



**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE ECONOMÍA,
FINANZAS Y COMERCIO EXTERIOR
SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD
ASEGURADORA**

Caracas, a los veintinueve (29) días del mes de agosto de 2024

AÑOS 214°, 165° y 25°

**PROVIDENCIA ADMINISTRATIVA
N° SAA-01-0509-2024**

De conformidad con las previsiones normativas contenidas en los artículos 6 numeral 1; 8 numerales 1, 3 y 18 de la Ley de la Actividad Aseguradora, que le atribuyen al Superintendente de la Actividad Aseguradora (E), **OMAR OROZCO COLMENARES**, designado mediante Resolución N° 003 de fecha 18 de enero de 2021, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 42.049 de la misma fecha, la competencia para establecer y dictar sus manuales de normas y procedimientos que regulan la actividad aseguradora.

POR CUANTO

La Ley de la Actividad Aseguradora dispone que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá establecer, mediante acto administrativo, los modelos de contratos y tarifas que deben mantener carácter general y uniforme, cuando el interés común así lo requiera.

POR CUANTO

Es competencia de esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora verificar y garantizar que los sujetos regulados cumplan con las disposiciones contenidas en la Ley de la Actividad Aseguradora.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar la siguiente:

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES DE OCUPANTES DE VEHÍCULOS DE TRANSPORTE DE PASAJEROS EN RUTAS INTERURBANAS

De la aprobación con carácter general y uniforme

Artículo 1. Aprobar con carácter general y uniforme las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y las Tarifas de la Póliza de Seguro de Accidentes Personales de Ocupantes de Vehículos de Transporte de Pasajeros en Rutas Interurbanas y de la Póliza de Seguro de Accidentes Personales de Ocupantes de Vehículos de Transporte de Pasajeros en Rutas Suburbanas, en los términos que se transcriben a continuación:

I

Entre {RAZÓN SOCIAL DEL ASEGURADOR},{REGISTRO ÚNICO DE INFORMACIÓN FISCAL (R.I.F.)}, {DATOS DE REGISTRO MERCANTIL}, que en adelante se denominará el Asegurador, representada por el ciudadano _____ en su carácter de _____, facultado según consta en documento inscrito ante la Notaría Pública _____, el ____ de _____ de _____, bajo el N° _____, Tomo _____, y el Tomador, identificado en el Cuadro Póliza Recibo, han convenido en suscribir el presente contrato de seguro, el cual está conformado y se regirá por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo, la Solicitud de Seguro y los demás documentos que formen parte integrante del mismo.

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO.

Mediante este seguro el Asegurador se compromete a asumir los riesgos indicados en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, hasta la suma asegurada señalada en el Cuadro Póliza Recibo y, si fuera el caso, en el Certificado Individual de Seguro.

CLÁUSULA 2. DEFINICIONES GENERALES.

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 del contrato se desprenda una interpretación diferente:

- 1. ASEGURADO:** Ocupante de una unidad de transporte de pasajeros en ruta interurbana, expuesto a los riesgos amparados por este contrato.
- 2. ASEGURADOR:** {Indicar nombre completo del Asegurador}, quien asume los riesgos cubiertos en este contrato.
- 3. BENEFICIARIO:** Persona que tiene el derecho de recibir el pago de la indemnización a que hubiere lugar de ocurrir un siniestro.
- 4. CONDICIONES PARTICULARES:** Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos a los riesgos que se aseguran;
- 5. 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 del representante del Asegurador, el carácter con el que actúa y los datos del documento donde consta su representación; identificación completa del Tomador y de su representante legal; Registro único de Información Fiscal (R.I.F) del Tomador; dirección del Tomador; duración del contrato; fecha de emisión del contrato; vigencia del recibo; coberturas y sumas aseguradas contratadas; monto y forma de pago de la prima; dirección de cobro; identificación del intermediario de la actividad aseguradora; y firmas del Asegurador y del Tomador. El Cuadro Póliza Recibo será entregado al Tomador conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los certificados individuales de seguro, los anexos, si los hubiere, y los demás documentos que formen parte integrante de la póliza; En la renovación, la obligación procederá para los nuevos documentos o para aquellos que hayan sido modificados.
- 6. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO:** Documento emitido por el Asegurador para cada unidad de transporte público de pasajeros objeto de este contrato, si fuere el caso, que contiene como mínimo: identificación del Tomador, identificación de la unidad de transporte de pasajeros, número de puestos, coberturas y sumas aseguradas contratadas y vigencia del certificado.

7. DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO

DE SEGURO: La Solicitud de Seguro; el documento de cobertura provisional, si lo hubiere; las Condiciones Generales; las Condiciones Particulares; el Cuadro Póliza Recibo; los anexos que se emitan para complementar o modificar el contrato y los demás documentos que, por su naturaleza, formen parte del contrato.

8. PRIMA: Es la contraprestación que, en función de los riesgos amparados por esta Póliza, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración del contrato.

9. REPRESENTANTE: Persona autorizada por el Asegurado para que en caso de siniestro, y con el único propósito de efectuar la tramitación correspondiente, actúe ante el Asegurador en sustitución de él.

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

11. SINIESTRO: Materialización del riesgo que da origen a la obligación de indemnizar por parte del Asegurador, que corresponda conforme al presente contrato.

12. SOLICITUD DE SEGURO: Cuestionario que proporciona el Asegurador, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del Tomador y a los datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el Tomador, 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.

13. SUMA ASEGURADA: Límite máximo de responsabilidad del Asegurador por duración del contrato, accidente, Asegurado y cobertura contratada;

14. TOMADOR: Prestador de Servicio Público de Transporte Terrestre de Pasajeros y Pasajeras que contrata el seguro con el Asegurador, trasladándole los riesgos y obligándose al pago de la prima.

CLÁUSULA 3. EXCLUSIONES GENERALES

Esta póliza no cubre:

1. Pérdidas, gastos o daños que sean consecuencia o que se den en el curso de: 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 civil, guerra intestina, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con alguna organización que realice actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia;
2. Pérdidas, gastos o daños que sean consecuencia de: fisión o fusión nuclear, radiaciones ionizantes y contaminantes radioactivos;
3. Pérdidas, gastos o daños que sean consecuencia de: nacionalización, confiscación, incautación, requisa, comiso, embargo, expropiación, destrucción o daño por orden de cualquier gobierno o autoridad pública legalmente constituida o de facto, a menos que dicha destrucción sea ejecutada para detener la propagación de los daños causados por cualquier riesgo asegurado;
4. Otras exclusiones que se establezcan en las Condiciones Particulares de la Póliza.

CLÁUSULA 4. EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD.

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

1. Si el Tomador, Asegurado o 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 relacionados con este contrato;
2. Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, Asegurado o Beneficiario;
3. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, Asegurado o 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 este contrato;
4. Si el siniestro se inicia antes de la duración del contrato y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador;
 5. Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario no empleare los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro, siempre que este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador;
 6. Si el Tomador actúa con dolo o culpa grave en la declaración de las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, según lo señalado en la Cláusula 11. Declaraciones en la Solicitud de Seguro, de estas Condiciones Generales;
 7. Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario intencionalmente omitiere dar aviso al Asegurador sobre la contratación de pólizas que cubran el mismo riesgo amparado por el presente contrato o si el Tomador hubiese celebrado el segundo o posteriores contratos de seguros, sobre los mismos riesgos, con el fin de procurarse un provecho ilícito;
 8. Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario incumpliere lo establecido en la Cláusula 16. Subrogación de Derechos en caso de Gastos Médicos y Pérdida de Equipaje, de estas Condiciones Generales, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él;
 9. Si el Tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, actuando con dolo o culpa grave, obstaculiza los derechos del Asegurador estipulados en este contrato;
 10. Otras exoneraciones de responsabilidad establecidas en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

CLÁUSULA 5. DURACIÓN DEL CONTRATO.

La duración 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.

CLÁUSULA 6. PAGO DE LA PRIMA.

El Tomador debe pagar la primera prima anual en el plazo de diez (10) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la duración 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 duración del contrato. Si el Asegurador no ejerce su derecho a resolver el contrato de seguro, no podrá negarse a recibir el pago de la prima vencida. 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.

El pago de la prima solamente conserva en vigor el contrato por el tiempo al cual corresponda dicho pago, según conste en el Cuadro Póliza Recibo.

Contra el pago de la prima, el Asegurador entregará al Tomador el Cuadro Póliza Recibo o recibo de prima 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, con su acuse de recibo.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del Asegurador por el exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses del excedente, aun cuando aquellas hubieren sido aceptadas formalmente por el Asegurador.

CLÁUSULA 7. LUGAR Y MEDIO DE PAGO DE LAS PRIMAS.

Las primas correspondientes a este contrato serán pagadas directamente en las oficinas del Asegurador. No obstante, podrán ser pagadas bajo cualquier mecanismo o medio acordado por las partes.

El Asegurador podrá cobrar las primas a domicilio y dar aviso de sus vencimientos y, si lo hiciere, no sentará precedente de tal obligación y podrá suspender esta gestión en cualquier momento, previo aviso.

CLÁUSULA 8. FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA.

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 duración del contrato. En este caso, si el Tomador no pagase cualquier fracción de la prima dentro de los *{El Asegurador podrá establecer el número de días hábiles que considere conveniente para el pago de la fracción prima}* 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.

Si ocurriese un siniestro amparado durante el plazo convenido para el pago de la fracción de prima, el Asegurador procederá de conformidad con las siguientes reglas:

1. Descontar del monto indemnizable la fracción de prima vencida. No obstante, si el monto a pagar es por la totalidad de la suma asegurada, el Asegurador podrá deducir las fracciones de primas pendientes para completar la totalidad de la prima de la duración del contrato;
2. Si el monto indemnizable es menor a la fracción de prima vencida, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague la referida fracción de prima vencida, antes del vencimiento del respectivo plazo;

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.

Si el Asegurador no ejerce su derecho a resolver el contrato de seguro, no podrá negarse a recibir el pago de la fracción de prima vencida.

CLÁUSULA 9. 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 10. Plazo de Gracia, de estas Condiciones Generales, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior. Sólo el Tomador podrá negarse a la prórroga del contrato, mediante una notificación escrita al Asegurador, efectuada con un plazo de por

lo menos un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso.

No obstante, el Asegurador no estará obligado a renovar el contrato o la cobertura de alguna unidad de transporte público de pasajeros cuando el Tomador no haya consignado las correspondientes certificaciones de prestación de servicio de transporte público de pasajeros en rutas interurbanas, dentro del mes anterior a la terminación del contrato.

CLÁUSULA 10. PLAZO DE GRACIA.

Se conceden treinta (30) días continuos de gracia para el pago de la prima de renovación, contados a partir de la fecha de terminación de la duración del contrato anterior. Si ocurriere un siniestro en este plazo, el Asegurador pagará la indemnización, previa deducción de la prima correspondiente. Si el monto del siniestro es menor a la prima de renovación, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague la prima en el plazo de gracia concedido. Si la prima no es pagada en el referido período, el contrato quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación de la duración del período anterior.

CLÁUSULA 11. DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO.

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

El Asegurador debe participar al Tomador, en el plazo de cinco (5) días hábiles siguientes, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la Solicitud de Seguro, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver el contrato, mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, dirigida al Tomador o Asegurado, según corresponda, en el plazo de un (1) mes, contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el Tomador.

En caso de resolución, ésta se producirá a partir del decimosexto (16º) 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 hasta el momento en que se haga esta notificación. El Asegurador no podrá resolver el contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga cualquiera de las notificaciones a que se refiere esta Cláusula o antes de que se haga efectiva la resolución del contrato, la indemnización se reducirá en la misma proporción que existe entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador actúa con dolo o culpa grave, el Asegurador quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la prima.

Cuando la reserva o inexactitud se contrajese sólo a una o varias de las unidades de transporte público de pasajeros, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto a las restantes, si ello fuera técnicamente posible.

CLÁUSULA 12. FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE.

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

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, Asegurado o 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 13. PLURALIDAD DE SEGUROS.

El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe comunicar al Asegurador, en un plazo máximo de diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro, la celebración de cualquier otro seguro que ampare

iguales riesgos a los cubiertos por este seguro.

En el supuesto de las coberturas de: muerte accidental, invalidez permanente, gastos médicos y servicios funerarios, el incumplimiento de este deber sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que el Asegurador pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

Cuando existan varios contratos que cubran gastos médicos y estén obligados a pagar la indemnización sobre un mismo siniestro, el Asegurado escogerá el orden en que presentará las reclamaciones y las empresas de seguros deberán indemnizar, según los límites de sus contratos, hasta el monto total de los gastos, previa deducción de los montos pagados por los otros contratos.

Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario tiene otros seguros que cubran la pérdida del equipaje, las aseguradoras contribuirán al abono de la indemnización en proporción a la suma propia asegurada, sin que pueda superarse la cuantía del daño. Dentro de ese límite el Tomador, Asegurado o Beneficiario puede pedir a cada empresa de seguros la indemnización debida según el respectivo contrato. La aseguradora que ha pagado una cantidad superior a la que proporcionalmente le corresponda, podrá repetir contra las demás aseguradoras.

Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario, según sea el caso, intencionalmente omitiere el aviso de la existencia de otros seguros que cubran la pérdida de equipaje, o si se hubiese celebrado el segundo o los posteriores seguros con el fin de procurarse un provecho ilícito, las aseguradoras no quedan obligadas frente al Tomador, Asegurado o Beneficiario; sin embargo, todas las aseguradoras conservarán sus derechos derivados de los respectivos contratos, en cuyo caso deberán tener prueba fehaciente de la conducta dolosa del Tomador, Asegurado o Beneficiario.

CLÁUSULA 14. OPORTUNIDAD DEL PAGO.

El Asegurador debe pagar la indemnización que corresponda en un plazo que no exceda de veinte (20) días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que haya recibido el último recaudo solicitado, salvo por causa extraña no imputable al Asegurador.

CLÁUSULA 15. RECHAZO DEL SINIESTRO.

El Asegurador debe notificar por escrito a la persona que formuló el reclamo, en el 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 16. SUBROGACIÓN DE DERECHOS EN CASO DE GASTOS MÉDICOS Y PÉRDIDA DE EQUIPAJE.

El Asegurador que ha pagado la indemnización, queda subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto pagado por las coberturas de Gastos Médicos y Pérdida de Equipaje, en los derechos y acciones del Tomador, Asegurado o Beneficiario contra los terceros responsables.

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará contra las personas de cuyos hechos debe responder civilmente el Asegurado, ni contra el causante del siniestro vinculado con el Asegurado hasta el segundo grado de parentesco por consanguinidad o que sea su cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.

El Tomador, Asegurado o Beneficiario no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de recobrar de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado. En caso de siniestro, el Tomador, Asegurado o Beneficiario está obligado a realizar a expensas del Asegurador, cuantos actos sean necesarios y todo lo que éste pueda razonablemente requerir, con el objeto de permitir que ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago.

Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario incumpliere lo establecido en esta cláusula perderá el derecho al pago por las coberturas de Gastos Médicos y Pérdida de Equipaje que le otorga esta Póliza de Seguro, a menos que compruebe que el incumplimiento sea debido a una causa extraña no imputable a él.

CLÁUSULA 17. 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 que regulan el arbitraje en la actividad aseguradora.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLÁUSULA 18. CADUCIDAD.

El Tomador, Asegurado o Beneficiario perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra el Asegurador o convenir con éste a someterse al Arbitraje previsto en la cláusula anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo de un (1) año contado a partir de la fecha de la notificación, por escrito:

1. Del rechazo, total o parcial, del siniestro;
2. De la decisión del Asegurador sobre la inconformidad del Tomador, Asegurado o Beneficiario respecto al monto de la indemnización o al cumplimiento de la obligación a través de proveedores de insumos o servicios.

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

A los efectos de esta disposición, se entenderá iniciada la acción judicial una vez presentado el libelo de demanda por ante los órganos jurisdiccionales.

CLÁUSULA 19. PRESCRIPCIÓN.

Salvo lo dispuesto en leyes especiales, las acciones derivadas de este contrato prescriben a los tres (3) años contados a partir del hecho que dio origen a la obligación.

CLÁUSULA 20. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

1. El Tomador debe llenar la Solicitud de Seguro y declarar, con sinceridad y exactitud, todas las circunstancias necesarias para apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en este contrato;

2. El Tomador debe pagar la prima en la forma, frecuencia, lugar y tiempo convenidos en este contrato;
3. El Tomador, Asegurado o Beneficiario hará saber al Asegurador, dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares de este contrato, la ocurrencia de un siniestro, expresando claramente las causas y circunstancias del suceso ocurrido;
4. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe 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;
5. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe probar la ocurrencia del siniestro a través de la consignación de toda aquella información necesaria para la indemnización del mismo, que sea solicitada por el Asegurador para verificar las circunstancias y consecuencias del siniestro;
6. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe realizar diligentemente todas las acciones necesarias y destinadas a garantizar al Asegurador el ejercicio de su derecho de subrogación, si fuere el caso;
7. El Tomador, 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;
8. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el presente contrato.

CLÁUSULA 21. OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR.

1. Informar al Tomador, 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 tanto el Tomador como el Asegurado le formulen;
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 mismo, 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 22. MODIFICACIONES.

Las solicitudes de modificación y rehabilitación del contrato deben ser solicitadas a través de cualquier mecanismo acordado por las partes.

Se consideran aceptadas las solicitudes efectuadas por el Tomador o Asegurado, si el Asegurador no las rechaza dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de haberlas recibido.

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

Si la modificación propuesta por el Asegurador es efectiva a partir de la renovación del contrato, debe ser comunicada al Tomador mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, en un plazo no menor a un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso.

En caso de desacuerdo del Tomador, si el Asegurador decide mantener o renovar el contrato, deberá hacerlo bajo las mismas condiciones de suma asegurada y deducible vigentes al momento de la propuesta de modificación.

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 al respecto en este contrato.

El contrato de seguro puede ser rehabilitado a solicitud del Tomador. No se convendrá la rehabilitación, una vez transcurridos noventa (90) días continuos desde la fecha de resolución del contrato.

CLÁUSULA 23. AVISOS.

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto al contrato, se hará mediante comunicación impresa, con acuse de recibo, dirigida al domicilio principal o sucursal del Asegurador o a la dirección del Tomador, del Asegurado, del Beneficiario o de la persona que formuló el reclamo, según sea el caso, 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.

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 plazo de tres (3) días hábiles, contados a partir de su recepción.

CLÁUSULA 24. DOMICILIO ESPECIAL.

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

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1. DEFINICIONES PARTICULARES.

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:

Accidente: Suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del Tomador, Asegurado o Beneficiario, que le cause al Asegurado lesiones corporales.

Asalto o Atraco: Se refiere al hecho o intento de apoderarse de bienes utilizando la violencia o la amenaza de causar daños inminentes a las personas.

Boleto de Viaje: Documento emitido por el Tomador a nombre de una persona natural, mediante el cual se obliga a transportar a ésta, por el pago de una tarifa, de una ciudad o centro poblado a su destino en otra. El Tomador está obligado a indicar en este documento la denominación social del Asegurador, así como las coberturas y sumas aseguradas contratadas bajo esta Póliza.

Emergencia Médica: Condición que compromete la vida o la integridad física del Asegurado, cuya atención no puede ser diferida y su diagnóstico ha sido hecho por un médico calificado de la institución hospitalaria prestadora de los servicios de salud.

Equipaje: Conjunto de efectos de uso o consumo personal del Ocupante contenido en maletas o bultos. Para efectos de este contrato no se considerarán como equipaje los bolsos de mano y los objetos destinados al abrigo, adorno o uso personal que el Ocupante lleve consigo y mantenga bajo su custodia durante el viaje.

Fecha de salida del viaje: Día y hora de inicio del viaje, especificada en el respectivo boleto de viaje.

Fecha de llegada del viaje: Día y hora de término del viaje, especificada en el boleto de viaje.

Funeraria: Empresa autorizada para suministrar servicios funerarios.

Hurto: Se refiere al acto de apoderarse de los bienes, sin intimidar a las personas o sin utilizar medios violentos para entrar o salir del sitio donde se encuentren los bienes.

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 desórdenes de conducta, ni lugares donde se proporcionen tratamientos naturistas, terapias alternativas y acupuntura.

Lesión: Daño corporal sufrido por el Asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza.

Lista de pasajeros: Documento emitido por el Tomador en el que se detalla su denominación social, la identificación de los pasajeros que realizan el viaje, de los operadores y de la unidad de transporte público de pasajeros, así como el origen y destino del viaje.

Medicamente necesario: Conjunto de medidas o procedimientos ordenados y suministrados por un médico o institución hospitalaria, que se ponen en práctica para el tratamiento, curación o alivio de una enfermedad o lesión, bajo las siguientes características:

1. Que sea apropiado para el diagnóstico y tratamiento de la lesión del Asegurado;
2. Que sea congruente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina en la República Bolivariana de Venezuela y por la Federación Médica Venezolana;
3. Que el nivel de servicio o suministro sea idóneo y pueda ser proporcionado sin riesgo para el Asegurado;
4. Que no sea primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado, de su familia o de su Médico.

Médico: Profesional de la medicina titulado e inscrito en el Ministerio con competencia en materia de salud o en la institución que legalmente corresponda, acreditado conforme a la ley para ejercer la profesión médica en el país.

Ocupante: Persona natural que realiza un viaje en la unidad de transporte público de pasajeros, como operador o como pasajero, identificada en la respectiva lista de pasajeros.

Operador: Persona destinada a la conducción de la Unidad de Transporte Público de Pasajeros o a la atención de los pasajeros.

Pasajero: Persona natural, usuaria del servicio de transporte, portadora de un boleto de viaje emitido a su nombre. A cada puesto de la unidad de transporte público de pasajeros le corresponderá un boleto de viaje. Los menores que viajen en brazos de sus representantes legales, serán considerados

pasajeros, siempre que estén identificados en la respectiva lista de pasajeros.

Prótesis: Dispositivo o aparato diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo trabaje mejor.

Robo: Se refiere al acto de apoderarse de bienes, utilizando medios violentos para entrar o salir del sitio donde se encuentren, siempre que queden huellas visibles de tales hechos.

Rutas Interurbanas: Las definidas de conformidad con lo previsto en las resoluciones emanadas por los organismos competentes, mediante la cual se establece la tarifa utilizada por los Prestadores del Servicio Público de Transporte Terrestre de Pasajeros y Pasajeras para rutas interurbanas.

Tratamiento médico: Conjunto de medidas o procedimientos realizados u ordenados por un médico que se ponen en práctica para la curación o alivio de una enfermedad o lesión, incluyendo medicamentos prescritos, insumos o prótesis.

Unidad de transporte público de pasajeros: Vehículo terrestre al cual el organismo competente le ha otorgado la Certificación de Prestación de Servicio de transporte público de pasajeros en rutas interurbanas.

CLÁUSULA 2. COBERTURAS AMPARADAS.

El Asegurador conviene en indemnizar al Asegurado o al Beneficiario, según corresponda, hasta la suma asegurada contratada, para las siguientes coberturas:

2.1. MUERTE ACCIDENTAL: Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por este contrato, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos, y dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días continuos, contados a partir de la fecha de su ocurrencia, al Asegurado le sobreviene la muerte, el Asegurador pagará la suma asegurada de esta cobertura, indicada en el Cuadro Póliza Recibo y en el Certificado Individual de Seguro, si fuere el caso.

2.2. INVALIDEZ PERMANENTE: Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por este contrato, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos, y dentro del plazo de

trescientos sesenta y cinco (365) días continuos, contados a partir de la fecha de su ocurrencia, el Asegurado sufre cualquier invalidez de las mencionadas en la Escala de Indemnizaciones, el Asegurador pagará la cantidad resultante de aplicar el porcentaje estipulado en la referida escala a la suma asegurada de esta cobertura, indicada en el Cuadro Póliza Recibo y en el Certificado Individual de Seguro, si fuere el caso.

ESCALA DE INDEMNIZACIONES	
TIPO DE INVALIDEZ	% DE INDEMNIZACIÓN
Enajenación mental incurable o pérdida de la conciencia.	100
Ceguera absoluta.	100
Pérdida total de la audición y del habla.	100
Lesiones incurables de la médula espinal que impida por completo el movimiento.	100
Pérdida o inutilización de ambos brazos, manos, piernas o pies, o de un brazo o una mano y de una pierna o pie.	100
PÉRDIDA TOTAL O INUTILIZACIÓN ABSOLUTA	
Un ojo con disminución de la agudeza visual del otro en más de un 50%, siempre que ésta sea incorregible.	75
Un ojo con enucleación.	35
Un ojo sin enucleación.	25
Reducción de la visión de ambos ojos en más de 50%.	50
Sordera bilateral.	50
Sordera unilateral.	25
Trastornos graves en las articulaciones de ambos maxilares.	15
Del olfato o del gusto.	5
Del uso de la cadera.	30

Una de las piernas por encima de la rodilla.	60
Una de las piernas por debajo de la rodilla o de un pie.	50
Del uso de la rodilla.	25
Del dedo gordo del pie.	10
Cualquier otro dedo del pie.	5
Un brazo o una mano.	60
Un dedo pulgar.	20
Un dedo índice.	15
Un dedo medio.	10
Un dedo anular.	8
Un dedo meñique.	7
Del uso del hombro.	30

Por pérdida total o inutilización absoluta se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano lesionado.

Cuando la pérdida o inutilización sea parcial, la indemnización que hubiese correspondido por pérdida total o inutilización absoluta será disminuida en forma proporcional.

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

En caso de varios tipos de invalidez como consecuencia del mismo accidente, la indemnización resultante se calculará sumando los porcentajes correspondientes a cada invalidez, sin exceder la suma asegurada. Cuando el monto a indemnizar alcance o exceda el ochenta por ciento (80%), el Asegurador indemnizará la suma asegurada de esta cobertura.

En los casos de enajenación mental, parálisis, pérdida del habla y sordera, se requiere que hayan tenido una duración ininterrumpida no menor de ciento ochenta (180) días desde la fecha del accidente y, a juicio del organismo competente, sean declaradas irreparables.

Cuando varios tipos de invalidez afecten a un mismo miembro u órgano, éstas no se acumularán entre sí y el

Asegurador indemnizará el porcentaje correspondiente a la mayor invalidez.

La pérdida de miembros u órganos ya incapacitados antes del accidente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior, siempre que los dictámenes médicos así lo demuestren, y únicamente por la diferencia entre el grado de invalidez que presentare antes y después del accidente.

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

2.3. GASTOS MÉDICOS: Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por este contrato, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos, el Asegurado requiere asistencia médica dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días continuos, contados a partir de la fecha de su ocurrencia, el Asegurador pagará los gastos hasta la suma asegurada de esta cobertura, indicada en el Cuadro Póliza Recibo y en el Certificado Individual de Seguro, si fuere el caso.

Están cubiertos los gastos generados por tratamiento médico, intervención quirúrgica (incluyendo el tratamiento postoperatorio), servicios hospitalarios, procedimiento médico, medicamentos, suministros, equipos e instrumentos especiales, médicamente necesarios para la atención de las alteraciones a la salud del Asegurado amparadas por la Póliza, incluyendo los causados por servicios de ambulancia.

2.4. SERVICIOS FUNERARIOS: Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por este contrato, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos, y dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días continuos, contados a partir de la fecha de su ocurrencia, al Asegurado le sobreviene la muerte, el Asegurador pagará la suma asegurada de esta cobertura, indicada en el Cuadro Póliza Recibo y en el Certificado Individual de Seguro, si fuere el caso.

A los efectos de esta cobertura, se consideran servicios funerarios los gastos referentes a:

2.4.1 Beneficios por Cremación:

- Beneficios Básicos
- Servicio de Cremación.
- Bendición y encoframiento de las cenizas.
- Nicho de columbario en las localidades donde esté disponible.

2.4.2 Beneficios por Inhumación:

- Beneficios Básicos.
- Ataúd.
- Gastos del Servicio de Inhumación.
- Derechos de lápida.
- Parcela en un cementerio.

Se entenderán por Beneficios Básicos los siguientes gastos por servicios funerarios:

- Preparación y arreglo del fallecido.
- Servicio de Capilla (máximo 24 horas).
- Servicio de Cafetín.
- Una (1) Habitación de descanso.
- Oficios religiosos.
- Un (1) Arreglo Floral.
- Carroza fúnebre para el traslado del fallecido al lugar donde se efectuará el velorio.
- Carroza fúnebre para el sepelio.
- Dos (2) carros de acompañamiento para el sepelio.
- Traslado del difunto dentro del Territorio Nacional, desde el lugar del fallecimiento hasta el lugar donde se prestará el servicio funerario.
- Traslado de implementos funerarios al domicilio en caso de no utilizar la sala velatoria de la funeraria.
- Asesoramiento al Asegurado o a sus familiares en las diligencias de Ley para la obtención del Certificado y Partida de Defunción, Permisos de Prefectura y Sanidad en caso de utilizar los servicios de asistencia funeraria ofrecidos por el Asegurador.

2.5. PÉRDIDA DE EQUIPAJE: El Asegurador pagará la pérdida o daño del equipaje, contenido en la maleta o bulto a la que tiene derecho a trasladar el Asegurado, sin costo adicional, en la unidad de transporte público de pasajeros, que ocurra como consecuencia de accidente, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos.

El Asegurador indemnizará la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo y en el Certificado Individual de Seguro, si fuera el caso. No obstante, si el Asegurado efectuó la declaración formal del valor de su equipaje al Tomador, el Asegurador pagará hasta el doble de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

Queda entendido que la suma asegurada de esta cobertura es aplicable por cada Ocupante (Pasajero u Operador), pero la responsabilidad del Asegurador por pérdida o daño del equipaje de los Operadores no se extenderá, en caso alguno, al doble de la suma asegurada.

CLÁUSULA 3. ALCANCE DE LAS COBERTURAS.

1. Coberturas de Muerte Accidental, Invalidez Permanente, Gastos Médicos y Servicios Funerarios: Están amparados los accidentes, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos, ocurridos encontrándose el Asegurado en viaje en ruta interurbana en la unidad de transporte público de pasajeros o subiendo o bajando de la misma, así como en los lugares de la ruta donde se esté reparando la unidad de transporte público de pasajeros por quedar inmovilizada por avería o en los cuales se efectúen paradas para descanso o ingerir alimentos.

Los efectos de estas coberturas inician en el momento en que el Asegurado se encuentre subiendo a la unidad de transporte público de pasajeros y terminan cuando el Asegurado se haya bajado de la misma por su llegada al lugar de destino.

2. Cobertura de Pérdida de Equipaje: Están amparados los accidentes, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos, ocurridos mientras el equipaje se encuentre bajo el cuidado, custodia y control del Tomador, en sus instalaciones o en la unidad de transporte público de pasajeros en la cual el Asegurado realiza el viaje.

CLÁUSULA 4. EXCLUSIONES PARTICULARES.

Esta Póliza no cubre reclamos como consecuencia de sucesos o eventos derivados de:

1. Lesiones que se ocasione el Asegurado por su participación activa en actos delictivos, motín, conmoción civil, disturbios populares, saqueos, disturbios laborales o conflictos de

trabajo;

2. Terremoto, temblor de tierra, maremoto, tsunami, inundación, movimientos de masas, flujos torrenciales, huracanes, tornado, tifón, ciclón, eventos climáticos, granizo, erupción volcánica o cualquier otra convulsión de la naturaleza o perturbación atmosférica;
3. Lesiones que el Asegurado se ocasione intencionalmente, incluyendo el suicidio o su tentativa;
4. Lesiones que se ocasione el Asegurado por encontrarse bajo la influencia de alcohol o de sustancias o drogas no prescritas medicamente;
5. Lesiones que se ocasione el Asegurado por desvanecimiento, síncope, ataques de apoplejía, infarto coronario, epilepsia, sonambulismo o enajenación mental, convulsiones y roturas de aneurismas;
6. Lesiones que se ocasione el Asegurado por su participación activa en duelos o riñas, a menos que se compruebe que no han sido provocados por él o que éste actuó en legítima defensa;

Asimismo, esta Póliza no ampara:

7. Honorarios médicos como consecuencia de cualquier tratamiento proporcionado por un médico o enfermera que tenga parentesco con el Tomador o el Asegurado, dentro del segundo grado de consanguinidad o afinidad, o que viva con éstos;
8. Pérdida o daños de bienes con fines comerciales.

CLÁUSULA 5. OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD.

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

1. Si no se efectúa la reclamación o no se entregue la documentación exigida en los lapsos indicados en la Cláusula 7. Procedimiento en Caso de Activación de las Coberturas, de estas Condiciones Particulares, salvo por causa extraña no imputable al obligado;
2. Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Pasajero o del Beneficiario. En este supuesto, el Asegurador quedará relevado de su obligación de indemnizar, únicamente con respecto al Pasajero o Beneficiario que haya actuado con dolo;

3. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Pasajero o del Beneficiario. En este supuesto, el Asegurador quedará relevado de su obligación de indemnizar, únicamente con respecto al Pasajero o Beneficiario que haya actuado con culpa grave. No obstante, el Asegurador estará obligado al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el Asegurador en lo que respecta a la Póliza;
4. En lo que se refiere a las coberturas de Gastos Médicos, Servicios Funerarios y Pérdida de Equipaje, cuando las facturas presentadas no cumplan con los requisitos y exigencias del Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (SENIAT);
5. En el caso de la cobertura de Pérdida de Equipaje, si el Tomador o Asegurado, intencionalmente omitiere dar aviso al Asegurador de la existencia de otros seguros que cubran la pérdida de equipaje, o si se hubiese celebrado el segundo o los posteriores seguros con el fin de procurarse un provecho ilícito, de conformidad con lo previsto en la Cláusula 13.- Pluralidad de Seguros, de las Condiciones Generales de este contrato;
6. En el caso de las coberturas de Gastos Médicos y Pérdida de Equipaje, si el Tomador, Asegurado o Beneficiario incumpliere lo establecido en la Cláusula 16.- Subrogación de Derechos en caso de Gastos Médicos y Pérdida de Equipaje de las Condiciones Generales de este contrato, a menos que compruebe que el incumplimiento sea debido a una causa extraña no imputable a él.

CLÁUSULA 6. ACCION DE REPETICION

El Asegurador tendrá derecho a repetir del Tomador las cantidades pagadas al Asegurado cuando:

1. Si el accidente ocurre como consecuencia del incumplimiento por parte del Operador de la unidad de transporte público de pasajeros, o del Tomador, del ordenamiento jurídico en materia de transporte público;
2. Si el accidente hubiere sido ocasionado por encontrarse cualquier Operador de la unidad de transporte público de pasajeros en estado de embriaguez, ingiriendo bebidas alcohólicas, o bajo los efectos de sustancias o drogas

- depresoras, estimulantes o alucinógenas;
3. Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Operador de la unidad de transporte público de pasajeros;
 4. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Operador de la unidad de transporte público de pasajeros. 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;
 5. Si el accidente se produce como consecuencia de la infracción de estipulaciones reglamentarias sobre el peso, medidas y disposición de la carga, del número de ocupantes, o forma de acomodarlos, o debido a que la unidad de transporte público de pasajeros excedía el número de pasajeros que figura en el correspondiente documento o registro de propiedad. No se considera exceso de pasajeros los menores que viajen en brazos de sus representantes legales;
 6. Cuando el Operador de la unidad de transporte público de pasajeros carezca de la licencia de conducir que lo habilite o si este documento se encuentra revocado, anulado, suspendido o vencido.
 7. Cuando el Operador de la unidad de transporte público de pasajeros no cumpla con la edad mínima requerida para conducir el tipo de vehículo, según las normas de clasificación de la licencia para conducir, establecidas en la Ley, aun cuando se le haya otorgado un permiso especial para conducir;
 8. Si el Operador de la unidad de transporte público de pasajeros no está autorizado legalmente para tal actividad o sea sordo, carezca de algún brazo, mano o pie o lo tenga incapacitado para su uso, o tenga parálisis parcial de carácter permanente o no;
 9. Si el Operador de la unidad de transporte público de pasajeros no cumple con el ordenamiento jurídico en materia de transporte público, en lo que respecta al tiempo de conducción y descanso.
 10. Cuando la unidad de transporte público de pasajeros se encuentre tomando parte en competencias, piques o carreras;

11. Cuando el Operador de la unidad de transporte público de pasajeros cambie la ruta establecida para el viaje, salvo por causa extraña que no le sea imputable;
12. Cuando el Tomador no mantenga la unidad de transporte público de pasajeros en las condiciones adecuadas de seguridad y buen funcionamiento exigidos en la regulación en materia de transporte terrestre;
13. Si para el momento de la ocurrencia del accidente la unidad de transporte público de pasajeros carecía de la Certificación de Prestación de Servicio de Transporte Público de Pasajeros en rutas interurbanas.

CLÁUSULA 7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE LAS COBERTURAS.

En caso de reclamación por cualquier siniestro, se tomará en cuenta lo siguiente:

I. POR PAGO DE LA PRESTACIÓN O REEMBOLSO.

El Beneficiario debe notificar el siniestro al Asegurador en un plazo máximo de diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de su ocurrencia.

Dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de notificación, deberá suministrar cumplimentados, los formularios de declaración de siniestro proporcionados por el Asegurador, conjuntamente con los siguientes documentos, según sea el caso:

1. Cobertura de Muerte Accidental:

- 1.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;
- 1.2. Boleto de viaje o comprobante de su adquisición;
- 1.3. Acta o Certificado de Defunción del Asegurado fallecido;
- 1.4. Certificado de la Medicatura Forense;
- 1.5. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Beneficiario;
- 1.6. En caso de que el Beneficiario sea niño, niña o adolescente, oficio mediante el cual el tribunal competente autorice a su representante legal a recibir el pago de la indemnización;
- 1.7. Declaración de Únicos y Universales Herederos, si fuere el caso;

1.8. Declaración de los hechos por parte del Beneficiario, con indicación de las circunstancias del accidente; así como de los testigos, si los hubiere;

1.9. Denuncia ante las autoridades competentes, si el fallecimiento es consecuencia de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos;

El Asegurador se reserva el derecho de solicitar la autopsia o la exhumación del cadáver, de conformidad con lo establecido en la normativa prevista para ello, con la finalidad de determinar las causas de la muerte. Todos los gastos que se produzcan con ocasión de la autopsia o la exhumación del cadáver serán pagados por el Asegurador.

2. Cobertura de Invalidez Permanente:

2.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;

2.2. Boleto de viaje o comprobante de su adquisición;

2.3. Certificado médico de incapacidad, especificando el tipo y grado de invalidez, emitido por el organismo competente;

2.4. Declaración de los hechos por parte del Asegurado, con indicación de la fecha, hora, lugar y circunstancias del accidente; así como de los testigos, si los hubiere;

2.5. Denuncia ante las autoridades competentes, si la invalidez es consecuencia de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos.

3. Cobertura de Gastos Médicos:

3.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;

3.2. Boleto de viaje o comprobante de su adquisición;

3.3. Cédula de identidad, pasaporte o Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) del Beneficiario;

3.4. Facturas de los gastos incurridos emitidos por el proveedor del servicio médico, acompañadas de los récipes, informes médicos y exámenes practicados con sus respectivos resultados, así como de cualquier otra documentación relacionada con los servicios recibidos;

3.5. Declaración de los hechos por parte del

Asegurado, con indicación de la fecha, hora, lugar y circunstancias del accidente; así como de los testigos, si los hubiere;

- 3.6. Denuncia ante las autoridades competentes, si las lesiones son consecuencia de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos;

4. Cobertura de Servicios Funerarios:

- 4.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;
- 4.2. Boleto de viaje o comprobante de su adquisición;
- 4.3. Cédula de identidad, pasaporte o Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) del Beneficiario;
- 4.4. Acta o Certificado de Defunción del Asegurado;
- 4.5. Certificado de la Medicatura Forense;
- 4.6. Facturas de los gastos por servicios funerarios prestados y pagados por el Beneficiario a la Funeraria;
- 4.7. Declaración de los hechos por parte del Beneficiario, con indicación de las circunstancias del accidente, así como de los testigos, si los hubiere;
- 4.8. Denuncia ante las autoridades competentes, si el fallecimiento es consecuencia de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos.

5. Cobertura de Pérdida de Equipaje:

- 5.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;
- 5.2. Reclamación por la pérdida o daño del equipaje presentada por el Asegurado ante el Tomador;
- 5.3. Cédula de identidad, pasaporte o Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) del Beneficiario;
- 5.4. Ticket o Comprobante de la maleta o bulto emitido por el Tomador;
- 5.5. Comprobante de la declaración efectuada por el Asegurado del valor de su equipaje ante el Tomador, si fuere el caso;
- 5.6. Documento que demuestre el pago efectuado al Asegurado, acompañado de los soportes que justifiquen el monto pagado, si fuera el caso;
- 5.7. Denuncia ante las autoridades competentes, en

caso de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos.

Independientemente de la cobertura activada, el Tomador deberá entregar, en un plazo de quince (15) días hábiles siguientes, contados a partir de la fecha de la notificación del siniestro, los documentos indicados a continuación:

- a) Lista de pasajeros;
- b) Declaración de los hechos por parte del Tomador con indicación de la fecha, hora, lugar y circunstancias del accidente; así como de los testigos, si los hubiere;
- c) Informe de las autoridades que intervinieron en el hecho, si fuere el caso;
- d) Documentos que demuestren que el Tomador efectuó algún pago a los Beneficiarios, si fuera el caso.

El Asegurador podrá solicitar, sólo en una (1) oportunidad, en función de la información suministrada por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, nuevos recaudos para la evaluación del siniestro y la determinación del pago que pudiera corresponder, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la entrega de los recaudos inicialmente solicitados. El Tomador, Asegurado o Beneficiario tendrá un lapso de treinta (30) días hábiles, contados desde la fecha de recepción de la solicitud, para entregar los nuevos recaudos solicitados, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, Asegurado o Beneficiario.

El Asegurador, a su costo, tendrá derecho y la oportunidad de examinar al Asegurado durante la tramitación de una reclamación bajo esta Póliza.

II. POR PAGO DIRECTO AL PROVEEDOR DEL SERVICIO.

1. Cobertura de Gastos Médicos en caso de Emergencia Médica:

Si el Asegurado requiere atención por emergencia médica, el Asegurador debe informar de forma inmediata a la Institución Hospitalaria, que el Asegurado se encuentra amparado por esta Póliza.

2. Cobertura de Gastos Médicos en caso de Carta Aval:

El Asegurado, deberá suministrar al Asegurador:

2.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de

- nacimiento del Asegurado;
- 2.2. Boleto de viaje o comprobante de su adquisición;
 - 2.3. Cédula de identidad, pasaporte o Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) del Beneficiario;
 - 2.4. Declaración de los hechos por parte del Asegurado, con indicación de la fecha, hora, lugar y circunstancias del accidente; así como de los testigos, si los hubiere;
 - 2.5. Denuncia ante las autoridades competentes, si las lesiones son consecuencia de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos;
 - 2.6. Presupuesto detallado de los gastos médicos por los productos y los servicios a ser prestados, así como los resultados de los exámenes preoperatorios y el informe médico donde se señale el diagnóstico, el tratamiento médico o la intervención quirúrgica a efectuarse.

El Asegurado deberá remitir estos documentos, con al menos diez (10) días hábiles de anticipación a la fecha en que deba realizarse el tratamiento médico o la intervención quirúrgica.

El Asegurado queda relevado de consignar los documentos mencionados en los numerales 2.1. al 2.5., si estos hubiesen sido suministrados al Asegurador con anterioridad.

El Asegurador podrá solicitar, a su costo, una segunda evaluación médica o documentos adicionales a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad. La solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos en el párrafo anterior. En este supuesto, se establece un plazo de cinco (5) días hábiles para que el Asegurado se someta a la segunda evaluación médica o para que sean consignados los nuevos recaudos solicitados por el Asegurador, según sea el caso, contados a partir de la fecha de solicitud. El Asegurador está obligado a ofrecer un listado de por lo menos tres (3) médicos especialistas, con la finalidad de que el Asegurado escoja quién efectuará la evaluación médica.

El Asegurador se compromete a entregar la Carta Aval al Asegurado dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a

la fecha en que fueron consignados los documentos antes mencionados y se hubiere concluido la evaluación médica, si fuere el caso.

El Asegurador utilizará todos los mecanismos necesarios para procurar que el Asegurado reciba atención inmediata. El Asegurado tiene el derecho a escoger libremente el proveedor que le prestará los servicios o suministros garantizados por este contrato, salvo aquellas en aquellas coberturas que por su naturaleza deban ser garantizadas exclusivamente por un proveedor específico. El Asegurador podrá suscribir contratos con proveedores que aseguren la prestación de estos servicios o suministros. En este supuesto, indicará trimestralmente, mediante avisos colocados en cada una de sus oficinas de atención al público y en los medios de información electrónicos, los referidos proveedores.

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.

3. Cobertura de Servicios Funerarios:

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la persona interesada podrá solicitar al Asegurador, la prestación del servicio funerario. El Asegurador utilizará todos los mecanismos necesarios para procurar la prestación del servicio.

El interesado deberá presentar al Asegurador los siguientes recaudos:

- 3.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;
- 3.2. Boleto de viaje o comprobante de su adquisición;
- 3.3. Cédula de identidad, pasaporte o Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) del Beneficiario;
- 3.4. Acta o Certificado de Defunción del Asegurado;
- 3.5. Certificado de la Medicatura Forense;
- 3.6. Declaración de los hechos por parte de la persona interesada, con indicación de las circunstancias del accidente, así como de los testigos, si los hubiere;
- 3.7. Denuncia ante las autoridades competentes, si el fallecimiento es consecuencia de asalto o atraco,

robo, hurto o intento de cometerlos.

Si el Asegurador, debido a una causa extraña no imputable, no pudiere gestionar la prestación del servicio funerario o si existiere un remanente entre la suma asegurada y el costo del servicio funerario, el pago de la prestación será efectuado de acuerdo con lo indicado en el apartado I. Por Pago de la Prestación o Reembolso.

Independientemente de la cobertura activada, el Asegurador solicitará al Tomador, los documentos indicados a continuación:

- a) Lista de pasajeros;
- b) Declaración de los hechos por parte del Tomador con indicación de la fecha, hora, lugar y circunstancias del accidente; así como de los testigos, si los hubiere;
- c) Informe de las autoridades que intervinieron en el hecho, si fuere el caso;
- d) Documentos que demuestren que el Tomador efectuó algún pago a los Beneficiarios, si fuera el caso.

El Tomador deberá entregar la documentación solicitada en un plazo de dos (2) días hábiles, contados a partir de la fecha de la solicitud.

CLÁUSULA 8. BENEFICIARIOS.

Las personas indicadas a continuación, tendrán derecho a recibir el pago a que hubiere lugar, según la cobertura activada:

1. **Cobertura de Muerte Accidental:** El Asegurador pagará la suma asegurada convenida a los Herederos Legales del Asegurado, en la proporción que le corresponda a cada uno de acuerdo a la normativa legal aplicable;
La cualidad de Beneficiario no tendrá efectos si éste atentase contra la vida o integridad personal del Asegurado o fuere declarado cómplice del hecho, mediante sentencia definitivamente firme;
2. **Cobertura de Invalidez Permanente:** El Asegurador pagará la indemnización al Asegurado;
3. **Cobertura de Gastos Médicos:** El Asegurador pagará la indemnización a la persona que demuestre haber efectuado los gastos o al proveedor del servicio, según sea el caso;
4. **Cobertura de Servicios Funerarios:** El Asegurador

pagará la indemnización a la persona que demuestre haber efectuado los gastos o al proveedor del servicio, según sea el caso;

Adicionalmente, para la cobertura de Servicios Funerarios, si existiere un remanente entre la suma asegurada y el monto erogado en el servicio funerario, será pagado según lo señalado en el número 1 de esta Cláusula;

5. **Cobertura de Pérdida de Equipaje:** El Asegurador pagará la indemnización al Tomador; no obstante, éste podrá autorizar al Asegurado para que formule la reclamación directamente al Asegurador.

CLÁUSULA 9. PERITAJE.

Cuando el Beneficiario no esté de acuerdo con el monto de la indemnización, la calificación o la evaluación de una invalidez, las partes podrán convenir un peritaje sometiéndose al siguiente procedimiento:

1. Nombrar por escrito un Perito Único de común acuerdo entre las partes;
2. En caso de desacuerdo sobre la designación del Perito Único, se nombrarán por escrito dos (2) Peritos, uno (1) por cada parte, en el plazo de un (1) mes calendario a partir del día en que una de las partes haya requerido a la otra dicha designación;
3. Si el Asegurado se negare a designar o dejare de nombrar el Perito en el plazo estipulado, se entenderá desistido el procedimiento y el monto de la indemnización, la calificación o la evaluación de la invalidez, será la determinada por el Asegurador;
4. Si el Asegurador se negare a designar el Perito, corresponderá al Superintendente de la Actividad Aseguradora su nombramiento;
5. Si los dos Peritos así nombrados no llegaren a un acuerdo, el o los puntos de discrepancia serán sometidos al fallo de un tercer Perito nombrado por ellos, por escrito, y su apreciación agotará este procedimiento. En caso de desacuerdo, el tercer perito será nombrado por el Superintendente de la Actividad Aseguradora.

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

la Escala de Indemnizaciones inserta en esta Póliza y a las condiciones del contrato. Los gastos de peritaje serán sufragados en partes iguales por el Asegurador y el Beneficiario. 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 sobreviviente. Asimismo, si el Perito único o el Perito tercero fallecieren antes del dictamen final, la parte o los Peritos que le hubieren nombrado, según el caso, quedan facultados para sustituirlo por otro.

CLÁUSULA 10. DESAPARICIÓN DEL ASEGURADO.

Si en el curso de un viaje ocurriese un accidente que ocasione la desaparición de algún Asegurado por un período no inferior a un (1) año, contado este a partir de la fecha del accidente, y cumplido lo establecido en el artículo 438 del Código Civil, el Asegurador hará efectivo el pago establecido para la cobertura de Muerte Accidental.

Si posteriormente apareciera el Asegurado, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de la suma pagada y estará obligado a pagar los montos que correspondan a las coberturas de Gastos Médicos o Invalidez Permanente, resultantes del accidente, conforme con lo indicado en la Cláusula 6.- Procedimiento en caso de Activación de las Coberturas, de estas Condiciones Particulares.

CLÁUSULA 11. TRANSFERENCIA DE PASAJEROS ASEGURADOS A OTRO TRANSPORTE DEBIDO A UNA AVERÍA DURANTE UN VIAJE.

Si en el curso de un viaje ocurriese una avería que origine que la unidad de transporte público de pasajeros no pudiere continuar el viaje y el Asegurado tuviere que ser transferido a otra unidad de transporte público de pasajeros objeto de esta Póliza, el seguro cubierto por el boleto mantendrá todo su vigor y efecto hasta la terminación del viaje establecido.

CLÁUSULA 12. MOVIMIENTOS DE INGRESOS Y EGRESOS.

El Tomador se obliga a enviar al Asegurador la relación de solicitudes de ingresos y egresos de unidades de transporte

público de pasajeros en el seguro.

El monto de la prima correspondiente a los ingresos será calculado a prorrata, por el período que falte por transcurrir hasta el próximo vencimiento de la póliza, contado a partir de la fecha de ingreso en la Póliza.

Con respecto a las unidades de transporte público de pasajeros que egresen del seguro antes de la fecha de su vencimiento, el Asegurador calculará la prima del período que falte por transcurrir, de forma análoga al caso anterior.

Según sea el caso, el Asegurador cobrará o devolverá al Tomador el monto del ajuste de prima por ingresos o egresos en la Póliza, mediante la emisión y entrega del recibo de prima correspondiente, conjuntamente con una relación actualizada de las unidades de transporte público de pasajeros expuestas y los certificados individuales de seguro de los ingresos, si fuera el caso.

CLÁUSULA 13. ÁMBITO TERRITORIAL.

La cobertura de este contrato sólo ampara los accidentes ocurridos en viajes efectuados por las unidades de transporte público de pasajeros en rutas interurbanas de la República Bolivariana de Venezuela.

CLÁUSULA 14. DEFENSOR DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

El Tomador, Asegurado o Beneficiario que sienta vulneración de sus derechos, y requiera presentar cualquier denuncia, queja o reclamo, surgida con ocasión de este contrato de seguro, podrá acudir a la Unidad del Defensor del Asegurado del Asegurador o comunicarse a través de los mecanismos dispuestos para ello.

POR EL ASEGURADOR

EL TOMADOR

TARIFA	
PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES DE OCUPANTES DE VEHÍCULOS DE TRANSPORTE DE PASAJEROS EN RUTAS INTERURBANAS	
AMPARO	TASA ANUAL POR CADA MIL BOLÍVARES DE SUMA ASEGURADA – APLICABLE POR CADA PUESTO
MUERTE ACCIDENTAL	0,50
INVALIDEZ PERMANENTE	0,20
GASTOS MÉDICOS	1,45
SERVICIOS FUNERARIOS	0,50
AMPARO	TASA ANUAL POR CADA BOLÍVAR DEL COSTO DEL PASAJE - APLICABLE POR CADA PUESTO
PÉRDIDA DE EQUIPAJE	0,75

III

PÓLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES DE OCUPANTES DE VEHÍCULOS DE TRANSPORTE DE PASAJEROS EN RUTAS SUBURBANAS

Entre {RAZÓN SOCIAL DEL ASEGURADOR},{REGISTRO ÚNICO DE INFORMACIÓN FISCAL (R.I.F.)}, {DATOS DE REGISTRO MERCANTIL O REGISTRO SUBALTERNO}, que en adelante se denominará el Asegurador, representada por el ciudadano _____ en su carácter de _____, facultado según consta en documento inscrito ante la Notaría Pública _____, el ____ de _____ de _____, bajo el N° _____, Tomo _____, y el Tomador, identificado en el Cuadro Póliza Recibo, han convenido en suscribir el presente contrato de seguro, el cual está conformado y se registrará por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo, la Solicitud de Seguro y los demás documentos que formen parte integrante del mismo.

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO.

Mediante este seguro el Asegurador se compromete a asumir los riesgos indicados en las Condiciones Particulares y anexos, si los hubiere, hasta la suma asegurada señalada en el Cuadro Póliza Recibo y, si fuera el caso, en el Certificado Individual de Seguro.

CLÁUSULA 2. DEFINICIONES GENERALES.

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:

- 1. ASEGURADO:** Ocupante de una unidad de transporte de pasajeros en ruta suburbana, expuesto a los riesgos amparados por este contrato.
- 2. ASEGURADOR:** {Indicar nombre completo del Asegurador} quien asume los riesgos cubiertos en este contrato.
- 3. BENEFICIARIO:** Persona que tiene el derecho de recibir el pago de la indemnización a que hubiere lugar de ocurrir un siniestro.
- 4. CONDICIONES PARTICULARES:** Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos a los riesgos que se aseguran.
- 5. 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 del representante del Asegurador, el carácter con el que actúa y los datos del documento donde consta su representación; identificación completa del Tomador y de su representante legal; Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) del Tomador; dirección del Tomador; duración del contrato; fecha de emisión del contrato; vigencia del recibo; coberturas y sumas aseguradas contratadas; monto y forma de pago de la prima; dirección de cobro; identificación del intermediario de la actividad aseguradora; y firmas del Asegurador y del Tomador. El Cuadro Póliza Recibo será entregado al Tomador conjuntamente con las Condiciones Generales, las

Condiciones Particulares, los certificados individuales de seguro, los anexos, si los hubiere, y los demás documentos que formen parte integrante de la póliza. En la renovación, la obligación procederá para los nuevos documentos o para aquellos que hayan sido modificados.

- 6. CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO:** Documento emitido por el Asegurador para cada unidad de transporte público de pasajeros objeto de este contrato, si fuere el caso, que contiene como mínimo: identificación del Tomador, identificación de la unidad de transporte de pasajeros, número de puestos, coberturas y sumas aseguradas contratadas y vigencia del certificado.
- 7. DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO:** Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, el Cuadro Póliza Recibo, los Certificados Individuales de Seguro, los anexos, si los hubiere, y los demás documentos que por su naturaleza formen parte del contrato.
- 8. PARTES DEL CONTRATO DE SEGURO:** El Asegurador y el Tomador. Además de las personas señaladas, también forman parte del contrato de seguro, los Asegurados y los Beneficiarios.
- 9. PRIMA:** Es la contraprestación que, en función de los riesgos amparados por esta Póliza, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración del contrato.
- 10. REPRESENTANTE:** Persona autorizada por el Asegurado para que en caso de siniestro, y con el único propósito de efectuar la tramitación correspondiente, actúe ante el Asegurador en sustitución de él.
- 11. RIESGO:** Posible ocurrencia por azar de un acontecimiento que no dependa exclusivamente de la voluntad del Tomador, Asegurado o Beneficiario, que ocasione una necesidad económica, y cuya aparición real o existencia se previene y garantiza en este contrato.
- 12. SINIESTRO:** Materialización del riesgo que da origen a la obligación de indemnizar por parte del Asegurador, que corresponda conforme al presente contrato.
- 13. SOLICITUD DE SEGURO:** Cuestionario que proporciona el Asegurador, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del Tomador y a los datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser

contestadas en su totalidad y con exactitud por el Tomador, 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.

- 14. SUMA ASEGURADA:** Límite máximo de responsabilidad del Asegurador por duración del contrato, accidente, Asegurado y cobertura contratada.
- 15. TOMADOR:** Prestador de Servicio Público de Transporte Terrestre de Pasajeros y Pasajeras que contrata el seguro con el Asegurador, trasladándole los riesgos y obligándose al pago de la prima.

CLÁUSULA 3. EXCLUSIONES GENERALES

Esta póliza no cubre:

- 1. Pérdidas, gastos o daños que sean consecuencia o que se den en el curso de: 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 civil, guerra intestina, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con alguna organización que realice actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.**
- 2. Pérdidas, gastos o daños que sean consecuencia de: fisión o fusión nuclear, radiaciones ionizantes y contaminantes radioactivos.**
- 3. Pérdidas, gastos o daños que sean consecuencia de: nacionalización, confiscación, incautación, requisa, comiso, embargo, expropiación, destrucción o daño por orden de cualquier gobierno o autoridad pública legalmente constituida o de facto, a menos que dicha destrucción sea ejecutada para detener la propagación de los daños causados por cualquier riesgo asegurado.**

4. **Otras exclusiones que se establezcan en las Condiciones Particulares de la Póliza.**

CLÁUSULA 4. EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD.

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

1. **Si el Tomador, Asegurado o 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 relacionados con este contrato.**
2. **Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, Asegurado o Beneficiario.**
3. **Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, Asegurado o 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 este contrato.**
4. **Si el siniestro se inicia antes de la duración del contrato y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador.**
5. **Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario no empleare los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro, siempre que este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador.**
6. **Si el Tomador actúa con dolo o culpa grave en la declaración de las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, según lo señalado en la Cláusula 11. Declaraciones en la Solicitud de Seguro, de estas Condiciones Generales.**
7. **Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario intencionalmente omitiere dar aviso al Asegurador sobre la contratación de pólizas que cubran el**

mismo riesgo amparado por el presente contrato o si el Tomador hubiese celebrado el segundo o posteriores contratos de seguros, sobre los mismos riesgos, con el fin de procurarse un provecho ilícito.

- 8. Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario incumpliere lo establecido en la Cláusula 16. Subrogación de Derechos en caso de Gastos Médicos y Pérdida de Equipaje (en caso de Servicio Especial), de estas Condiciones Generales, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.**
- 9. Si el Tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, actuando con dolo o culpa grave, obstaculiza los derechos del Asegurador estipulados en este contrato.**
- 10. Otras exoneraciones de responsabilidad establecidas en las Condiciones Particulares de esta Póliza.**

CLÁUSULA 5. DURACIÓN DEL CONTRATO.

La duración 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.

CLÁUSULA 6. PAGO DE LA PRIMA.

El Tomador debe pagar la primera prima anual en el plazo de diez (10) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la duración 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 duración del contrato. Si el Asegurador no ejerce su derecho a resolver el contrato de seguro, no podrá negarse a recibir el pago de la prima vencida. 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.

El pago de la prima solamente conserva en vigor el contrato por el tiempo al cual corresponda dicho pago, según conste en el Cuadro Póliza Recibo.

Contra el pago de la prima, el Asegurador entregará al Tomador el Cuadro Póliza Recibo o recibo de prima 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, con su acuse de recibo.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del Asegurador por el exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses del excedente, aun cuando aquellas hubieren sido aceptadas formalmente por el Asegurador.

CLÁUSULA 7. LUGAR Y MEDIO DE PAGO DE LAS PRIMAS.

Las primas correspondientes a este contrato serán pagadas directamente en las oficinas del Asegurador. No obstante, podrán ser pagadas bajo cualquier mecanismo o medio acordado por las partes.

El Asegurador podrá cobrar las primas a domicilio y dar aviso de sus vencimientos y, si lo hiciera, no sentará precedente de tal obligación y podrá suspender esta gestión en cualquier momento, previo aviso.

CLÁUSULA 8. FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA.

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 duración del contrato. En este caso, si el Tomador no pagase cualquier fracción de la prima dentro de los *{El Asegurador podrá establecer el número de días hábiles que considere conveniente para el pago de la fracción prima}* 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.

Si ocurriese un siniestro amparado durante el plazo convenido para el pago de la fracción de prima, el Asegurador procederá de conformidad con las siguientes reglas:

1. Descontar del monto indemnizable la fracción de prima vencida. No obstante, si el monto a pagar es por la totalidad

de la suma asegurada, el Asegurador podrá deducir las fracciones de primas pendientes para completar la totalidad de la prima de la duración del contrato.

2. Si el monto indemnizable es menor a la fracción de prima vencida, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague la referida fracción de prima vencida, antes del vencimiento del respectivo plazo.

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.

Si el Asegurador no ejerce su derecho a resolver el contrato de seguro, no podrá negarse a recibir el pago de la fracción de prima vencida.

CLÁUSULA 9. 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 10. Plazo de Gracia, de estas Condiciones Generales, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior. Sólo el Tomador podrá negarse a la prórroga del contrato, mediante una notificación escrita al Asegurador, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de vigencia en curso.

No obstante, el Asegurador no estará obligado a renovar el contrato o la cobertura de alguna unidad de transporte público de pasajeros cuando el Tomador no haya consignado las correspondientes certificaciones de prestación de servicio de transporte público de pasajeros en rutas suburbanas, dentro del mes anterior a la terminación del contrato.

CLÁUSULA 10. PLAZO DE GRACIA.

Se conceden treinta (30) días continuos de gracia para el pago de la prima de renovación, contados a partir de la fecha de terminación de la duración del contrato anterior. Si ocurriere un siniestro en este plazo, el Asegurador pagará la indemnización, previa deducción de la prima correspondiente. Si el monto del

siniestro es menor a la prima de renovación, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague la prima en el plazo de gracia concedido. Si la prima no es pagada en el referido período, el contrato quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación de la duración del período anterior.

CLÁUSULA 11. DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO.

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

El Asegurador debe participar al Tomador, en el plazo de cinco (5) días hábiles siguientes, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la Solicitud de Seguro, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver el contrato, mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, dirigida al Tomador o Asegurado, según corresponda, en el plazo de un (1) mes, contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el Tomador.

En caso de resolución, ésta se producirá a partir del decimosexto (16º) 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 hasta el momento en que se haga esta notificación. El Asegurador no podrá resolver el contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga cualquiera de las notificaciones a que se refiere esta Cláusula o antes de que se haga efectiva la resolución del contrato, la indemnización se reducirá en la misma proporción que existe entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador

actúa con dolo o culpa grave, el Asegurador quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la prima.

Cuando la reserva o inexactitud se contrajese sólo a una o varias de las unidades de transporte público de pasajeros, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto a las restantes, si ello fuera técnicamente posible.

CLÁUSULA 12. FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE.

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

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, Asegurado o 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 13. PLURALIDAD DE SEGUROS.

El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe comunicar al Asegurador, en un plazo máximo de diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro, la celebración de cualquier otro seguro que ampare iguales riesgos a los cubiertos por este seguro.

En el supuesto de las coberturas de: muerte accidental, invalidez permanente, gastos médicos y servicios funerarios, el incumplimiento de este deber sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que el Asegurador pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

Cuando existan varios contratos que cubran gastos médicos y estén obligados a pagar la indemnización sobre un mismo siniestro, el Asegurado escogerá el orden en que presentará las reclamaciones y las empresas de seguros deberán indemnizar, según los límites de sus contratos, hasta el monto total de los gastos, previa deducción de los montos pagados por los otros contratos.

Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario tiene otros seguros que cubran la pérdida del equipaje (en caso de Servicio Especial), las aseguradoras contribuirán al abono de la indemnización en proporción a la suma propia asegurada, sin que pueda superarse la cuantía del daño. Dentro de ese límite el Tomador, Asegurado o Beneficiario puede pedir a cada empresa de seguros la indemnización debida según el respectivo contrato. La aseguradora que ha pagado una cantidad superior a la que proporcionalmente le corresponda, podrá repetir contra las demás aseguradoras. Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario, según sea el caso, intencionalmente omitiere el aviso de la existencia de otros seguros que cubran la pérdida de equipaje (en caso de Servicio Especial), o si se hubiese celebrado el segundo o los posteriores seguros con el fin de procurarse un provecho ilícito, las aseguradoras no quedan obligadas frente al Tomador, Asegurado o Beneficiario; sin embargo, todas las aseguradoras conservarán su derecho derivado de los respectivos contratos, en cuyo caso deberán tener prueba fehaciente de la conducta dolosa del Tomador, Asegurado o Beneficiario.

CLÁUSULA 14. OPORTUNIDAD DEL PAGO.

El Asegurador debe pagar la indemnización que corresponda en un plazo que no exceda de veinte (20) días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que haya recibido el último recaudo solicitado, salvo por causa extraña no imputable al Asegurador.

CLÁUSULA 15. RECHAZO DEL SINIESTRO.

El Asegurador debe notificar por escrito a la persona que formuló el reclamo, en el 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 16. SUBROGACIÓN DE DERECHOS EN CASO DE GASTOS MÉDICOS Y PÉRDIDA DE EQUIPAJE (EN CASO DE SERVICIO ESPECIAL).

El Asegurador que ha pagado la indemnización queda subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto pagado por las coberturas de Gastos Médicos y Pérdida de Equipaje (en caso de Servicio Especial), en los derechos y acciones del Tomador,

Asegurado o Beneficiario contra los terceros responsables.

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará contra las personas de cuyos hechos debe responder civilmente el Asegurado, ni contra el causante del siniestro vinculado con el Asegurado hasta el segundo grado de parentesco por consanguinidad o que sea su cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.

El Tomador, Asegurado o Beneficiario no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de recobrar de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado. En caso de siniestro, el Tomador, Asegurado o Beneficiario está obligado a realizar a expensas del Asegurador, cuantos actos sean necesarios y todo lo que éste pueda razonablemente requerir, con el objeto de permitir que ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago.

Si el Tomador, Asegurado o Beneficiario incumpliere lo establecido en esta cláusula perderá el derecho al pago por las coberturas de Gastos Médicos y Pérdida de Equipaje (en caso de Servicio Especial) que le otorga esta Póliza de Seguro, a menos que compruebe que el incumplimiento sea debido a una causa extraña no imputable a él.

CLÁUSULA 17. 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 que regulan el arbitraje en la actividad aseguradora.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLÁUSULA 18. CADUCIDAD.

El Tomador, Asegurado o Beneficiario perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra el Asegurador o convenir con éste a someterse al Arbitraje previsto en la cláusula anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo de un (1) año contado a partir de la fecha de la notificación, por escrito:

1. Del rechazo, total o parcial, del siniestro.
2. De la decisión del Asegurador sobre la inconformidad del Tomador, Asegurado o Beneficiario respecto al monto de la indemnización o al cumplimiento de la obligación a través de proveedores de insumos o servicios.

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

A los efectos de esta disposición, se entenderá iniciada la acción judicial una vez presentado el libelo de demanda por ante los Órganos jurisdiccionales.

CLÁUSULA 19. PRESCRIPCIÓN.

Salvo lo dispuesto en leyes especiales, las acciones derivadas de este contrato prescriben a los tres (3) años contados a partir del hecho que dio origen a la obligación.

CLÁUSULA 20. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.

1. El Tomador debe llenar la Solicitud de Seguro y declarar, con sinceridad y exactitud, todas las circunstancias necesarias para apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en este contrato.
2. El Tomador debe pagar la prima en la forma, frecuencia, lugar y tiempo convenidos en este contrato;
3. El Tomador, Asegurado o Beneficiario hará saber al Asegurador, dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares de este contrato, la ocurrencia de un siniestro, expresando claramente las causas y circunstancias del suceso ocurrido;
4. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe 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;
5. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe probar la ocurrencia del siniestro a través de la consignación de toda

- aquella información necesaria para la indemnización del mismo, que sea solicitada por el Asegurador para verificar las circunstancias y consecuencias del siniestro;
6. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe realizar diligentemente todas las acciones necesarias y destinadas a garantizar al Asegurador el ejercicio de su derecho de subrogación, si fuere el caso;
 7. El Tomador, 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;
 8. El Tomador, Asegurado o Beneficiario debe cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el presente contrato.

CLÁUSULA 21. OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR.

1. Informar al Tomador, 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 tanto el Tomador como el Asegurado le formulen;
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 mismo, 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 22. MODIFICACIONES.

Las solicitudes de modificación y rehabilitación del contrato deben ser solicitadas a través de cualquier mecanismo acordado por las partes.

Se consideran aceptadas las solicitudes efectuadas por el Tomador o Asegurado, si el Asegurador no las rechaza dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de haberlas recibido.

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

Si la modificación propuesta por el Asegurador es efectiva a partir de la renovación del contrato, debe ser comunicada al Tomador mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, en un plazo no menor a un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso.

En caso de desacuerdo del Tomador, si el Asegurador decide mantener o renovar el contrato, deberá hacerlo bajo las mismas condiciones de suma asegurada y deducible vigentes al momento de la propuesta de modificación.

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 al respecto en este contrato.

El contrato de seguro puede ser rehabilitado a solicitud del Tomador. No se convendrá la rehabilitación, una vez transcurridos noventa (90) días continuos desde la fecha de resolución del contrato.

CLÁUSULA 23. AVISOS.

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto al contrato, se hará mediante comunicación impresa, con acuse de recibo, dirigida al domicilio principal o sucursal del

Asegurador o a la dirección del Tomador, del Asegurado, del Beneficiario o de la persona que formuló el reclamo, según sea el caso, 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.

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 plazo de tres (3) días hábiles, contados a partir de su recepción.

CLÁUSULA 24. DOMICILIO ESPECIAL.

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

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1. DEFINICIONES PARTICULARES.

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:

Accidente: Suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del Tomador, Asegurado o Beneficiario, que le cause al Asegurado lesiones corporales.

Asalto o Atraco: Se refiere al hecho o intento de apoderarse de bienes utilizando la violencia o la amenaza de causar daños inminentes a las personas.

Emergencia Médica: Condición que compromete la vida o la integridad física del Asegurado, cuya atención no puede ser diferida y su diagnóstico ha sido hecho por un médico calificado de la institución hospitalaria prestadora de los servicios de salud.

Equipaje: Conjunto de efectos de uso o consumo personal del Ocupante contenido en maletas o bultos. Para efectos de este contrato no se considerarán como equipaje los bolsos de mano y los objetos destinados al abrigo, adorno o uso personal que el Ocupante lleve consigo y mantenga bajo su custodia durante el viaje.

Funeraria: Empresa autorizada para suministrar servicios funerarios.

Hurto: Se refiere al acto de apoderarse de los bienes, sin intimidar a las personas o sin utilizar medios violentos para entrar o salir del sitio donde se encuentren los bienes.

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 desórdenes de conducta, ni lugares donde se proporcionen tratamientos naturistas, terapias alternativas y acupuntura.

Lesión: Daño corporal sufrido por el Asegurado como consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza.

Medicamento necesario: Conjunto de medidas o procedimientos ordenados y suministrados por un médico o institución hospitalaria, que se ponen en práctica para el tratamiento, curación o alivio de una enfermedad o lesión, bajo las siguientes características:

1. Que sea apropiado para el diagnóstico y tratamiento de la lesión del Asegurado;
2. Que sea congruente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina en la República Bolivariana de Venezuela y por la Federación Médica Venezolana;
3. Que el nivel de servicio o suministro sea idóneo y pueda ser proporcionado sin riesgo para el Asegurado;
4. Que no sea primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado, de su familia o de su Médico.

Médico: Profesional de la medicina titulado e inscrito en el Ministerio con competencia en materia de salud o en la

institución que legalmente corresponda, acreditado conforme a la ley para ejercer la profesión médica en el país.

Ocupante: Persona natural que realiza un viaje en la unidad de transporte público de pasajeros, como operador o como pasajero.

Operador: Persona destinada a la conducción de la Unidad de Transporte Público de Pasajeros o a la atención de los pasajeros.

Pasajero: Persona natural, usuaria del servicio de transporte.

Prótesis: Dispositivo o aparato diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo trabaje mejor.

Robo: Se refiere al acto de apoderarse de bienes, utilizando medios violentos para entrar o salir del sitio donde se encuentren, siempre que queden huellas visibles de tales hechos.

Rutas Suburbanas: Las definidas de conformidad con lo previsto en las resoluciones emanadas por los organismos competentes, mediante la cual se establece la tarifa utilizada por los Prestadores del Servicio Público de Transporte Terrestre de Pasajeros y Pasajeras para rutas suburbanas.

Tratamiento médico: Conjunto de medidas o procedimientos realizados u ordenados por un médico que se ponen en práctica para la curación o alivio de una enfermedad o lesión, incluyendo medicamentos prescritos, insumos o prótesis.

Unidad de transporte público de pasajeros: Vehículo terrestre al cual el organismo competente le ha otorgado la Certificación de Prestación de Servicio de transporte público de pasajeros en rutas suburbanas.

CLÁUSULA 2. COBERTURAS AMPARADAS.

El Asegurador conviene en indemnizar al Asegurado o al Beneficiario, según corresponda, hasta la suma asegurada contratada e indicada en el Cuadro Póliza Recibo, para las siguientes coberturas:

2.1. MUERTE ACCIDENTAL: Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por este contrato, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos, y dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días continuos, contados a partir de la fecha de su ocurrencia, al Asegurado le sobreviene la muerte, el Asegurador pagará la suma asegurada de esta cobertura,

indicada en el Cuadro Póliza Recibo y en el Certificado Individual de Seguro, si fuere el caso.

2.2. INVALIDEZ PERMANENTE: Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por este contrato, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos, y dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días continuos, contados a partir de la fecha de su ocurrencia, el Asegurado sufre cualquier invalidez de las mencionadas en la Escala de Indemnizaciones, el Asegurador pagará la cantidad resultante de aplicar el porcentaje estipulado en la referida escala a la suma asegurada de esta cobertura, indicada en el Cuadro Póliza Recibo y en el Certificado Individual de Seguro, si fuere el caso.

ESCALA DE INDEMNIZACIONES	
TIPO DE INVALIDEZ	% DE INDEMNIZACIÓN
Enajenación mental incurable o pérdida de la conciencia.	100
Ceguera absoluta.	100
Pérdida total de la audición y del habla.	100
Lesiones incurables de la médula espinal que impida por completo el movimiento.	100
Pérdida o inutilización de ambos brazos, manos, piernas o pies, o de un brazo o una mano y de una pierna o pie.	100
PÉRDIDA TOTAL O INUTILIZACIÓN ABSOLUTA	
Un ojo con disminución de la agudeza visual del otro en más de un 50%, siempre que ésta sea incorregible.	75
Un ojo con enucleación.	35
Un ojo sin enucleación.	25
Reducción de la visión de ambos ojos en más de 50%.	50
Sordera bilateral.	50
Sordera unilateral.	25

Trastornos graves en las articulaciones de ambos maxilares.	15
Del olfato o del gusto.	5
Del uso de la cadera.	30
Una de las piernas por encima de la rodilla.	60
Una de las piernas por debajo de la rodilla o de un pie.	50
Del uso de la rodilla.	25
Del dedo gordo del pie.	10
Cualquier otro dedo del pie.	5
Un brazo o una mano.	60
Un dedo pulgar.	20
Un dedo índice.	15
Un dedo medio.	10
Un dedo anular.	8
Un dedo meñique.	7
Del uso del hombro.	30

Por pérdida total o inutilización absoluta se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano lesionado.

Cuando la pérdida o inutilización sea parcial, la indemnización que hubiese correspondido por pérdida total o inutilización absoluta será disminuida en forma proporcional.

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

En caso de varios tipos de invalidez como consecuencia del mismo accidente, la indemnización resultante se calculará sumando los porcentajes correspondientes a cada invalidez, sin exceder la suma asegurada. Cuando el monto a indemnizar alcance o exceda el ochenta por ciento (80%), el Asegurador indemnizará la suma asegurada de esta cobertura.

En los casos de enajenación mental, parálisis, pérdida del habla y sordera, se requiere que hayan tenido una duración ininterrumpida no menor de ciento ochenta (180) días

desde la fecha del accidente y, a juicio del organismo competente, sean declaradas irreparables.

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

La pérdida de miembros u órganos ya incapacitados antes del accidente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior, siempre que los dictámenes médicos así lo demuestren, y únicamente por la diferencia entre el grado de invalidez que presentare antes y después del accidente.

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

2.3. GASTOS MÉDICOS: Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por este contrato, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos, el Asegurado requiere asistencia médica dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días continuos, contados a partir de la fecha de su ocurrencia, el Asegurador pagará los gastos hasta la suma asegurada de esta cobertura, indicada en el Cuadro Póliza Recibo y en el Certificado Individual de Seguro, si fuere el caso.

Están cubiertos los gastos generados por tratamiento médico, intervención quirúrgica (incluyendo el tratamiento postoperatorio), servicios hospitalarios, procedimiento médico, medicamentos, suministros, equipos e instrumentos especiales, médicamente necesarios para la atención de las alteraciones a la salud del Asegurado amparadas por la Póliza, incluyendo los causados por servicios de ambulancia.

2.4. SERVICIOS FUNERARIOS: Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por este contrato, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos, y dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días continuos, contados a partir de la fecha de su ocurrencia, al Asegurado le sobreviene la muerte, el Asegurador pagará la suma asegurada de esta cobertura, indicada en el Cuadro Póliza Recibo y en el Certificado

Individual de Seguro, si fuere el caso.

A los efectos de esta cobertura, se consideran servicios funerarios los gastos referentes a:

2.4.1 Beneficios por Cremación:

- Beneficios Básicos;
- Beneficios Básicos;
- Servicio de Cremación;
- Bendición y encoframiento de las cenizas;
- Nicho de columbario en las localidades donde esté disponible.

2.4.2 Beneficios por Inhumación:

- Beneficios Básicos;
- Ataúd;
- Gastos del Servicio de Inhumación;
- Derechos de lápida;
- Parcela en un cementerio.

Se entenderán por Beneficios Básicos los siguientes gastos por servicios funerarios:

- Preparación y arreglo del fallecido;
- Servicio de Capilla (máximo 24 horas);
- Servicio de Cafetín;
- Una (1) Habitación de descanso;
- Oficios religiosos;
- Un (1) Arreglo Floral;
- Carroza fúnebre para el traslado del fallecido al lugar donde se efectuará el velorio;
- Carroza fúnebre para el sepelio;
- Dos (2) carros de acompañamiento para el sepelio;
- Traslado del difunto dentro del Territorio Nacional, desde el lugar del fallecimiento hasta el lugar donde se prestará el servicio funerario;
- Traslado de implementos funerarios al domicilio en caso de no utilizar la sala velatoria de la funeraria;
- Asesoramiento al Asegurado o a sus familiares en las diligencias de Ley para la obtención del Certificado y Partida de Defunción, Permisos de Prefectura y Sanidad en caso de utilizar los servicios de asistencia funeraria ofrecidos por el Asegurador.

2.5. PÉRDIDA DE EQUIPAJE (OPCIONAL EN CASO DE PRESTARSE EL SERVICIO): El Asegurador pagará la

pérdida o daño del equipaje, contenido en la maleta o bulto a la que tiene derecho a trasladar el Asegurado, sin costo adicional, en la unidad de transporte público de pasajeros, que ocurra como consecuencia de accidente, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos.

El Asegurador indemnizará la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo y en el Certificado Individual de Seguro, si fuera el caso. No obstante, si el Asegurado efectuó la declaración formal del valor de su equipaje al Tomador, el Asegurador pagará hasta el doble de la suma asegurada contratada para esta cobertura.

Queda entendido que la suma asegurada de esta cobertura es aplicable por cada Ocupante (Pasajero u Operador), pero la responsabilidad del Asegurador por pérdida o daño del equipaje de los Operadores no se extenderá, en caso alguno, al doble de la suma asegurada.

CLÁUSULA 3. ALCANCE DE LAS COBERTURAS.

1. Coberturas de Muerte Accidental, Invalidez Permanente, Gastos Médicos y Servicios Funerarios: Están amparados los accidentes, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos, ocurridos encontrándose el Asegurado en viaje en ruta suburbana en la unidad de transporte público de pasajeros o subiendo o bajando de la misma, así como en los lugares de la ruta donde se esté reparando la unidad de transporte público de pasajeros por quedar inmovilizada por avería.
Los efectos de estas coberturas inician en el momento en que el Asegurado se encuentre subiendo a la unidad de transporte público de pasajeros y terminan cuando el Asegurado se haya bajado de la misma por su llegada al lugar de destino.
2. Cobertura de Pérdida de Equipaje (en caso de Servicio Especial): Están amparados los accidentes, incluyendo asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos, ocurridos mientras el equipaje se encuentre bajo el cuidado, custodia y control del Tomador, en sus instalaciones o en la unidad de transporte público de

pasajeros en la cual el Asegurado realiza el viaje.

CLÁUSULA 4. EXCLUSIONES PARTICULARES.

Esta Póliza no cubre reclamos como consecuencia de sucesos o eventos derivados de:

1. Lesiones que se ocasione el Asegurado por su participación activa en actos delictivos, motín, conmoción civil, disturbios populares, saqueos, disturbios laborales o conflictos de trabajo;
2. Terremoto, temblor de tierra, maremoto, tsunami, inundación, movimientos de masas, flujos torrenciales, huracanes, tornado, tifón, ciclón, eventos climáticos, granizo, erupción volcánica o cualquier otra convulsión de la naturaleza o perturbación atmosférica;
3. Lesiones que el Asegurado se ocasione intencionalmente, incluyendo el suicidio o su tentativa;
4. Lesiones que se ocasione el Asegurado por encontrarse bajo la influencia de alcohol o de sustancias o drogas no prescritas medicamente;
5. Lesiones que se ocasione el Asegurado por desvanecimiento, síncope, ataques de apoplejía, infarto coronario, epilepsia, sonambulismo o enajenación mental, convulsiones y roturas de aneurismas;
6. Lesiones que se ocasione el Asegurado por su participación activa en duelos o riñas, a menos que se compruebe que no han sido provocados por él o que éste actuó en legítima defensa;

Asimismo, esta Póliza no ampara:

7. Honorarios como consecuencia de cualquier tratamiento proporcionado por un médico o enfermera que tenga parentesco con el Tomador o el Asegurado, dentro del segundo grado de consanguinidad o afinidad, o que viva con éstos;
8. Pérdida o daños de bienes con fines comerciales;

CLÁUSULA 5. OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD;

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

1. Si no se efectúa la reclamación o no se entregue la documentación exigida en los lapsos indicados en la

Cláusula 7; Procedimiento en Caso de Activación de las Coberturas, de estas Condiciones Particulares, salvo por causa extraña no imputable al obligado;

2. Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Pasajero o del Beneficiario; En este supuesto, el Asegurador quedará relevado de su obligación de indemnizar, únicamente con respecto al Pasajero o Beneficiario que haya actuado con dolo;
3. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Pasajero o del Beneficiario; En este supuesto, el Asegurador quedará relevado de su obligación de indemnizar, únicamente con respecto al Pasajero o Beneficiario que haya actuado con culpa grave; No obstante, el Asegurador estará obligado al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el Asegurador en lo que respecta a la Póliza;
4. En lo que se refiere a las coberturas de Gastos Médicos, Servicios Funerarios y Pérdida de Equipaje (en caso de Servicio Especial), cuando las facturas presentadas no cumplan con los requisitos y exigencias del Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (SENIAT);
5. En el caso de la cobertura de Pérdida de Equipaje (en caso de Servicio Especial), si el Tomador o Asegurado, intencionalmente omitiere dar aviso al Asegurador de la existencia de otros seguros que cubran la pérdida de equipaje (en caso de Servicio Especial), o si se hubiese celebrado el segundo o los posteriores seguros con el fin de procurarse un provecho ilícito, de conformidad con lo previsto en la Cláusula 13;- Pluralidad de Seguros, de las Condiciones Generales de este contrato;
6. En el caso de las coberturas de Gastos Médicos y Pérdida de Equipaje (en caso de Servicio Especial), si el Tomador, Asegurado o Beneficiario incumpliere lo establecido en la Cláusula 16;- Subrogación de Derechos en caso de Gastos Médicos y Pérdida de Equipaje (en caso de Servicio Especial) de las Condiciones Generales de este contrato, a menos que compruebe que el incumplimiento sea debido a una causa extraña no imputable a él;

CLÁUSULA 6. ACCION DE REPETICION

El Asegurador tendrá derecho a repetir del Tomador las cantidades pagadas al Asegurado cuando:

1. Si el accidente ocurre como consecuencia del incumplimiento, por parte del Operador de la unidad de transporte público de pasajeros, o del Tomador, del ordenamiento jurídico en materia de transporte público;
2. Si el accidente hubiere sido ocasionado por encontrarse cualquier Operador de la unidad de transporte público de pasajeros en estado de embriaguez, ingiriendo bebidas alcohólicas, o bajo los efectos de sustancias o drogas depresoras, estimulantes o alucinógenas;
3. Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Operador de la unidad de transporte público de pasajeros;
4. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Operador de la unidad de transporte público de pasajeros; 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;
5. Si el accidente se produce como consecuencia de la infracción de estipulaciones reglamentarias sobre el peso, medidas y disposición de la carga, del número de ocupantes, o forma de acomodarlos, o debido a que la unidad de transporte público de pasajeros excedía el número de pasajeros que figura en el correspondiente documento o registro de propiedad; No se considera exceso de pasajeros los menores que viajen en brazos de sus representantes legales;
6. Cuando el Operador de la unidad de transporte público de pasajeros carezca de la licencia de conducir que lo habilite o si este documento se encuentra revocado, anulado, suspendido o vencido;
7. Cuando el Operador de la unidad de transporte público de pasajeros no cumpla con la edad mínima requerida para conducir el tipo de vehículo, según las normas de clasificación de la licencia para conducir, establecidas en la Ley, aun cuando se le haya otorgado un permiso especial para conducir;

8. Si el Operador de la unidad de transporte público de pasajeros no está autorizado legalmente para tal actividad o sea sordo, carezca de algún brazo, mano o pie o lo tenga incapacitado para su uso, o tenga parálisis parcial de carácter permanente o no;
9. Si el Operador de la unidad de transporte público de pasajeros no cumple con el ordenamiento jurídico en materia de transporte público, en lo que respecta al tiempo de conducción y descanso;
10. Cuando la unidad de transporte público de pasajeros se encuentre tomando parte en competencias, piques o carreras;
11. Cuando el Operador de la unidad de transporte público de pasajeros cambie la ruta establecida para el viaje, salvo por causa extraña que no le sea imputable;
12. Cuando el Tomador no mantenga la unidad de transporte público de pasajeros en las condiciones adecuadas de seguridad y buen funcionamiento exigidos en la regulación en materia de transporte terrestre;
13. Si para el momento de la ocurrencia del accidente la unidad de transporte público de pasajeros carecía de la Certificación de Prestación de Servicio de Transporte Público de Pasajeros en rutas suburbanas;

CLÁUSULA 7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE LAS COBERTURAS;

En caso de reclamación por cualquier siniestro, se tomará en cuenta lo siguiente:

I. POR PAGO DE LA PRESTACIÓN O REEMBOLSO;

El Beneficiario debe notificar el siniestro al Asegurador en un plazo máximo de diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de su ocurrencia;

Dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de notificación, deberá suministrar cumplimentados, los formularios de declaración de siniestro proporcionados por el Asegurador, conjuntamente con los siguientes documentos, según sea el caso:

1. Cobertura de Muerte Accidental:

- 1.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;

- 1.2. Acta o Certificado de Defunción del Asegurado fallecido;
- 1.3. Certificado de la Medicatura Forense;
- 1.4. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Beneficiario;
- 1.5. En caso de que el Beneficiario sea niño, niña o adolescente, oficio mediante el cual el tribunal competente autorice a su representante legal a recibir el pago de la indemnización;
- 1.6. Declaración de Único y Universales Herederos, si fuere el caso;
- 1.7. Declaración de los hechos por parte del Beneficiario, con indicación de las circunstancias del accidente; así como de los testigos, si los hubiere;
- 1.8. Denuncia ante las autoridades competentes, si el fallecimiento es consecuencia de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos;

El Asegurador se reserva el derecho de solicitar la autopsia o la exhumación del cadáver, de conformidad con lo establecido en la normativa prevista para ello, con la finalidad de determinar las causas de la muerte; Todos los gastos que se produzcan con ocasión de la autopsia o la exhumación del cadáver serán pagados por el Asegurador;

2. Cobertura de Invalidez Permanente:

- 2.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;
- 2.2. Certificado médico de incapacidad, especificando el tipo y grado de invalidez, emitido por el organismo competente;
- 2.3. Declaración de los hechos por parte del Asegurado, con indicación de la fecha, hora, lugar y circunstancias del accidente; así como de los testigos, si los hubiere;
- 2.4. Denuncia ante las autoridades competentes, si la invalidez es consecuencia de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos;

3. Cobertura de Gastos Médicos:

- 3.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;

- 3.2. Cédula de identidad, pasaporte o Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) del Beneficiario;
- 3.3. Facturas de los gastos incurridos emitidos por el proveedor del servicio médico, acompañadas de los récipes, informes médicos y exámenes practicados con sus respectivos resultados, así como de cualquier otra documentación relacionada con los servicios recibidos;
- 3.4. Declaración de los hechos por parte del Asegurado, con indicación de la fecha, hora, lugar y circunstancias del accidente; así como de los testigos, si los hubiere;
- 3.5. Denuncia ante las autoridades competentes, si las lesiones son consecuencia de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos;

4. Cobertura de Servicios Funerarios:

- 4.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;
- 4.2. Cédula de identidad, pasaporte o Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) del Beneficiario;
- 4.3. Acta o Certificado de Defunción del Asegurado;
- 4.4. Certificado de la Medicatura Forense;
- 4.5. Facturas de los gastos por servicios funerarios prestados y pagados por el Beneficiario a la Funeraria;
- 4.6. Declaración de los hechos por parte del Beneficiario, con indicación de las circunstancias del accidente, así como de los testigos, si los hubiere
- 4.7. Denuncia ante las autoridades competentes, si el fallecimiento es consecuencia de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos;

5. Cobertura de Pérdida de Equipaje (en caso de Servicio Especial):

- 5.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;
- 5.2. Reclamación por la pérdida o daño del equipaje presentada por el Asegurado ante el Tomador;
- 5.3. Cédula de identidad, pasaporte o Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) del Beneficiario;
- 5.4. Ticket o Comprobante de la maleta o bulto

- emitido por el Tomador;
- 5.5. Comprobante de la declaración efectuada por el Asegurado del valor de su equipaje ante el Tomador, si fuere el caso;
 - 5.6. Documento que demuestre el pago efectuado al Asegurado, acompañado de los soportes que justifiquen el monto pagado, si fuera el caso;
 - 5.7. Denuncia ante las autoridades competentes, en caso de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos;

Independientemente de la cobertura activada, el Tomador deberá entregar, en un plazo de quince (15) días hábiles siguientes, contados a partir de la fecha de la notificación del siniestro, los documentos indicados a continuación:

- a) Declaración de los hechos por parte del Tomador con indicación de la fecha, hora, lugar y circunstancias del accidente; así como de los testigos, si los hubiere;
- b) Informe de las autoridades que intervinieron en el hecho, si fuere el caso;
- c) Documentos que demuestren que el Tomador efectuó algún pago a los Beneficiarios, si fuera el caso;

El Asegurador podrá solicitar, sólo en una (1) oportunidad, en función de la información suministrada por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, nuevos recaudos para la evaluación del siniestro y la determinación del pago que pudiera corresponder, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la entrega de los recaudos inicialmente solicitados; El Tomador, Asegurado o Beneficiario tendrá un lapso de treinta (30) días hábiles, contados desde la fecha de recepción de la solicitud, para entregar los nuevos recaudos solicitados, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, Asegurado o Beneficiario;

El Asegurador, a su costo, tendrá derecho y la oportunidad de examinar al Asegurado durante la tramitación de una reclamación bajo esta Póliza;

II. POR PAGO DIRECTO AL PROVEEDOR DEL SERVICIO;

1. Cobertura de Gastos Médicos en caso de Emergencia Médica:

Si el Asegurado requiere atención por emergencia

médica, el Asegurador debe informar de forma inmediata a la Institución Hospitalaria, que el Asegurado se encuentra amparado por esta Póliza;

2. **Cobertura de Gastos Médicos en caso de Carta Aval:**

El Asegurado, deberá suministrar al Asegurador:

- 2.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;
- 2.2. Cédula de identidad, pasaporte o Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) del Beneficiario;
- 2.3. Declaración de los hechos por parte del Asegurado, con indicación de la fecha, hora, lugar y circunstancias del accidente; así como de los testigos, si los hubiere;
- 2.4. Denuncia ante las autoridades competentes, si las lesiones son consecuencia de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos;
- 2.5. Presupuesto detallado de los gastos médicos por los productos y los servicios a ser prestados, así como los resultados de los exámenes preoperatorios y el informe médico donde se señale el diagnóstico, el tratamiento médico o la intervención quirúrgica a efectuarse;

El Asegurado deberá remitir estos documentos, con al menos diez (10) días hábiles de anticipación a la fecha en que deba realizarse el tratamiento médico o la intervención quirúrgica;

El Asegurado queda relevado de consignar los documentos mencionados en los numerales 2;1; al 2;4;, si estos hubiesen sido suministrados al Asegurador con anterioridad;

El Asegurador podrá solicitar, a su costo, una segunda evaluación médica o documentos adicionales a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad; La solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos en el párrafo anterior; En este supuesto, se establece un plazo de cinco (5) días hábiles para que el Asegurado se someta a la segunda evaluación médica o para que sean consignados los nuevos recaudos solicitados por el Asegurador, según sea el caso, contados

a partir de la fecha de solicitud; El Asegurador está obligado a ofrecer un listado de por lo menos tres (3) médicos especialistas, con la finalidad de que el Asegurado escoja quién efectuará la evaluación médica;

El Asegurador se compromete a entregar la Carta Aval al Asegurado dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que fueron consignados los documentos antes mencionados y se hubiere concluido la evaluación médica, si fuere el caso;

El Asegurador utilizará todos los mecanismos necesarios para procurar que el Asegurado reciba atención inmediata; El Asegurado tiene el derecho a escoger libremente el proveedor que le prestará los servicios o suministros garantizados por este contrato, salvo aquellas en aquellas coberturas que por su naturaleza deban ser garantizadas exclusivamente por un proveedor específico; El Asegurador podrá suscribir contratos con proveedores que aseguren la prestación de estos servicios o suministros; En este supuesto, indicará trimestralmente, mediante avisos colocados en cada una de sus oficinas de atención al público y en los medios de información electrónicos, los referidos proveedores;

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;

3. Cobertura de Servicios Funerarios:

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, la persona interesada podrá solicitar al Asegurador, la prestación del servicio funerario; El Asegurador utilizará todos los mecanismos necesarios para procurar la prestación del servicio;

El interesado deberá presentar al Asegurador los siguientes recaudos:

- 3.1. Cédula de identidad, pasaporte o partida de nacimiento del Asegurado;
- 3.2. Cédula de identidad, pasaporte o Registro único de Información Fiscal (R.I.F.) del Beneficiario;
- 3.3. Acta o Certificado de Defunción del Asegurado;
- 3.4. Certificado de la Medicatura Forense;
- 3.5. Declaración de los hechos por parte de la persona

interesada, con indicación de las circunstancias del accidente, así como de los testigos, si los hubiere

3.6. Denuncia ante las autoridades competentes, si el fallecimiento es consecuencia de asalto o atraco, robo, hurto o intento de cometerlos;

Si el Asegurador, debido a una causa extraña no imputable, no pudiere gestionar la prestación del servicio funerario o si existiere un remanente entre la suma asegurada y el costo del servicio funerario, el pago de la prestación será efectuado de acuerdo con lo indicado en el apartado I; Por Pago de la Prestación o Reembolso;

Independientemente de la cobertura activada, el Asegurador solicitará al Tomador, los documentos indicados a continuación:

- a) Declaración de los hechos por parte del Tomador con indicación de la fecha, hora, lugar y circunstancias del accidente; así como de los testigos, si los hubiere;
- b) Informe de las autoridades que intervinieron en el hecho, si fuere el caso;
- c) Documentos que demuestren que el Tomador efectuó algún pago a los Beneficiarios, si fuera el caso;

El Tomador deberá entregar la documentación solicitada en un plazo de dos (2) días hábiles, contados a partir de la fecha de la solicitud;

CLÁUSULA 8. BENEFICIARIOS;

Las personas indicadas a continuación, tendrán derecho a recibir el pago a que hubiere lugar, según la cobertura activada:

1. **Cobertura de Muerte Accidental:** El Asegurador pagará la suma asegurada convenida a los Herederos Legales del Asegurado, en la proporción que le corresponda a cada uno de acuerdo a la normativa legal aplicable;
La cualidad de Beneficiario no tendrá efectos si éste atentase contra la vida o integridad personal del Asegurado o fuere declarado cómplice del hecho, mediante sentencia definitivamente firme;
2. **Cobertura de Invalidez Permanente:** El Asegurador pagará la indemnización al Asegurado;

3. **Cobertura de Gastos Médicos:** El Asegurador pagará la indemnización a la persona que demuestre haber efectuado los gastos o al proveedor del servicio, según sea el caso;
4. **Cobertura de Servicios Funerarios:** El Asegurador pagará la indemnización a la persona que demuestre haber efectuado los gastos o al proveedor del servicio, según sea el caso;
Adicionalmente, para la cobertura de Servicios Funerarios, si existiere un remanente entre la suma asegurada y el monto erogado en el servicio funerario, será pagado según lo señalado en el número 1 de esta Cláusula;
6. **Cobertura de Pérdida de Equipaje (en caso de Servicio Especial):** El Asegurador pagará la indemnización al Tomador; no obstante, éste podrá autorizar al Asegurado para que formule la reclamación directamente al Asegurador;

CLÁUSULA 9. PERITAJE;

Cuando el Beneficiario no esté de acuerdo con el monto de la indemnización, la calificación o la evaluación de una invalidez, las partes podrán convenir un peritaje sometiéndose al siguiente procedimiento:

1. Nombrar por escrito un Perito Único de común acuerdo entre las partes;
2. En caso de desacuerdo sobre la designación del Perito Único, se nombrarán por escrito dos (2) Peritos, uno (1) por cada parte, en el plazo de un (1) mes calendario a partir del día en que una de las partes haya requerido a la otra dicha designación;
3. Si el Asegurado se negare a designar o dejare de nombrar el Perito en el plazo estipulado, se entenderá desistido el procedimiento y el monto de la indemnización, la calificación o la evaluación de la invalidez, será la determinada por el Asegurador;
4. Si el Asegurador se negare a designar el Perito, corresponderá al Superintendente de la Actividad Aseguradora su nombramiento;
5. Si los dos Peritos así nombrados no llegaren a un acuerdo, el o los puntos de discrepancia serán sometidos al fallo de un tercer Perito nombrado por ellos, por escrito, y su apreciación agotará este procedimiento; En caso de

desacuerdo, el tercer perito será nombrado por el Superintendente de la Actividad Aseguradora;

Los Peritos deberán dar su fallo por escrito dentro de un período de treinta (30) días continuos después de haber aceptado la designación; Los Peritos harán sus evaluaciones ateniéndose a la Escala de Indemnizaciones inserta en esta Póliza y a las condiciones del contrato; Los gastos de peritaje serán sufragados en partes iguales por el Asegurador y el Beneficiario; 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 sobreviviente; Asimismo, si el Perito único o el Perito tercero fallecieren antes del dictamen final, la parte o los Peritos que le hubieren nombrado, según el caso, quedan facultados para sustituirlo por otro;

CLÁUSULA 10. DESAPARICIÓN DEL ASEGURADO;

Si en el curso de un viaje ocurriese un accidente que ocasione la desaparición de algún Asegurado por un período no inferior a un (1) año, contado este a partir de la fecha del accidente, y cumplido lo establecido en el artículo 438 del Código Civil, el Asegurador hará efectivo el pago establecido para la cobertura de Muerte Accidental;

Si posteriormente apareciera el Asegurado, el Asegurador tendrá derecho a la restitución de la suma pagada y estará obligado a pagar los montos que correspondan a las coberturas de Gastos Médicos o Invalidez Permanente, resultantes del accidente, conforme con lo indicado en la Cláusula 6;- Procedimiento en caso de Activación de las Coberturas, de estas Condiciones Particulares;

CLÁUSULA 11. TRANSFERENCIA DE PASAJEROS ASEGURADOS A OTRO TRANSPORTE DEBIDO A UNA AVERÍA DURANTE UN VIAJE;

Si en el curso de un viaje ocurriese una avería que originare que la unidad de transporte público de pasajeros no pudiere continuar el viaje y el Asegurado tuviere que ser transferido a otra unidad de transporte público de pasajeros objeto de esta Póliza, el seguro mantendrá todo su vigor y efecto hasta la terminación del viaje establecido;

CLÁUSULA 12. MOVIMIENTOS DE INGRESOS Y EGRESOS;

El Tomador se obliga a enviar al Asegurador la relación de solicitudes de ingresos y egresos de unidades de transporte público de pasajeros en el seguro;

El monto de la prima correspondiente a los ingresos será calculado a prorrata, por el período que falte por transcurrir hasta el próximo vencimiento de la póliza, contado a partir de la fecha de ingreso en la Póliza;

Con respecto a las unidades de transporte público de pasajeros que egresen del seguro antes de la fecha de su vencimiento, el Asegurador calculará la prima del período que falte por transcurrir, de forma análoga al caso anterior;

Según sea el caso, el Asegurador cobrará o devolverá al Tomador el monto del ajuste de prima por ingresos o egresos en la Póliza, mediante la emisión y entrega del recibo de prima correspondiente, conjuntamente con una relación actualizada de las unidades de transporte público de pasajeros expuestas y los certificados individuales de seguro de los ingresos, si fuera el caso;

CLÁUSULA 13. ÁMBITO TERRITORIAL;

La cobertura de este contrato sólo ampara los accidentes ocurridos en viajes efectuados por las unidades de transporte público de pasajeros en rutas suburbanas de la República Bolivariana de Venezuela;

CLÁUSULA 14. DEFENSOR DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO;

El Tomador, Asegurado o Beneficiario que sienta vulneración de sus derechos, y requiera presentar cualquier denuncia, queja o reclamo, surgida con ocasión de este contrato de seguro, podrá acudir a la Unidad del Defensor del Asegurado del Asegurador o comunicarse a través de los mecanismos dispuestos para ello;

POR EL ASEGURADOR

EL TOMADOR

IV

TARIFA	
PÓLIZA DE ACCIDENTES PERSONALES DE OCUPANTES DE VEHÍCULOS DE TRANSPORTE DE PASAJEROS EN RUTAS SUBURBANAS	
AMPARO	TASA ANUAL POR CADA MIL BOLÍVARES DE SUMA ASEGURADA – APLICABLE POR CADA PUESTO
MUERTE ACCIDENTAL	0,50
INVALIDEZ PERMANENTE	0,20
GASTOS MÉDICOS	1,45
SERVICIOS FUNERARIOS	0,50
AMPARO	TASA ANUAL POR CADA BOLÍVAR DEL COSTO DEL PASAJE - APLICABLE POR CADA PUESTO
PÉRDIDA DE EQUIPAJE	0,75

Del uso obligatorio de las condiciones

Artículo 2: Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y las Tarifas previstas en este acto administrativo serán de uso obligatorio en las emisiones y renovaciones de las Pólizas de Seguro de Accidentes Personales de Ocupantes de Vehículos de Transporte de Pasajeros en Rutas Interurbanas y de las Pólizas de Seguro de Accidentes Personales de Ocupantes de Vehículos de Transporte de Pasajeros en Rutas Suburbanas, que se produzcan a partir de la entrada en vigencia de la presente Providencia y no podrán sufrir modificación alguna.

De la aprobación de documentos

Artículo 3. La Solicitud de Seguro, el Cuadro Póliza Recibo, la Declaración de Siniestro y demás documentos que formen parte integrante de la Póliza de Seguro de Accidentes Personales de

Ocupantes de Vehículos de Transporte de Pasajeros en Rutas Interurbanas y de la Póliza de Seguro de Accidentes Personales de Ocupantes de Vehículos de Transporte de Pasajeros en Rutas Suburbanas, y que se requieran para su comercialización, deben ser presentados por los sujetos regulados interesados ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora para su aprobación;

De la publicidad

Artículo 4. Se ordena la publicación de las presentes normas en la página web de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, con el fin de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general, sin menoscabo de su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

De la vigencia

Artículo 5. Las presentes normas entrarán en vigencia a partir de su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

Comuníquese y publíquese

OMAR OROZCO COLMENARES

Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)

Resolución N° 003-2021 de fecha 18 de enero de 2021, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 42.049 de la misma fecha