntos en discrepancia serán sometidos al fallo de un tercer perito, nombrado por ellos, por escrito y su decisión agotará el procedimiento.
5. El perito único, los dos (2) peritos o el tercer perito, según el caso, decidirán en que proporción se habrán de soportar las partes los gastos relativos al peritaje.

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

El perito único, los dos (2) peritos o el perito tercero, según el caso, deberán conocer la materia relativa al peritaje y harán sus evaluaciones ateniéndose a las condiciones del contrato.

Para los efectos de esta cláusula, se entiende por perito, el médico legalmente autorizado para el ejercicio de la profesión médica quien deberá tener una especialidad reconocida por la Federación Médica Venezolana.

Los Peritos deberán dar su fallo por escrito dentro de un período de treinta (30) días continuos después de haber aceptado la designación.

CLÁUSULA 18.- MODIFICACIONES

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

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

Si la modificación requiere pago de prima adicional se aplicará lo dispuesto en la Cláusula 4. Vigencia de la Póliza y la Cláusula 5. Primas, de estas Condiciones Generales.

La modificación de la suma asegurada requerirá aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por el Asegurador con la emisión del recibo de prima, en el que se modifique la suma asegurada, y por parte del Tomador mediante comunicación escrita o por el pago de la diferencia de la prima correspondiente, si la hubiere.

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

CLÁUSULA 19.- AVISOS

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a este contrato se efectuará con acuse de recibo, mediante comunicación escrita o telegrama dirigido a la dirección del Tomador o del Asegurado que conste en el contrato, según corresponda, o al domicilio principal o sucursal del Asegurador, o a través de los medios electrónicos acordados por las partes.

Las comunicaciones relacionadas con la tramitación de siniestros que sean entregadas al intermediario de la actividad aseguradora producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte, salvo estipulación en contrario.

El intermediario de la actividad aseguradora será administrativa y civilmente responsable en caso de que no haya entregado la correspondencia a su destinatario, en un lapso de cinco (5) días hábiles, contados a partir de su recepción.

CLÁUSULA 20.- DOMICILIO ESPECIAL

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

CONDICIONES PARTICULARES**CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES PARTICULARES**

Para todos los fines relacionados con esta Póliza, queda expresamente convenido que los siguientes términos tendrán la acepción que se les asigna a continuación:

ENFERMEDAD: Alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que origine reducción de su capacidad funcional y que requiera tratamiento médico y/o intervención quirúrgica.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Enfermedad o lesión que pueda comprobarse que ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del contrato o de la inclusión del Asegurado en la Póliza, y sea conocida por el Tomador o el Asegurado al momento de la suscripción del contrato.

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA: Establecimiento permanente con permiso sanitario vigente para suministrar asistencia médica autorizado por el organismo público competente. No serán consideradas instituciones hospitalarias para los efectos de esta Póliza, lugares de descanso, geriátricos, spas, hidroclínicas y cualquier institución que suministre tratamientos similares, centros exclusivos para tratamiento de farmacodependientes, de dipsómanos (alcohólicos), enfermos mentales o desordenes de conducta, ni lugares donde se proporcionen tratamientos naturistas, terapias alternativas y acupuntura.

MÉDICO: Profesional de la medicina titulado e inscrito en el Ministerio con competencia en materia de salud o en la institución que legalmente corresponda, para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios, cuya

especialidad médica esté directamente vinculada con la afección o condición del Asegurado. No están incluidos dentro de esta definición otros profesionales, enfermeros, bioanalistas, técnicos de Rx, odontólogos, así como trabajadores sociales o terapeutas, entre otros, aún si son titulados.

CÁNCER: Tumor maligno o neoplasias malignas, que se caracterizan por la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina metástasis. Diagnosticado por exámenes paraclínicos, biopsias, endoscopia, tomografías computarizadas, gammagrafías óseas, imágenes por resonancia magnética, tomografías por emisión de positrones, ecografías y radiografías, confirmado por un Médico o patólogo.

En esta definición se incluye leucemia, los linfomas, el mal de Hodgkins y el melanoma agresivo que excede una profundidad de cero con setenta y cinco (0.75) milímetros. **No se incluye el carcinoma in situ no-agresivo; los tumores no-agresivos localizados que se encuentren en etapas iniciales de malignidad; tumores asociados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); Sarcoma Kaposi y otros tipos de cáncer relacionados con el SIDA; o cualquier cáncer de la piel que no sea melanoma maligno.**

PLAZOS DE ESPERA: Tiempo que debe transcurrir desde la fecha de inclusión del Asegurado en la cobertura o aumento de Suma Asegurada, para tener derecho a las indemnizaciones establecidas en esta Póliza.

FECHA DEL DIAGNÓSTICO: Fecha en que el Asegurado tiene el conocimiento del Diagnóstico o diez (10) días continuos después de que se hayan obtenido los resultados de la prueba médica que indique en forma inequívoca el Diagnóstico, lo que primero ocurra.

TERAPIA ADYUVANTE: Tratamiento adicional para el cáncer que se administra antes o después del tratamiento primario para disminuir el riesgo de que el cáncer vuelva. La terapia adyuvante puede incluir quimioterapia, radioterapia, terapia con hormonas, terapia dirigida o terapia biológica.

CLÁUSULA 2.- RIESGOS CUBIERTOS

El Asegurador indemnizará al Asegurado o Beneficiarios, la Suma Asegurada por el monto y moneda indicada en el Cuadro Póliza Recibo, en caso que le sea diagnosticado al Asegurado algún tipo de Cáncer de los amparados en esta Póliza, por primera vez en su vida y que tal diagnóstico ocurra dentro de la vigencia del Seguro y una vez transcurrido el respectivo Periodo de Espera. Independientemente del número de diagnósticos que reciba el Asegurado ya sea para el mismo Cáncer o uno distinto, este beneficio se pagará sola una vez.

CLÁUSULA 3.- EDAD DE ADMISIBILIDAD

Serán admisibles en este seguro las personas naturales que, a la fecha de emisión de esta Póliza, sean mayores de dieciocho (18) años y menores de setenta (70) años y gocen de buen estado de salud, pudiendo permanecer asegurados hasta cumplir los setenta y cinco (75) años de edad.

CLÁUSULA 4.- PLAZO DE ESPERA

Los beneficios otorgados por esta Póliza serán efectivos una vez hayan transcurridos los seis (6) meses contados a partir de la fecha de su contratación.

CLÁUSULA 5.- BENEFICIARIOS

Los Beneficiarios son todas las personas designadas por el Asegurado y que aparezcan explícitamente nombradas como tales en el Cuadro Póliza Recibo.

La designación del beneficiario puede ser hecha en la oportunidad de la celebración del contrato de seguro, siempre que no existiere cesión alguna de la Póliza o en un momento posterior, mediante declaración escrita comunicada al Asegurador.

Si la designación se hace a favor de varios Beneficiarios, la indemnización convenida se distribuirá, salvo convención en contrario, en partes iguales.

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 indemnización convenida.

En caso de inexactitud o error en el nombre del Beneficiario que haga imposible su identificación, dará derecho a acrecer la indemnización 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 indemnización 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 indemnización 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 indemnización 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.

El Asegurado tiene derecho, durante la vigencia de la Póliza, a designar nuevos Beneficiarios y a modificar los porcentajes de participación, mediante notificación por escrito el Asegurador y ésta emitirá el respectivo Anexo a la Póliza haciendo constar el cambio solicitado.

CLÁUSULA 6.- 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 fuere declarado cómplice del hecho, mediante sentencia definitivamente firme.

CLÁUSULA 7.- DECLARACIÓN ERRONEA DE LA EDAD

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, sin que se demuestre que haya dolo o mala fe, el Asegurador no podrá resolver unilateralmente el contrato a menos que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por el Asegurador, pero en este caso se devolverá al Asegurado la Prima neta de comisiones correspondiente al período que falte por transcurrir.

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 pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación del Asegurador se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.
- b. Si el Asegurador hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, 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, el Asegurador estará obligado 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 ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, el Asegurador estará obligado a pagar al beneficiario la suma que por las primas canceladas corresponda de acuerdo con la edad real.

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

CLÁUSULA 8.- EXÁMENES MÉDICOS

El Asegurador podrá exigir a quienes aspiren ser asegurados o a los asegurados durante la vigencia de la Póliza, que se sometan a exámenes practicados por Médicos señalados por él, a fin de constatar y controlar su estado de salud previa o con posterioridad a la materialización del riesgo cubierto por esta Póliza. Los gastos que ocasione este requerimiento serán asumidos por el Asegurador. Así mismo, el Asegurado deberá suministrar todas las informaciones requeridas por el Asegurador sobre su estado de salud, antes y después de la expedición esta Póliza.

CLÁUSULA 9.- EXCLUSIONES

Esta Póliza no cubre:

1. **Cualquier Cáncer, lesión o condición que sea diagnosticado antes o durante el Plazo de Espera.**
2. **Segundo diagnóstico de Cáncer dentro de la vigencia de la Póliza.**
3. **Gastos Médicos, quirúrgicos, chequeos médicos y/o despistaje de cualquier tipo de cáncer.**
4. **Diagnóstico de Cáncer a través de una exploración física, entendiéndose por éste, palpamiento u observación de cambios de color de piel o agrandamiento de un órgano.**
5. **Tumores con presencia de infecciones del Virus de Inmunodeficiencia Humana.**
6. **Tumores que muestren los cambios malignos de carcinoma in situ y tumores que son descritos histológicamente como malignos o no – invasivos, incluyendo: displasia cervical NIC-1, NIC-2.**
7. **Micro–carcinoma papilar de la tiroides.**
8. **Cáncer papilar no invasor de la vejiga histológicamente descrita como T2N0M0 o con una clasificación menor.**
9. **Mieloma quiescente.**
10. **Carcinomas baso celulares de la piel, carcinoma escamoso, melanomas con espesor menor de 1.5mm determinado por examen histológico o cuando la invasión sea menor del nivel 3 de Clark, a menos que haya evidencia de metástasis.**
11. **Daños, lesiones, accidentes o enfermedades adquiridas a consecuencia de actos de guerra, revoluciones, invasiones, operaciones u hostilidades bélicas, energía atómica o fenómenos catastróficos de la naturaleza, durante la prestación del servicio militar en cualquier fuerza, así como las que resulten de la participación activa en alteraciones del orden público, huelgas, motines, conmociones civiles, terrorismo o desafíos privados o a normativas legales.**
12. **Cualquier diagnóstico cubierto que no sea debidamente evidenciado al Asegurador.**

CLÁUSULA 10.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIONES

En caso de que el Asegurado requiera el pago de la indemnización amparada mediante esta Póliza, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberán notificar al Asegurador dentro del plazo máximo de diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del diagnóstico de Cáncer, y consignar dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la notificación del mismo, los originales de las certificaciones médicas, exámenes paraclínicos y estudios de imagenología, de laboratorio y demás documentos originales que certifiquen el diagnóstico debidamente firmados y sellados por el médico tratante o patólogo.

Las reclamaciones cubiertas por esta Póliza se indemnizarán sobre la base de los originales de las certificaciones médicas, de diagnósticos, facturas legalmente identificadas de las instituciones hospitalarias y demás documentos originales que certifiquen el diagnóstico.

Cuando el Asegurado reciba los servicios fuera de la República Bolivariana de Venezuela, la documentación antes mencionada deberá ser traducida al idioma castellano, si fuere el caso, y estar selladas por el respectivo Consulado o Embajada de la República Bolivariana de Venezuela, siempre que la reclamación resulte válida según las condiciones de este Anexo, así mismo deberá presentar original y copia del pasaporte donde se muestre los sellos de entrada y salida del país.

El Asegurador podrá solicitar documentos adicionales a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad, la solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos. Sin embargo, si del análisis de los documentos consignados se derivare, razonablemente, la necesidad de exigir documentación complementaria, el Asegurador podrá solicitarla dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos adicionales. En estos casos, se establece un plazo de treinta (30) días continuos para la presentación de los recaudos solicitados por el Asegurador, contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario.

En caso de que el Asegurado hubiere fallecido antes de recibir el pago de la indemnización, el pago corresponderá a sus Beneficiarios designados o sus Herederos Legales según sea el caso.

El Asegurado autoriza al médico tratante y a la Institución Hospitalaria para dar información acerca de su estado físico, historia clínica y demás circunstancias que originaron la reclamación, relevándolos de guardar el secreto médico.

CLÁUSULA 11.- TERMINACIÓN AUTOMÁTICA

Las coberturas otorgadas bajo la presente Póliza cesarán:

- a. Al finalizar la vigencia dentro de la cual el Asegurado inscrito antes de los setenta (70) años de edad cumpla la edad de setenta y cinco (75) años.
- b. Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado.
- c. A la fecha de terminación de la vigencia de la Póliza y no haya sido pagada la prima en la forma y lapsos establecidos.
- d. En el momento en que la Póliza sea anulada o no renovada.
- e. Al efectuarse el pago de la indemnización única derivada de la cobertura de esta Póliza.

La terminación se efectuará sin perjuicio del derecho del Asegurado o del Beneficiario a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación.

CLÁUSULA 12.- ADMINISTRACIÓN DE GRUPOS O COLECTIVOS

Cuando la contratación se haga mediante la modalidad de Seguro de Grupo o Colectivo, regirán los siguientes procedimientos:

1. El Asegurador emitirá Póliza matriz a nombre del Tomador, emitiendo Certificados Individuales de Seguro por cada uno de los Asegurados.

2. El Asegurador emitirá un solo Cuadro Póliza Recibo por la totalidad de los Asegurados, soportados por las solicitudes de seguros individuales y el listado correspondiente.
3. Se conviene en cobrar y devolver a prorrata, las primas por los ingresos y egresos de Asegurados por este contrato y los aumentos o disminuciones en los montos de las Sumas Aseguradas, que ocurran con posterioridad a la emisión o renovación de la póliza.
4. Se consolidarán los montos de primas a cobrar por cualquier causa, con los montos de primas a devolver, y se expedirá con los soportes correspondientes un Cuadro Póliza Recibo o recibo de prima para su cobro o un pago a favor del Tomador, según sea el caso.
5. El Tomador se obliga a comunicar por escrito al Asegurador dentro de los treinta (30) días continuos siguientes, la incorporación o desincorporación de asegurados al grupo o colectivo, que se originen en cada uno de los meses de vigencia de la Póliza. Los mismos se harán efectivos a partir de la fecha de ingreso o egreso al grupo, quedando en plena vigencia el plazo indicado en la Cláusula 5.- Plazos de Espera, de estas Condiciones Particulares para los ingresos.

CLAUSULA 13. DEFENSOR DEL ASEGURADO

En caso de cualquier denuncia, queja, reclamo o sugerencia, el Tomador, Asegurado o Beneficiario podrá acudir a la Oficina de Atención Ciudadana de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, en la cual existe la figura del Defensor del Tomador, Asegurado o Beneficiario, o comunicarse a través de los mecanismos dispuestos para ello.

EL TOMADOR

Por EL ASEGURADOR

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N°

de fecha