

**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 214º, 165º y 25º

**PROVIDENCIA ADMINISTRATIVA
Nº 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 Nº 003 de fecha 18 de enero de 2021, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Nº 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 Nº _____, 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 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 período 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 ocurriese 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 (16°) día continuo siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir, se encuentre a disposición del Tomador en la caja del Asegurador. Corresponderán al Asegurador las primas relativas al período de seguro transcurrido 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.

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, 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 ocasionen al 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 ocasionen intencionalmente, incluyendo el suicidio o su tentativa;
 4. Lesiones que se ocasionen al Asegurado por encontrarse bajo la influencia de alcohol o de sustancias o drogas no prescritas medicamente;
 5. Lesiones que se ocasionen al Asegurado por desvanecimiento, síncope, ataques de apoplejía, infarto coronario, epilepsia, sonambulismo o enajenación mental, convulsiones y roturas de aneurismas;
 6. Lesiones que se ocasionen al 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 Asegurado, 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

II

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:

- ASEGURADO:** Ocupante de una unidad de transporte de pasajeros en ruta suburbana, expuesto a los riesgos amparados por este contrato.
- ASEGURADOR:** {Indicar nombre completo del Asegurador} quien asume los riesgos cubiertos en este contrato.
- BENEFICIARIO:** Persona que tiene el derecho de recibir el pago de la indemnización a que hubiere lugar de ocurrir un siniestro.
- CONDICIONES PARTICULARES:** Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos a los riesgos que se aseguran.
- 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.
- 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:

- 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.**
- Pérdidas, gastos o daños que sean consecuencia de: fisión o fusión nuclear, radiaciones ionizantes y contaminantes radioactivos.**
- 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.**
- 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:

- 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.**
- Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, Asegurado o Beneficiario.**
- 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.**

- 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.**
- 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.**
- 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.**
- 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.**
- 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.**
- 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.**
- 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 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	0
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 ocasionen al 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 ocasionen intencionalmente, incluyendo el suicidio o su tentativa;
 4. Lesiones que se ocasionen al Asegurado por encontrarse bajo la influencia de alcohol o de sustancias o drogas no prescritas medicamente;
 5. Lesiones que se ocasionen al Asegurado por desvanecimiento, síncope, ataques de apoplejía, infarto coronario, epilepsia, sonambulismo o enajenación mental, convulsiones y roturas de aneurismas;
 6. Lesiones que se ocasionen al 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 periodo 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 fallecieron 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 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.

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-01-0510-2024

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, establece que es atribución de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora ejercer la potestad regulatoria, así como establecer el sistema de control, vigilancia previa, concomitante y posterior, supervisión, autorización, inspección, verificación y fiscalización de la actividad aseguradora.

POR CUANTO

La Ley de la Actividad Aseguradora establece que los ingresos de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora están conformados entre otros, por las contribuciones especiales aportadas por los sujetos regulados.

POR CUANTO

La Ley de la Actividad Aseguradora prevé que las empresas de seguros, de reaseguros, de medicina prepagada, administradoras de riesgos y financiadoras de primas o cuotas, están en la obligación de aportar una contribución especial destinada a financiar el funcionamiento de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS QUE REGULAN EL PAGO DE LA
CONTRIBUCIÓN ESPECIAL QUE DEBEN EFECTUAR LOS
SUJETOS REGULADOS

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto dictar los lineamientos aplicables al pago de la contribución especial que deben efectuar los sujetos regulados a que se refiere el artículo 10 de la Ley de la Actividad Aseguradora.

De la contribución especial

Artículo 2. La contribución especial que deben aportar los sujetos regulados será del tres coma cinco por ciento (3,5%), alícuota que se aplicará al total de las primas netas cobradas por contratos de seguros, las contraprestaciones por concepto de emisión de fianzas y los ingresos obtenidos como remuneración por los contratos de fideicomiso y contratos de administración de riesgos, los montos cobrados en los contratos o servicios de planes de salud, suscritos por las empresas que se dediquen a la medicina prepagada y los ingresos netos por intereses cobrados en los financiamientos otorgados a los tomadores de seguros o contratantes de medicina prepagada, en los casos de las financiadoras de primas.

De la oportunidad de pago

Artículo 3. La contribución especial durante el ejercicio económico será liquidada y pagada mensualmente, los sujetos regulados deberán pagar el monto dentro del mismo plazo previsto para la remisión de los Estados Financieros Analíticos Mensuales.

Efectuado el pago, los sujetos regulados deberán en la misma oportunidad remitir el soporte documental que así lo demuestre, a través de los medios electrónicos que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora disponga a tal efecto.

Del retraso en el pago

Artículo 4. El retraso en el pago de la contribución especial o incluso el incumplimiento de la obligación del sujeto regulado generará intereses moratorios, que procederá a partir del día continuo siguiente al vencimiento del plazo establecido para el pago de la contribución y será aplicado por cada día de retraso, así como también las sanciones administrativas correspondientes.

Para la determinación del recargo monetario, se tomará en cuenta la base de cálculo del índice de inversión del mes inmediatamente anterior publicado por el Banco Central de Venezuela, conforme con la siguiente metodología:

Recargo monetario = $MCE * (1 + TRPD)^N - MCE$

donde:

MCE: Monto de la Contribución Especial

N: Número de días de retraso

TRPD: Tasa de recargo Promedio Diaria = $[(TCUD/TCVD) - 1]/DH$

TCUD: Tipo de Cambio de Venta (Bs / USD) del último día hábil del mes inmediatamente anterior

TCVD: Tipo de Cambio de Venta (Bs / USD) del primer día hábil del mes inmediatamente anterior

DH: Número de días hábiles del mes inmediatamente anterior

Si en un mes el TRPD obtenido es menor o igual a cero, se tomará como base de cálculo para éste, el TRPD del mes anterior más cercano cuyo valor haya sido mayor a cero.

El recargo monetario a que se refiere este artículo, es aplicable a los montos de las contribuciones especiales con retraso en el pago a la fecha de entrada en vigencia de estas normas.

De la derogatoria

Artículo 5. Se derogan los actos administrativos contenidos en la Providencia SAA-2-0001 de fecha 7 de enero de 2022, publicada en el portal electrónico de esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora, mediante el cual se modifican los Lineamientos Aplicables al Pago de la Contribución Especial, y en la Providencia N° FSAA-002684 de fecha 29 de diciembre de 2014, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.593 de fecha 2 de febrero de 2015, mediante el cual se dictaron los Lineamientos Aplicables al Pago de la Contribución Especial. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 6. 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 7. 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

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-01-0511-2024

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, establece que es atribución de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora ejercer la potestad regulatoria, así como establecer el sistema de control, vigilancia previa, concomitante y posterior, supervisión, autorización, inspección, verificación y fiscalización de la actividad aseguradora.

POR CUANTO

La Ley de la Actividad Aseguradora establece que la Superintendencia de la Actividad Aseguradora indicará el porcentaje, lineamientos, términos y condiciones para el pago del aporte para el desarrollo social.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS QUE REGULAN EL APORTE PARA EL
DESARROLLO SOCIAL

Del aporte para el desarrollo social

Artículo 1. Las empresas de seguros, de medicina prepagada y administradoras de riesgos están obligadas a efectuar un aporte anual del uno por ciento (1%) de los ingresos netos de anulaciones y devoluciones, obtenidos por las primas de los contratos de seguros de salud, las cuotas de los contratos de medicina prepagada y las remuneraciones por los contratos de administración de riesgos de salud, según corresponda, destinado al Tesoro Nacional.

Declaración de ingresos cobrados

Artículo 2. A fines de control, los sujetos regulados obligados deberán declarar mensualmente a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, los ingresos mensuales, netos de anulaciones y devoluciones, obtenidos por las primas de los contratos de seguros de salud, las cuotas de los contratos de medicina prepagada y las remuneraciones por los contratos de administración de riesgos de salud, según corresponda, dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes a la finalización de cada mes, a través de los medios electrónicos disponibles a tal efecto.

De la oportunidad de pago

Artículo 3. El aporte para el desarrollo social deberá ser pagado anualmente dentro de los cinco (05) días hábiles siguientes al cierre del ejercicio económico.

Sin embargo, durante los primeros cinco (05) días de cada mes, los sujetos regulados podrán realizar abonos a cuenta del aporte anual.

El pago deberá efectuarse al Tesoro Nacional, a quien le corresponde verificar el cumplimiento por parte de los sujetos regulados obligados.

De la prueba del pago

Artículo 4. Efectuado el pago, los sujetos regulados obligados deberán remitir a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora el soporte documental que así lo demuestre, dentro de los tres (03) días hábiles siguientes y a través de los medios electrónicos disponibles a tal efecto.

De la actualización del aporte

Artículo 5. A los fines de compensar cualquier pérdida de valor del aporte, la alícuota correspondiente a cualquier mes deberá actualizarse a la fecha de pago, de acuerdo con el siguiente procedimiento:

Alícuota del mes actualizada = $AM * TA$, donde:

AM: Monto de la alícuota correspondiente al mes.

TA: máximo valor entre 1 y $TCVFP/TCVM$.

TCVFP: Tipo de Cambio de Venta (Bs/USD) del día de pago de la alícuota.

TCVM: Tipo de Cambio de Venta (Bs/USD) del último día del mes.

Retraso en el pago del aporte

Artículo 6. Transcurrido el plazo de cinco (05) días hábiles para el pago anual, mencionado en el artículo 3 de estas normas, sin haberse efectuado el pago de la totalidad del aporte, el monto que deberá pagar el sujeto regulado será determinado de acuerdo con la siguiente metodología:

Monto a pagar = MD * (1+TRPD)^N, donde:

MD: Monto debido del aporte anual, con las actualizaciones que correspondan de acuerdo con el artículo anterior, calculadas a la fecha de finalización del mencionado plazo de cinco (5) días hábiles.

N: Número de días de retraso.

TRPD: Tasa de recargo Promedio Diaria = [(TCUD/TCPD)-1]/DH

TCUD: Tipo de Cambio de Venta (Bs/USD) del último día hábil del mes inmediatamente anterior.

TCPD: Tipo de Cambio de Venta (Bs/USD) del primer día hábil del mes inmediatamente anterior

DH: Número de días hábiles del mes inmediatamente anterior

Si en un mes el TRPD obtenido es menor o igual a cero, se tomará como base de cálculo para éste, el TRPD del mes anterior más cercano cuyo valor haya sido mayor a cero.

De la Derogatoria

Artículo 7. Se deroga el acto administrativo contenido en la Providencia N° FSAA-9-00730 de fecha 1 de agosto de 2016, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.973 de fecha 24 de agosto de 2016, mediante el cual se dictaron las Normas que Regulan el Aporte para el Desarrollo Social. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 8. 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 9. 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° 003-2024 de fecha 18 de enero de 2024, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 42.049 de la misma fecha.

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-01-0512-2024

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

Corresponde a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, a través del Superintendente de la Actividad Aseguradora, ejercer la potestad regulatoria, así como establecer el sistema de control, vigilancia previa, concomitante y posterior; supervisión, autorización, inspección, verificación y fiscalización de la actividad aseguradora, para lo cual como máxima autoridad ejercerá la dirección, y ejecutará de manera directa las competencias atribuidas a supervisar el cumplimiento y desarrollo de las actividades que le son permitidas a los sujetos regulados.

POR CUANTO

La Ley de Transporte Terrestre establece que, en el marco de los acuerdos o convenios internacionales suscritos por la República Bolivariana de Venezuela, los vehículos que ingresen al país en condición de turistas, podrán circular con sus placas identificadoras de origen durante el tiempo de su estadía legal, siempre que posean la garantía o póliza de responsabilidad civil y se sometan a todos los requisitos que fije el Instituto Nacional de Transporte Terrestre.

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 las siguientes:

NORMAS SOBRE LAS CONDICIONES GENERALES Y UNIFORMES DE LAS TARIFAS QUE CONFORMAN LA PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE VEHÍCULOS (RCV)

De la aprobación con carácter general y uniforme

Artículo 1. Aprobar con carácter general y uniforme las condiciones de las tarifas que conforman la Póliza de Seguro de Responsabilidad Civil de Vehículos; así como el anexo y la tarifa a corto plazo para vehículos con placas identificadoras de origen extranjero; las cuales se transcriben a continuación:

A. PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE VEHÍCULOS

Entre (RAZÓN SOCIAL, REGISTRO ÚNICO DE INFORMACIÓN FISCAL (R.I.F.), DATOS DE REGISTRO MERCANTIL), que en adelante se denominará el Asegurador y el Tomador, cuyo nombre e identificación aparecen en el Cuadro Póliza Recibo, se ha celebrado el presente contrato de Seguro de Responsabilidad Civil, derivada de la circulación del vehículo descrito en dicho Cuadro Póliza Recibo, de acuerdo con lo dispuesto por la legislación que regule el tránsito y transporte terrestre, su reglamento y resoluciones pertinentes, bajo los términos y condiciones establecidos en las siguientes cláusulas:

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO.

El Asegurador se compromete a indemnizar al (los) tercero (s), en los términos establecidos en la póliza, por los daños causados a personas o cosas y por los cuales deba responder el Asegurado o el conductor, con motivo de la circulación del vehículo asegurado dentro del Territorio de la República Bolivariana de Venezuela, de conformidad con la legislación que regule el tránsito y transporte terrestre, pero limitados a las cantidades máximas previstas en esta Póliza por cada accidente.

Cuando el vehículo asegurado sea del tipo Remolque y/o Chuto, y no sea posible determinar en cual de dichos componentes recae la responsabilidad del daño, procederá una repartición proporcional equivalente a cincuenta por ciento (50%) para cada uno, hasta las cantidades máximas previstas en el Cuadro Póliza Recibo por cada accidente.

CLÁUSULA 2. DEFINICIONES.

ASEGURADOR: Persona jurídica que asume los riesgos amparados en la Póliza.

ASEGURADO: Persona natural o jurídica propietaria del vehículo asegurado, que en sus bienes o en sus intereses económicos está expuesta a los riesgos amparados en la Póliza.

TOMADOR: Persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena traslada los riesgos y se obliga al pago de la Prima.

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

CUADRO PÓLIZA RECIBO: Documento donde se indican los datos particulares de la póliza, como son: número de Póliza, identificación completa del Tomador o Asegurado y del Asegurador, de su representante y domicilio principal, alcance de la cobertura, vigencia del contrato y del recibo, características del bien asegurado, monto de la prima, forma y lugar de pago, dirección de cobro, firmas del representante del Asegurador y del Tomador.

TIPO DE CAMBIO DE REFERENCIA (TCR): El tipo de cambio oficial de la moneda de mayor valor, publicado por el Banco Central de Venezuela, según el promedio ponderado resultante de las operaciones diarias de las mesas de cambio activas de las instituciones bancarias participantes.

SUMA ASEGURADA: Límite máximo de responsabilidad del Asegurador expresado en la moneda del Tipo de Cambio de Referencia (TCR), de acuerdo con la tarifa vigente para el momento de la emisión o la renovación del contrato de seguro, según sea el caso.

PRIMA: Contraprestación indicada en el Cuadro Póliza Recibo que debe pagar el Tomador al Asegurador, expresada en la moneda del Tipo de Cambio de Referencia (TCR), de acuerdo con la tarifa vigente para el momento de la emisión o la renovación del contrato de seguro, según sea el caso.

OCUPANTE: Persona transportada en el vehículo asegurado o que esté subiendo o bajando del mismo.

CLÁUSULA 3. EXCLUSIÓN DE RESPONSABILIDAD.

Esta Póliza no cubre la responsabilidad civil del Asegurado o conductor en razón del daño sufrido por los ocupantes y las cosas transportadas, cargándolas o descargándolas en el vehículo asegurado. Tampoco cubre los daños sufridos por el vehículo asegurado, por las cosas en él transportadas y por los bienes propiedad del Tomador, Asegurado, conductor, cónyuge o de los parientes hasta el tercer grado de consanguinidad o segundo de afinidad de los anteriores, de las personas dependientes del Tomador o del Asegurado y de los miembros de la flota o colectivo amparados en la Póliza.

CLÁUSULA 4. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.

Sin perjuicio de otras exoneraciones de responsabilidad, el Asegurador no estará obligado al pago de la indemnización cuando el Asegurado haya sido privado de la posesión del vehículo como consecuencia de robo, hurto o apropiación indebida.

CLÁUSULA 5. VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

El Asegurador asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de la celebración del contrato de seguro, lo cual se producirá una vez que el Tomador notifique su consentimiento a la proposición formulada por el Asegurador o cuando éste participe su aceptación a la solicitud efectuada por el Tomador, según corresponda.

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

Esta Póliza tendrá una duración de un (1) año, contado a partir de la fecha de iniciación de su vigencia y no podrá terminarse anticipadamente por parte del Asegurador.

CLÁUSULA 6. RENOVACIÓN.

Esta Póliza se entenderá renovada automáticamente al finalizar el último día del período de vigencia anterior y por un plazo igual, entendiéndose que la renovación no implica una nueva póliza, sino la prórroga de la anterior. La prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante una notificación dirigida a la otra parte, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso.

CLÁUSULA 7. PRIMAS.

El Tomador debe pagar la prima en el plazo de quince (15) días continuos contados a partir de la fecha de inicio o renovación del contrato, según corresponda, sin perjuicio de su exigibilidad contra la entrega de la Póliza, Cuadro Póliza Recibo, recibo de prima o la nota de cobertura provisional. Si la prima no fuere pagada en el plazo indicado, el contrato quedará resuelto desde el inicio de la vigencia del contrato, sin necesidad de previo aviso al Tomador.

No obstante lo anterior, si sobreviniere un siniestro durante el referido plazo, el Asegurador estará obligado frente al tercero conforme a la Póliza, quedando el Tomador con el deber de pagar la prima.

CLÁUSULA 8. RECARGO DE PRIMA.

En el momento de la renovación de esta póliza, si el Asegurado hubiese presentado siniestros indemnizados en el período de vigencia inmediatamente anterior, tendrá un recargo equivalente al diez por ciento (10%) de la prima por cada siniestro, según la tarifa vigente, hasta un máximo de dos (2) siniestros. De tres (3) a cinco (5) siniestros indemnizados, la prima se incrementará en un cincuenta por ciento (50%).

Con más de cinco (5) siniestros indemnizados, se le aplicará un recargo del cien por ciento (100%).

En caso de que el Asegurado traslade el riesgo de responsabilidad civil a otro Asegurador, procederá el incremento de prima en los términos establecidos, incluso para el primer año de vigencia del contrato de seguro, en cuyo caso el Asegurado deberá presentar a dicho Asegurador, certificación de siniestralidad expedida por el anterior.

CLÁUSULA 9. NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE.

Al ocurrir cualquier accidente en el que resulten daños a terceros, el Asegurado o el tercero deberá en un plazo máximo de quince (15) días hábiles siguientes a partir de la fecha de conocimiento del hecho, salvo por causa extraña no imputable a él, dar aviso por escrito al Asegurador mediante la declaración de siniestro, acompañada por las actuaciones administrativas de tránsito. En los accidentes donde se produzcan lesiones personales, muertes o donde intervengan vehículos que fueren propiedad de la Nación Venezolana, para que haya lugar a las indemnizaciones que sean procedentes de acuerdo con esta Póliza, es indispensable entregar al Asegurador las actuaciones de las autoridades competentes, donde se deje constancia escrita de las circunstancias en que se produjo el mismo.

CLÁUSULA 10. ACCIÓN DE REPETICIÓN.

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

- 1) El Tomador no haya pagado la prima convenida.
- 2) El Asegurado haya obstaculizado con su proceder el ejercicio de los derechos del Asegurador. Se considera que existe obstaculización, el hecho de que el Asegurado no haya informado al Asegurador la ocurrencia del siniestro o el contenido de toda carta, reclamación, notificación o citación relativa al accidente, en un plazo no mayor de quince (15) días hábiles, contados a partir del momento en que tenga conocimiento de la ocurrencia del accidente o recepción de tales documentos.
- 3) Al producirse el accidente, el vehículo esté destinado a uso diferente al indicado en la Solicitud de Seguros.
- 4) Los daños reclamados hayan sido causados intencionalmente por el Asegurado o por el conductor, o con la complicidad de alguno de ellos.
- 5) El Asegurado haya entregado el vehículo a un conductor incapacitado o inhabilitado para conducir, a sabiendas de tal circunstancia, o cuando el Asegurado siendo el conductor, se encuentre en iguales circunstancias.
- 6) El Asegurado no mantenga el vehículo con su diseño original, externo o interno, en cuanto a las condiciones de seguridad y de buen funcionamiento exigidos por la legislación que regule el tránsito y transporte terrestre.
- 7) Al producirse el accidente, el conductor del vehículo se encuentre bajo influencia de bebidas alcohólicas, sustancias estupefacientes o psicotrópicas, de conformidad con lo establecido en la legislación que regule el tránsito y transporte terrestre, o por exceder el límite máximo de velocidad establecido.

CLÁUSULA 11. INDEMNIZACIÓN.

El pago de la indemnización derivada de la presente Póliza, procederá:

1. Si el Asegurador conviniere con el tercero en el pago de los daños.
2. Si existiere sentencia firme en contra del Asegurador.
3. Si existiere sentencia firme en contra del Asegurado o conductor y la condenatoria judicial no se funde en confesión ficta ni en ningún otro tipo de condena proveniente de contumacia o abandono del ejercicio de derechos o recursos en el procedimiento judicial. Dentro del plazo de sesenta (60) días continuos contados a partir de la decisión judicial, el Asegurado o conductor deberá consignar ante el Asegurador copia certificada de la decisión judicial.

CLÁUSULA 12. NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS.

El Asegurado deberá notificar al Asegurador el cambio de propiedad del vehículo asegurado, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha cierta del traspaso del vehículo, a fin de que proceda a la emisión de la Póliza a nombre del nuevo propietario del vehículo.

Asimismo, el Asegurado deberá informar de inmediato a la autoridad competente y al Asegurador, en un plazo no mayor de cinco (5) días hábiles siguientes, contados a partir del momento en que tenga conocimiento de que ha sido privado de la posesión del vehículo como consecuencia de hurto, robo o apropiación indebida.

Finalmente, deberá participar al Asegurador el cambio de uso del vehículo asegurado, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que se produzca el cambio.

De la derogatoria

Artículo 7. Se derogan los actos administrativos contenidos en la Providencia N° 866 de fecha 20 de octubre de 2003, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 37.810 de fecha 4 de noviembre de 2003, mediante el cual se aprobó con carácter general y uniforme las condiciones y la tarifa de la Póliza de Responsabilidad Civil de Vehículos, reformada parcialmente según Providencia N° 960 de fecha 21 de noviembre de 2003, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 37.829 de fecha 01 de diciembre de 2003, y en la Providencia N° 000967 de fecha 11 de marzo de 2010, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.395 de fecha 26 de marzo de 2010, mediante la cual la Superintendencia de Seguros aprobó con carácter general y uniforme el anexo y la tarifa a corto plazo para vehículos con placas identificadoras de origen extranjero. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 8. 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 9. 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.

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-01-0513-2024

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

Producto de la entrada en vigencia de la Ley de la Actividad Aseguradora, el sector asegurador incursiona en una etapa de adaptación al nuevo marco legal establecido, lo cual provoca la actualización, reestructuración y adecuación por parte de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, de las pólizas con carácter general y uniforme.

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.

Decide:

De la desregulación del carácter general y uniforme

Artículo 1. Dejar sin efecto la Regulación del Seguro Colectivo de Vida, aprobada con carácter general y uniforme mediante Providencia N° FSS-2-0041 del 24 de enero de 2000, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.441 Extraordinario del 21 de febrero de 2000.

De la aprobación de los documentos de la póliza

Artículo 2. Las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Tarifas, Anexos y demás documentos pertinentes, que formen parte integrante de las Pólizas de Seguro Colectivo de Vida y que se requieran para su comercialización, deben ser presentadas ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora por los sujetos regulados interesados, para su respectiva aprobación.

Del uso del contenido desregulado

Artículo 3. Las empresas de seguros podrán hacer uso de la Regulación del Seguro Colectivo de Vida, previstas en la Providencia N° FSS-2-0041 del 24 de enero de 2000, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.441 Extraordinario del 21 de febrero de 2000, para la comercialización de sus Pólizas de Seguro Colectivo de Vida, sometiéndolas a la aprobación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, una vez efectuadas las adecuaciones pertinentes para ajustarla a la normativa legal en vigor.

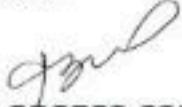
De la publicidad

Artículo 5. 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 6. 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.

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-01-0514-2024

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

Producto de la entrada en vigencia de la Ley de la Actividad Aseguradora, el sector asegurador incursiona en una etapa de adaptación al nuevo marco legal establecido, lo cual provoca la actualización, reestructuración y adecuación por parte de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, de las pólizas con carácter general y uniforme.

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.

Decide:

De la desregulación del carácter general

Artículo 1. Dejar sin efecto las Condiciones Generales, Condiciones Particulares, Anexos, Solicitud de Seguro y Declaración de Siniestro de la Póliza de Seguro de Transporte Terrestre, aprobados con carácter general mediante Providencia N° 003947 del 25 de noviembre de 2009, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.332 del 21 de diciembre de 2009.

Del uso de las condiciones generales aprobadas con carácter general y uniforme

Artículo 2. A los fines de la comercialización del seguro de transporte terrestre, las empresas de seguros deben usar, de forma obligatoria, las Condiciones Generales de las Pólizas de Seguros Patrimoniales, aprobadas con carácter general y uniforme por esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De la aprobación de los documentos de la póliza

Artículo 3. Las Condiciones Particulares, Tarifas, Anexos y demás documentos pertinentes, que formen parte integrante de las Pólizas de Seguro de Transporte Terrestre y que se requieran para su comercialización, deben ser presentadas ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora por los sujetos regulados interesados, para su respectiva aprobación.

Del uso del contenido desregulado

Artículo 4. Las empresas de seguros podrán hacer uso de las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Anexos previstos en la Providencia N° 003947 del 25 de noviembre de 2009, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.332 del 21 de diciembre de 2009, para la comercialización de sus Pólizas de Seguro de Transporte Terrestre, sometiéndolas a la aprobación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, una vez efectuadas las adecuaciones pertinentes para ajustarlas a la normativa legal en vigor.

De la publicidad

Artículo 5. 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 6. 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.

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-01-0515-2024

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

Producto de la entrada en vigencia de la Ley de la Actividad Aseguradora, el sector asegurador incursiona en una etapa de adaptación al nuevo marco legal establecido, lo cual provoca la actualización, reestructuración y adecuación por parte de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, de las pólizas con carácter general y uniforme.

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.

Decide:

De la desregulación del carácter general y uniforme

Artículo 1. Dejar sin efecto las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro de Casco de Vehículos Terrestres, aprobadas con carácter general y uniforme mediante Providencia N° FSAA-9-00094 del 12 de enero de 2017, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 41.136 del 24 de abril de 2017.

Del uso de las condiciones generales aprobadas con carácter general y uniforme

Artículo 2. A los fines de la comercialización del seguro de casco de vehículos terrestres, las empresas de seguros deben usar, de forma obligatoria, las Condiciones Generales de las Pólizas de Seguros Patrimoniales, aprobadas con carácter general y uniforme por esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De la aprobación de los documentos de la póliza

Artículo 3. Las Condiciones Particulares, Tarifas, Anexos y demás documentos pertinentes, que formen parte integrante de las Pólizas de Seguro de Casco de Vehículos Terrestres y que se requieran para su comercialización, deben ser presentadas ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora por los sujetos regulados interesados, para su respectiva aprobación.

Del uso del contenido desregulado

Artículo 4. Las empresas de seguros podrán hacer uso de las Condiciones Particulares previstas en la Providencia N° FSAA-9-00094 del 12 de enero de 2017, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 41.136 del 24 de abril de 2017, para la comercialización de sus Pólizas de Seguro de Casco de Vehículos Terrestres, sometiéndolas a la aprobación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, una vez efectuadas las adecuaciones pertinentes para ajustarlas a la normativa legal en vigor.

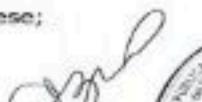
De la publicidad

Artículo 6. 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 7. 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.

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-01-0516-2024

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.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS QUE REGULAN EL CONTRATO DE FIANZA Y SUS CONDICIONES GENERALES EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA**Del objeto**

Artículo 1. Las normas tendrán por objeto establecer la regulación del contrato de fianza en la actividad aseguradora, emitido por las empresas de seguros, con respecto a las obligaciones y condiciones generales que lo conforman.

De la definición

Artículo 2. El contrato de fianza es aquel mediante el cual una empresa de seguros, llamada fiador, se obliga frente a una persona, denominada acreedor, a indemnizar por el incumplimiento de las obligaciones asumidas por el afianzado en virtud de un contrato principal, por disposición de la Ley o lo exigido por un tribunal.

De las características del contrato

Artículo 3. El contrato de fianza es consensual, subsidiario, oneroso y accesorio a una obligación principal.

Del objeto del contrato

Artículo 4. El contrato de fianza garantiza al acreedor la indemnización, hasta el límite de la suma afianzada, de las obligaciones contraídas voluntariamente por el afianzado, a cambio de una contraprestación por asumir las consecuencias de su incumplimiento.

De la causa del contrato

Artículo 5. Todo interés legítimo en garantizar el cumplimiento de una obligación puede ser causa de un contrato de fianza.

De las partes del contrato

Artículo 6. Son partes del contrato de fianza:

1. El fiador, empresa de seguros que se obliga a indemnizar frente al acreedor por el incumplimiento del afianzado en el contrato principal que da origen a la fianza;
2. El acreedor, persona titular del derecho de exigir que se cumpla la obligación contenida en el contrato principal, en cuyo favor se otorga la fianza;
3. El afianzado, persona sobre la cual recae el cumplimiento de la obligación contenida en el contrato principal.

De los requisitos del contrato de fianza

Artículo 7. El contrato por medio del cual la empresa de seguros se constituye en fiador debe contener, como mínimo, los siguientes requisitos:

1. Identificación del acto en virtud del cual fue aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora la emisión del contrato;
2. Ser suscritos por quienes tengan la cualidad para comprometer patrimonialmente a la empresa de seguros;
3. La subrogación de los derechos, acciones y garantías que tenga el acreedor contra el deudor;
4. Estipular la caducidad de las acciones contra la empresa de seguros al vencimiento de un lapso que no podrá ser mayor de un (1) año, contado desde la fecha en que el acreedor tenga conocimiento del hecho que da origen a la reclamación;
5. La obligación del acreedor de notificar cualquier circunstancia que pueda dar lugar al reclamo tan pronto como tenga conocimiento de ello;
6. Indicar el monto exacto garantizado y su duración.

De la responsabilidad solidaria

Artículo 8. La Junta Directiva o quienes detentan esa función y los accionistas responderán solidariamente con su patrimonio por todas las operaciones de afianzamiento realizadas en contravención a lo dispuesto en la Ley de la Actividad Aseguradora, el Reglamento y las normas que se dicten al efecto, salvo que hayan dejado constancia expresa en acta de su voto negativo a la celebración de la operación.

Las fianzas emitidas deben ser suscritas por quienes tengan la cualidad para comprometer patrimonialmente a la empresa de seguros, de conformidad con sus estatutos. En caso que esta función sea atribuida a una instancia determinada, se mantendrá la responsabilidad de quien o quienes la deleguen.

De las condiciones formales

Artículo 9. Todo contrato de fianza debe ser impreso en fuente Arial 12, indicando el nombre completo de la empresa de seguros, el número de registro en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, Registro Único de Información Fiscal (R.U.I.F.), teléfonos de contacto, correo electrónico, dirección y, adicionalmente, debe contener los siguientes datos:

1. En la parte superior y centrado del contrato, el tipo de fianza de que se trate;
2. La identificación del afianzado y del acreedor;
3. Constancia expresa de la decisión que aprueba su otorgamiento, emitida por la Junta Directiva de la empresa o quienes detentan esa función;
4. Identificación de la o las personas que suscriben la fianza en nombre de la empresa de seguros;
5. Las obligaciones que se pretenden garantizar;
6. El lapso de su vigencia, señalándose expresamente en qué momento cesará la obligación para la empresa de seguros;
7. Las condiciones generales, aprobadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora con carácter general y uniforme;
8. En caso que el acreedor sea un ente u Órgano del Estado, debe indicarse que la empresa de seguros renuncia expresamente a los beneficios acordados en los artículos 1.833, 1.834 y 1.836 del Código Civil. En cualquier otro caso, podrá convenirse por las partes.

Toda modificación o adición al contrato de fianza debe constar en anexo, en el cual se dejarán asentados los datos de la fianza, la fecha de su otorgamiento y las modificaciones o adiciones que le fueron aprobadas.

Este anexo debe formar parte integrante del contrato de fianza y estar suscrito por la persona designada para ello por la empresa de seguros, indicando el número, la fecha de aprobación y el acreedor.

Los anexos pueden ser utilizados para cambiar el nombre de los sujetos que intervienen en el contrato, el domicilio, el monto afianzado, la fecha en la que se inicia o finaliza la garantía o cualesquiera otras condiciones que sean aprobadas por las partes, siempre y cuando no alteren las condiciones generales de la fianza.

Del control y seguimiento del contrato

Artículo 10. Las empresas de seguros deben hacer un seguimiento del cumplimiento de las obligaciones afianzadas cualquiera sea la naturaleza o monto afianzado. En ese sentido, las empresas de seguros están obligadas a solicitar al afianzado, con periodicidad no mayor a ciento veinte días (120) continuos, la remisión del informe en el que se especifique el avance técnico y administrativo del contrato, tanto para aquellos que no superen más de un ejercicio fiscal como para los plurianuales.

En los contratos de fianzas de anticipo y fiel cumplimiento, el contratista debe remitir el informe elaborado por el ingeniero inspector de obra en el que se especifica el avance técnico y administrativo de la obra.

Las empresas de seguros dejarán constancia en los expedientes de fianza la remisión del informe o actos en los que se haya requerido información de los mismos y su seguimiento.

La obligación establecida en el presente artículo se aplicará incluso para las fianzas en curso.

De los manuales de procedimientos para el control de los contratos de fianza

Artículo 11. Las empresas de seguros deben establecer manuales de procedimientos que indiquen la forma previa para tramitar los contratos de fianzas y hacer seguimiento al cumplimiento que den sus afianzados a las obligaciones garantizadas con el propósito de mantener un adecuado control de los riesgos asumidos y, en su caso, adoptar las medidas preventivas necesarias para salvaguardar su estabilidad y solvencia.

Asimismo, el manual deberá indicar la forma cómo se aprobarán las fianzas, bien que se haga a través de la conformación de un comité, con el voto favorable de la Junta Directiva o por medio de cualquier mecanismo que se considere apropiado al respecto.

Los manuales serán remitidos a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora a través de los canales que al efecto se establezcan.

De la contragarantía

Artículo 12. En todo contrato de fianza cualquiera sea la naturaleza y monto afianzado, tanto si se suscribe en moneda nacional o moneda extranjera, la empresa de seguro debe verificar la contratación de una contragarantía suficiente y comprobable, manteniéndola actualizada por el importe de la responsabilidad asumida. En los casos de prenda e hipotecas, además de las condiciones requeridas para toda contragarantía, deben estar autenticadas o protocolizadas según sea el caso.

De los tipos de contragarantías

Artículo 13. Las contragarantías podrán ser de los siguientes tipos:

1. Prendas;
2. Hipotecas;
3. Sobre el patrimonio de los accionistas o de personas relacionadas con el afianzado, ambos domiciliados en el país, soportados en balances firmados por contadores públicos colegiados, en los cuales los inmuebles hayan sido verificados en las oficinas de los Registros respectivos y se encuentren libres de gravámenes, comodatos y arrendamientos;
4. Cartas de créditos irrevocables, incondicionales y a primer requerimiento, expedidas por bancos de primera línea del exterior, siempre que se consigne una certificación expedida por la autoridad competente del país de origen del banco, que acredite que conforme a la legislación de dicho país, no existe impedimento alguno para que el banco pague, a una empresa domiciliada en la República Bolivariana de Venezuela, el monto correspondiente a la carta de crédito;
5. Carta de crédito irrevocable expedida por bancos universales;
6. Letras de cambios y pagarés;

De la prenda como contragarantía

Artículo 14. Únicamente podrá constituirse contragarantía en prenda sobre los siguientes bienes:

1. Depósitos en moneda extranjera en custodia de instituciones financieras, domiciliadas en el país y regidas por la ley que regula el sector bancario, o del Banco Central de Venezuela;
2. Depósitos en criptoactivos autorizados por el organismo que regula la materia. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora establecerá las normas para su custodia y la determinación de los criptoactivos aptos;
3. Títulos valores emitidos o garantizados por la República Bolivariana de Venezuela;
4. Títulos valores autorizados por el organismo que regula y supervisa el mercado de valores. En este caso la responsabilidad del fiador no excederá del 80% del valor de la prenda;
5. Maquinarias, equipos, vehículos y otros bienes similares, siempre que estén amparados contra los riesgos de pérdidas o daños materiales, que tengan como beneficiario preferencial irrevocable a la empresa de seguros que emite la fianza. En estos casos, esta empresa de seguros no podrá asegurar los referidos bienes;
6. Depósitos a plazo fijo o inversiones similares, que sean objetos de garantías prendarias.

Del lapso para depositar la prenda

Artículo 15. La prenda consistente en depósitos en moneda extranjera o en títulos valores cualquiera sea la naturaleza o monto de la fianza, deberá depositarse en un plazo máximo de diez (10) días hábiles después de la emisión del contrato de fianza en una institución financiera, domiciliada en el país y regida por la ley que regula el sector bancario, o en el Banco Central de Venezuela; y de ellos solo podrá disponerse cuando la fianza sea reclamada, se liquide, o cuando se sustituya la contragarantía, previa autorización de la empresa aseguradora.

De las contragarantías hipotecarias

Artículo 16. La contragarantía que se constituya en hipoteca, se hará sobre bienes evaluados por los peritos evaluadores autorizados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, siempre que estén amparados contra los riesgos pérdidas o daños por incendio y terremoto, que tengan como beneficiario preferencial irrevocable a la empresa de seguros que emite la fianza. En estos casos, esta empresa de seguros no podrá asegurar los referidos bienes.

De las limitaciones a las contragarantías

Artículo 17. Ninguna contragarantía podrá garantizar más de una fianza en la misma empresa de seguros o en cualquier otra. En el supuesto de emisión de dos o más fianzas para un mismo afianzado, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá autorizar como garantía de recuperación la misma contragarantía.

Los accionistas, directivos y administradores de los sujetos regulados no podrán constituirse como contragarantes en favor de los afianzados.

Fondo de contingencia

Artículo 18. Además de las reservas técnicas de la ley que regula la actividad aseguradora, las empresas de seguros y de reaseguros están obligadas a constituir un fondo de contingencia que les permita contar con los recursos necesarios para hacer frente al financiamiento de posibles circunstancias adversas en las reclamaciones procedentes de las fianzas otorgadas o reafianzadas, así como en las respectivas contragarantías de recuperación.

Este fondo será acumulativo, deberá constituirse desde el momento en que inicie la vigencia de la fianza y será equivalente a diez por ciento (10%) de las contraprestaciones o primas retenidas, netas de comisión de intermediación y de comisión de reaseguro, según corresponda, correspondientes a riesgos transcurridos, y solo podrá dejar de incrementarse cuando así lo determine la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante normas que dicte a tal efecto.

Para los contratos en curso a la fecha de entrada en vigor de estas normas, se debe considerar en el cálculo la porción de la contraprestación o prima que se consume con posterioridad a dicha fecha.

Los recursos del fondo deben ser depositados en instituciones financieras domiciliadas en el país y regidas por la ley que regula el sector bancario, siempre que no sean empresas relacionadas del sujeto regulado. Al saldo de este fondo se le adicionarán los rendimientos obtenidos de su inversión.

Cuando la contraprestación o prima haya sido pagada en moneda extranjera, el correspondiente aporte al fondo debe constituirse en la misma moneda.

Las empresas de seguros y de reaseguros podrán disponer, previa autorización de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, del fondo de contingencia para el pago de las reclamaciones por fianzas, siempre que se haya agotado la reserva para riesgos en curso de la cartera. En este caso, solo podrán disponer de la cantidad necesaria para financiar el pago de la parte retenida de las reclamaciones. Una vez se haga efectiva la recuperación de la contragarantía, debe reponerse el fondo, hasta alcanzar el monto financiado. Según las condiciones de reaseguro o retrocesión acordadas, la Superintendencia de la Actividad Aseguradora podrá autorizar que las empresas de seguros o de reaseguros utilicen del fondo, el monto que corresponde a la participación de los reaseguradores o retrocesionarios.

De la certificación del fondo de contingencia

Artículo 19. Al cierre del ejercicio económico, el fondo de contingencia deberá ser certificado por un actuario independiente, autorizado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Del límite máximo de retención por fianza

Artículo 20. El límite máximo de retención por fianza (LMRF) para las empresas de seguros y de reaseguros, se determinará aplicando el quince por ciento (15%) sobre la suma del patrimonio propio no comprometido (PPNC) más el saldo del fondo de contingencia (FC) a la fecha de emisión de la fianza:

$$\text{LMRF} = 0,15 * (\text{PPNC} + \text{FC})$$

Del límite máximo de retención por afianzado

Artículo 21. El límite máximo de retención por afianzado (LMRA) para las empresas de seguros y de reaseguros, se determinará aplicando el cuarenta por ciento (40%) sobre la suma del patrimonio propio no comprometido (PPNC) más el saldo del fondo de contingencia (FC) a la fecha de emisión de la fianza:

$$\text{LMRA} = 0,40 * (\text{PPNC} + \text{FC})$$

Cartas compromisos

Artículo 22. Las empresas de seguros podrán utilizar como contragarantías cartas compromisos cuando el monto afianzado no exceda la mayor de las siguientes cantidades:

1. Cinco mil (5.000) veces el tipo de cambio de referencia; y
2. El menor valor entre diez mil (10.000) veces el tipo de cambio de referencia y el 10% de límite de retención por fianza.

Se entiende por tipo de cambio de referencia, el tipo de cambio oficial de la moneda de mayor valor, publicado por el Banco Central de Venezuela, según el promedio ponderado resultante de las operaciones diarias de las mesas de cambio activas de las instituciones bancarias participantes.

Para la validez de la excepción prevista en este artículo, las empresas de seguros deben certificar que los personas que suscriben las cartas compromisos sean ampliamente solventes y tengan suficiente capacidad de pago, debiendo recabar los documentos y análisis financieros necesarios que permitan su verificación, los cuales formarán parte del expediente y deberán actualizarse anualmente, hasta en tanto continúe vigente la obligación garantizada.

Asimismo, las empresas de seguros deben estimar, razonablemente, que el afianzado dará cumplimiento a las obligaciones garantizadas, considerando la viabilidad económica de los proyectos relacionados con las obligaciones que se pretendan garantizar, la capacidad técnica y financiera del afianzado para cumplir con la obligación garantizada, su historial crediticio, así como su calificación administrativa y moral.

De la sustitución de la indemnización

Artículo 23. El contrato de fianza podrá establecer que la indemnización se realice mediante la sustitución del contratista en todos sus derechos y obligaciones, siempre que quien continúe con la ejecución del contrato por cuenta del fiador y a riesgo de este, tenga la capacidad técnica y financiera, a juicio del acreedor; por tal motivo, la cesión del contrato debe autorizarse por éste. Dicha sustitución será admisible siempre que el contrato no sea personalísimo o *intuitu personae*.

De igual manera, las partes podrán establecer en las condiciones particulares del contrato de fianza, mecanismos alternativos de resolución de conflictos.

De las prohibiciones

Artículo 24. Las empresas de seguros autorizadas para operar en ramos de seguros generales podrán realizar operaciones de fianzas siempre que éstas no sean garantías financieras, avales o garantías a primer requerimiento.

Del registro del contrato de fianza

Artículo 25. Toda empresa de seguros debe llevar un registro actualizado de los contratos de fianza suscritos y vigentes, segmentados de acuerdo a su nivel de riesgo, en el que se señale, como mínimo: identificación del acreedor y del afianzado, fecha de inicio, fecha de culminación, monto afianzado, y datos de la contragarantía; en el caso que se trate de fianzas de fiel cumplimiento de obras, fecha del último informe del inspector de obras.

Los datos incluidos en el registro individual y los documentos obtenidos relativos al acreedor, afianzado y contragarante conformarán el expediente.

Esta información debe ser remitida dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al término de cada mes, conforme a los lineamientos fijados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De la conformación del Expediente

Artículo 26. El expediente de fianzas debe conformarse de acuerdo al nivel de riesgo del afianzado; en tal sentido, la empresa de seguros está obligada a aplicar la política conozca a su cliente y el principio de debida diligencia, es decir, para los riesgos bajos, medidas simplificadas, para los riesgos medios o moderados, medidas mejoradas, y para los riesgos altos, medidas intensificadas. A tales fines, las empresas de seguros deben registrarse por las normas que regulan la administración de riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (LC/FT/FPADM) y otros ilícitos, así como cualquier otra normativa dictada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Del contrato de fianza suscrito en moneda extranjera

Artículo 27. Los contratos de fianza suscritos en moneda extranjera deben especificar si la contraprestación o la indemnización, según sea el caso, se efectuará únicamente en moneda extranjera o si tienen la posibilidad de liberarse de su obligación con el pago del equivalente en bolívares, al tipo de cambio a la tasa de cambio oficial para el momento del pago, conforme a las normas establecidas por el Banco Central de Venezuela.

De las condiciones generales

Artículo 28. Todo contrato de fianza debe suscribirse con las condiciones generales que se establecen a continuación, cualquiera sea su naturaleza, persona, ente u Órgano con quien se suscriba. Tales condiciones tendrán carácter general y uniforme.

**CONTRATO DE FIANZA
TIPO DE FIANZA N°**

Cláusula 1. La empresa de seguro indemnizará al acreedor, hasta el límite de la suma afianzada en el presente contrato de fianza, por los daños y perjuicios que le cause el incumplimiento por parte del afianzado de las obligaciones que este contrato garantiza, ocurrido durante su vigencia.

Cláusula 2. El vencimiento del plazo de este contrato no extingue la responsabilidad de la empresa de seguros frente al acreedor.

Cláusula 3. El acreedor debe notificar por escrito a la empresa de seguros la ocurrencia de cualquier hecho o circunstancia que pueda dar origen al reclamo amparado por esta fianza, dentro del lapso de treinta (30) días hábiles, contados a partir del conocimiento de dicha ocurrencia o, en caso de dudas, a partir de la fecha cierta en la que debió cumplirse la obligación.

Cláusula 4. Los derechos y acciones en contra de la empresa de seguros caducarán transcurrido un (1) año desde que ocurra el hecho que dé lugar a la reclamación cubierta por esta fianza, siempre que el mismo haya sido conocido por el acreedor y no se hubiera incoado la correspondiente demanda ante los Órganos jurisdiccionales.

En el caso de contratos de fianzas con Órganos y entes de Estado, se le exigirá a la empresa de seguros el cumplimiento de la fianza dentro del lapso de noventa (90) días hábiles contados a partir de la notificación que se realice del acto administrativo que contiene la rescisión unilateral del contrato. Cumplido lo anterior, podrá acudir a la vía judicial para ejercer la pretensión de cobro del monto afianzado en contra de la empresa de seguros otorgante de la fianza correspondiente.

En consecuencia, en el caso anterior, la caducidad se computará desde el vencimiento de los noventa (90) días hábiles sin que dentro de un (1) año se hubiere interpuesto la demanda ante los Órganos jurisdiccionales competentes.

Cláusula 5. En el caso que la fianza emitida sea para garantizar el cumplimiento de contratos públicos, en cualquiera de sus modalidades, estará vigente hasta que el Órgano o ente contratante dicte el acto administrativo de liberación de las fianzas, una vez que efectúe la recepción definitiva del objeto de la contratación, otorgue el finiquito contable, la evaluación de desempeño, certifique el cumplimiento del compromiso de responsabilidad social, cuando aplique, o cualquier otra obligación que al contratista imponga la legislación que regula la materia de contrataciones públicas o el contrato.

Cláusula 6. Solo el acreedor podrá cobrar la indemnización que resulta de este contrato y el contratante no podrá cederla sin la aceptación previa de la empresa de seguros.

Cláusula 7. En el caso que la empresa de seguros efectúe un pago bajo este contrato quedará subrogada en todos los derechos, acciones, garantías y privilegios contra el afianzado, y contra terceros hasta por el monto pagado.

Cláusula 8. El Acreedor deberá exigir del afianzado la presentación de los recibos de la contraprestación pagada a la empresa de seguros, tanto de la emisión como de las renovaciones de este contrato de fianza.

Cláusula 9. Toda modificación o adición que haya de hacerse a este contrato debe constar en Anexo debidamente aprobado por la empresa de seguros y por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, excepto en los casos en que se modifique el nombre de los sujetos que interviene en el contrato, el domicilio, el monto afianzado, la fecha en que se inicia o que finaliza la garantía o cualesquiera otras condiciones que no impliquen modificaciones al condicionado aprobado.

Cláusula 10. En los casos de contrataciones realizadas con Empresas Internacionales, las diferencias surgidas del contrato podrán someterse al procedimiento de arbitraje. La tramitación del arbitraje se efectuará previo acuerdo de las partes y se ajustará a lo dispuesto en la Convención Interamericana Sobre Arbitraje Comercial Internacional del año 1975 y la Ley de Arbitraje Comercial, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 36.450 de fecha 07 de abril de 1998.

Cláusula 11. La empresa de seguros en su cualidad de fiador podrá dirigirse a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, a fin de que éste resuelva con carácter de Arbitro Arbitrador las controversias suscitadas entre ésta y el acreedor. Recibida la solicitud, el Superintendente de la Actividad Aseguradora se dirigirá a quien corresponda para consultarle si acepta o no que la controversia sea sometida a su arbitraje.

Cláusula 12. Se fija como domicilio especial para todos los efectos de este contrato la ciudad de _____, a la jurisdicción de cuyos tribunales decidirán las partes someterse, con exclusión de cualquier otra.

En el caso de contratos con entes u Órganos del Estado, se fija como domicilio especial la ciudad donde éstos tengan su asiento principal.

De la disposición transitoria

Artículo 29. Las empresas de seguros deben remitir a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, en un plazo que no excederá de sesenta (60) días hábiles después de publicado el presente instrumento normativo, los manuales de procedimientos previos y posteriores para el control de los contratos de fianza.

De la disposición derogatoria

Artículo 30. Se derogan los actos administrativos contenidos en las siguientes Providencias: N° 497 del 5 de abril de 2000, que regula la Fianza que garantiza a la nación el cumplimiento de las obligaciones de los corredores de seguros y sociedades de corretaje de seguros y reaseguros previstas en el artículo 58 de la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros N° MF-00-03-36, publicada en la Gaceta Oficial N° 36.930 del 11 de abril de 2000; la Providencia N° 00577 del 27 de mayo de 2002, que regula los Lineamientos que deben incluir los documentos contentivos de las fianzas otorgadas por las empresas de seguros, publicada en la Gaceta Oficial N° 37.460 del 7 de junio de 2002; la Providencia N° FSAA-001618, de fecha 30 de mayo de 2012, que aprueba con carácter general y uniforme las condiciones generales del contrato de fianza con organismos del Estado, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.941 del 11 de junio de 2012; la Providencia N° FSAA-2-3-002626, de fecha 03 de septiembre de 2012, que aprueba con carácter general y uniforme las condiciones generales y particulares que conforman el texto de la fianza de fiel cumplimiento que deben utilizar las empresas de seguros en la suscripción de contratos con personas naturales o jurídicas que establezcan o desarrollen cualquier actividad aeronáutica en el país, para garantizar el Instituto Nacional de Aeronáutica Civil (INAC), el cumplimiento de las obligaciones previstas en el artículo 7 de la Ley de Aeronáutica Civil, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.023, de fecha 5 de octubre de 2012; la Providencia N° FSAA-004220 de fecha 30 de diciembre de 2013, que aprueba con carácter general y uniforme las condiciones generales y particulares que conforman el texto de la fianza de fiel cumplimiento que deben utilizar las empresas de seguros para garantizar el fiel cumplimiento, cabal y oportuno cumplimiento de las obligaciones derivadas del contrato de fiel cumplimiento para operaciones cambiarias, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.327, de fecha 6 de enero de 2014; la Providencia N° FSAA-000030, de fecha 15 de enero de 2014, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.343, de fecha 28 de enero de 2014; se derogan los artículos 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159 y 160 de la Providencia N° FSAA-9-00661, de fecha 11 de julio de 2016, que establece las Normas que Regulan la Relación Contractual de la Actividad Aseguradora, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.973 del 24 de agosto de 2016. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

De la publicidad

Artículo 31. 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 32. 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.

**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-01-0517-2024**

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

Es deber del Estado adoptar medidas positivas a favor de personas o grupos que puedan ser discriminados, marginados o vulnerables, de conformidad con la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Igualmente, para el desarrollo del nuevo esquema económico, resulta necesario que los sectores menos favorecidos tengan la posibilidad de acceder al mercado asegurador a fin de mejorar la gestión de los riesgos personales y patrimoniales a los que pudieran estar expuestos.

POR CUANTO

La Ley de la Actividad Aseguradora incorpora la figura de los seguros masivos, surgiendo la necesidad de regular la normativa aplicable a este producto.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

**NORMAS QUE REGULAN LOS SEGUROS Y PLANES
MASIVOS EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA**

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto regular el alcance de los seguros masivos o planes masivos, su definición, requisitos, características, registro y formas de comercialización.

De las definiciones

Artículo 2. A los efectos de estas normas, se entenderá por:

Asegurado: Persona que en sí misma, en sus bienes o en sus intereses económicos está expuesta al riesgo amparado por el contrato de seguro.

Aseguradora: Empresa de seguros o de medicina prepagada autorizada por la Superintendencia de la Actividad Asegurada.

Canales Alternativos: Persona jurídica que celebra un convenio con la aseguradora para utilizar su infraestructura, sus activos tecnológicos y sus relaciones con un gran número de potenciales afiliados o asegurados, con las que tiene nexos comerciales o de otros tipos, y con ello facilitar la adquisición de un producto de seguros masivos.

Los canales alternativos involucran a las instituciones financieras regidas por la ley que regula el sector bancario, las empresas de servicios públicos o privados, establecimientos comerciales e industriales, gremios y asociaciones, previa inscripción en el registro que a tal fin establezca la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Contrato simplificado o certificado simplificado del contrato: Documento que acredita la contratación de la póliza individual o colectiva respectivamente, emitida por la aseguradora y contendrá los requisitos mínimos exigidos en estas normas para garantizar los derechos de los asegurados.

Contrato de seguro masivo o plan masivo individual: Contrato que ha sido suscrito bajo la modalidad individual.

Contrato de seguro masivo o plan masivo colectivo: Contrato que ha sido suscrito bajo la modalidad colectiva.

Medios de Comercialización: Mecanismos utilizados para acceder a distancia o de modo no presencial a los potenciales asegurados o afiliados, a los fines de promocionar, ofrecer o comercializar productos de seguros masivos, tales como: telefonía, mensajería, correo físico o electrónico, *telemarketing*, redes sociales, aplicaciones, entre otros. Estos medios incluyen el uso de Tecnología del Mercado Financiero (*FINTECH*) y de la Tecnología del Mercado de la Actividad Aseguradora (*INSURTECH*).

Puntos de comercialización: Establecimientos que no constituyen una oficina, sucursal o sede de la Aseguradora, por medio de los cuales a través de su personal o de sus intermediarios de la actividad aseguradora, brindan información, promocionan y comercializan los productos a que se refiere estas normas.

Seguros masivos o planes masivos: Producto dirigido a cualquier sector social con características comunes, con sumas aseguradas y primas accesibles.

Tecnología del Mercado Financiero (FINTECH): Soluciones financieras propiciadas por la tecnología que involucra a todas aquellas empresas de servicios financieros que utilizan procesos y sistemas tecnológicos de avanzada para servir de auxiliar como sistema de pago o prestador de servicios.

Tecnología del Mercado de la Actividad Aseguradora (INSURTECH). Empresas emergentes, que desarrollan y ofrecen productos de seguros en un entorno digital y bajo nuevos modelos de negocios, empleando nuevas tecnologías y procesos; tales como: computación en la nube, blockchain, big data, inteligencia artificial, redes inalámbricas, entre otras.

**De la autorización del producto de
seguros masivos o planes masivos**

Artículo 3. Los productos de seguros masivos o planes masivos deben ser aprobados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora de conformidad con lo establecido en el artículo 29 de la Ley de la Actividad Aseguradora, para lo cual las aseguradoras deberán consignar una solicitud que exprese, como mínimo, la siguiente información:

1. **Ramo.** Nombre del ramo al que pertenece el producto;
2. **Denominación.** Nombre con el que se comercializará el producto de seguro o plan masivo;
3. **El objeto del producto de seguro o plan masivo.** Grupo asegurable al cual va dirigido, identificando las necesidades a cubrir, formas de comercialización y, si fuere el caso, canales de distribución que se emplearán;
4. **Suma asegurada y coberturas.** Discriminación de las sumas aseguradas por cobertura y su justificación. En los seguros de daños, la contratación debe efectuarse a valor convenido, primera pérdida o primer riesgo;
5. **La prima o cuota.** Discriminación de las primas o cuotas por cobertura, así como la indicación de los plazos, formas o mecanismos de pago;
6. El contrato de seguros o plan masivo debe ser redactado en lenguaje sencillo e indicará, cuando menos:
 - 6.1. **Lapso para notificar el siniestro.** El tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado debe notificar a la aseguradora la ocurrencia del siniestro dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de haber tenido conocimiento del hecho, salvo que se haya fijado en la póliza un plazo mayor;
 - 6.2. **Plazo para el pago de los siniestros.** El plazo para pronunciarse respecto al pago del siniestro no podrá ser superior a veinte días (20) continuos, contados a partir de la fecha en que se haya entregado el último recaudo;
 - 6.3. **Deducibles.** En el supuesto de resultar aplicable algún deducible, deberá ser justificado y razonable en función del riesgo cubierto;
 - 6.4. **Exclusiones y exoneraciones de responsabilidad.** En el supuesto de resultar aplicable alguna exclusión o exoneración de responsabilidad, deben destacarse de manera especial e indicar claramente los riesgos o situaciones excluidas o en las cuales la aseguradora no asume responsabilidad, según sea el caso;
 - 6.5. **Procedimiento para la formulación de denuncias, quejas o reclamos ante la Unidad de Defensa del Asegurado.** Debe indicar los mecanismos de defensa que le asisten al tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado para formular denuncias, quejas o reclamos en el caso que considere le han sido vulnerados sus derechos;
 - 6.6. **Mecanismos de comunicación con las aseguradoras, tales como:** página web, correo electrónico, teléfonos, medios tecnológicos, entre otros.

Del perfeccionamiento del contrato

Artículo 4. Los contratos de seguros masivos o planes masivos se perfeccionan con el pago de las primas o cuotas.

De la obligación de pago

Artículo 5. El tomador está obligado al pago de la prima o cuota en la forma, mecanismo y plazo establecidos en el contrato, según corresponda. En ningún caso la aseguradora puede cobrar a los contratantes o asegurados cargos adicionales al importe de la prima comercial.

De la prueba del contrato de seguros masivos o planes masivos

Artículo 6. La póliza simplificada o certificado de póliza simplificada suscrita por la aseguradora, el contratante y/o el tomador, el recibo de prima o cuadro recibo, serán pruebas suficientes de la existencia del contrato de seguros masivos o planes masivos.

Los interesados en demostrar la existencia de un contrato de seguros masivos o planes masivos pueden acudir a todos los medios de prueba idóneos con la naturaleza del contrato, con excepción de la prueba de testigos.

De la aceptación del contrato de seguro masivo o plan masivo.

Artículo 7. En la suscripción del contrato simplificado de seguro masivo individual o colectivo es indispensable que exista pleno consentimiento por parte del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y/o afiliado de la aceptación de la póliza y de los pagos y costos relacionados; las empresas de seguros o medicina prepagada deben proveerse de los mecanismos que permitan comprobar que hubo de por medio un requerimiento del contrato que implicase la emisión de la póliza simplificada o certificado de póliza simplificada.

Del contrato simplificado o certificado de contrato simplificado

Artículo 8. Las aseguradoras podrán utilizar contratos simplificados o certificados de contrato simplificados a los fines de agilizar la comercialización de los seguros masivos o planes masivos y deben contener como mínimo los siguientes datos:

1. Identificación del seguro masivo o plan masivo. El nombre del seguro o plan masivo irá precedido de la expresión "Contrato simplificado de seguro masivo o plan masivo de..." o "Certificado de contrato simplificado de seguro masivo o plan masivo de...", según corresponda;
2. Identificación completa de la aseguradora;
3. Identificación completa del tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado, con al menos la siguiente información: nombre completo, número de documento de identificación (cédula o pasaporte), dirección, teléfono y correo electrónico;
4. Identificación de las personas, bienes o intereses asegurados;
5. Vigencia del contrato;
6. Coberturas o riesgos cubiertos;
7. Sumas aseguradas y deducibles, si los hubiere, por cobertura;
8. Monto de las primas por cobertura, así como la forma, mecanismo y plazo para el pago;
9. Procedimiento para la notificación y tramitación del siniestro;
10. Indicación del mecanismo electrónico o digital a través del cual el tomador, asegurado, beneficiario, contratante, usuario y afiliado podrá acceder a la documentación que forma parte del contrato;
11. Derecho a solicitar a través de cualquier medio disponible el contrato de seguro masivo o plan masivo, individual o colectivo, en un plazo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha en que la aseguradora o el intermediario de la actividad aseguradora reciben la solicitud del asegurado.

De las coberturas permitida

Artículo 9. Las aseguradoras sólo podrán comercializar como seguros o planes masivos las siguientes coberturas: vida individual, vida colectiva, funerarios, accidentes personales, salud, incendio, sustracción ilegítima, combinado residencial, combinado para comercios, automóvil, agrícola, pecuario, diversos, responsabilidad patronal, responsabilidad empresarial y responsabilidad general, siempre que estén autorizadas para operar en el ramo correspondiente.

Las empresas de medicina prepagada, solo podrán ofrecer planes masivos de accidentes personales, salud individual o para colectivos de empresas.

De la condición especial

Artículo 10. Los productos de salud, de accidentes personales, con la cobertura de gastos médicos, y de servicios de medicina prepagada que comercialicen las aseguradoras, únicamente podrán contemplar la prestación del servicio, salvo las excepciones autorizadas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, íntegramente justificadas por la aseguradora.

De la estandarización del contrato

Artículo 11. Las pólizas de seguros o planes masivos no incluirán requisitos especiales de aseguramiento o verificaciones previas del riesgo con relación a las personas o bienes asegurables, siendo suficiente para la celebración del contrato la suscripción por el tomador de la póliza individual o colectiva, según corresponda.

De la comercialización

Artículo 12. Los seguros o planes masivos se podrán comercializar de forma directa con la aseguradora, a través de los agentes o corredores autorizados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora o mediante los canales alternativos registrados.

En el supuesto que para la suscripción de la póliza se requiera un análisis individual o particular del riesgo que implique una variación de la prima o la suma asegurada, únicamente podrán comercializarse de forma directa o a través de los agentes y corredores de seguros autorizados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

De los canales alternativos

Artículo 13. Los canales alternativos que pretendan utilizar las aseguradoras serán aprobados por su Junta Directiva según sea el caso, debiendo el acta que a tal fin se levante especificar su ubicación, así como los productos a comercializar a través de los mismos.

De los puntos de comercialización

Artículo 14. Los puntos de comercialización deben ser aprobados mediante acta de Junta Directiva de la aseguradora, la cual debe ser asentada en el libro correspondiente, dejando constancia de su ubicación, así como los productos a comercializar.

De las condiciones de los seguros o planes masivos

Artículo 15. Las condiciones de los seguros o planes masivos deben ser redactadas en lenguaje sencillo y establecer claramente los riesgos cubiertos, exclusiones y demás condiciones que generen derechos y obligaciones para los tomadores, asegurados, beneficiarios, contratantes, usuarios y afiliados, de forma que permitan su comprensión.

La aseguradora puede contemplar como parte de las condiciones del contrato de seguros o planes masivos que el asegurado presente una declaración de salud, para los seguros con coberturas de salud o asistencia médica y para los seguros de vida con cobertura de muerte. La declaración de salud debe señalar de manera precisa la información que la aseguradora requiere conocer sobre el riesgo asegurable.

Del registro de los seguros o planes masivos

Artículo 16. La Superintendencia de la Actividad Aseguradora llevará un registro de los modelos de pólizas de seguros o planes masivos y las respectivas notas técnicas que resulten aprobadas.

Del registro e información estadística

Artículo 17. Las aseguradoras deben llevar un registro que contenga información sobre los seguros o planes masivos, así como sus modalidades de comercialización.

Asimismo, debe remitir a través del Sistema Único de Trámites, en la oportunidad que determine la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, la información estadística que considere conveniente.

De la aprobación de publicidad

Artículo 18. La publicidad empleada tanto por los sujetos regulados, y los canales o medios alternativos, para la promoción y venta de los seguros o planes masivos debe contar con la aprobación previa de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, según lo establecido en el artículo 18 de la Ley de la Actividad Aseguradora, y su incumplimiento acarreará las sanciones establecidas en el mismo cuerpo normativo.

De la revocatoria de la calificación otorgada

Artículo 19. La calificación de seguros o planes masivos podrá ser revocada en cualquier momento cuando a juicio razonado de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, el producto deje de cumplir con las condiciones establecidas en la Ley de la Actividad Aseguradora y en las presentes normas.

Del registro contable

Artículo 20. Las aseguradoras deben registrar las operaciones de seguros o planes masivos en los ramos a los cuales pertenezcan los productos. Asimismo, deben incluir la información en los anexos contables elaborados a tal efecto.

De la aplicación de las normas

Artículo 21. Las demás normativas prudenciales y actos administrativos conexos a la actividad aseguradora, que coliden con las presentes normas no serán aplicables.

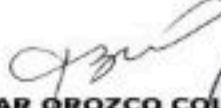
De la publicidad

Artículo 22. 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 23. 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.

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-01-0518-2024

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

Es deber del Estado adoptar medidas positivas a favor de personas o grupos que puedan ser discriminados, marginados o vulnerables conforme al derecho a la igualdad consagrado en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

Igualmente, para el desarrollo del nuevo esquema económico, resulta necesario que los sectores menos favorecidos tengan la posibilidad de acceder al mercado asegurador, a fin de mejorar la gestión de los riesgos personales y patrimoniales a los que pudieran estar expuestos.

POR CUANTO

La Ley de la Actividad Aseguradora incorpora la figura de los seguros inclusivos, surgiendo la necesidad de regular la normativa aplicable a este producto y establecer el alcance y las características que deberán cumplir.

En virtud de lo anterior, acuerda dictar las siguientes:

NORMAS QUE REGULAN LOS SEGUROS Y PLANES
INCLUSIVOS EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

TÍTULO I
DISPOSICIONES GENERALES

Del objeto

Artículo 1. Las presentes normas tienen por objeto regular el alcance de los seguros y planes inclusivos, su definición, requisitos, características, registros y formas de comercialización.

De las definiciones

Artículo 2. A los efectos de estas normas, se entenderá por:

Asegurado: Persona que en sí misma, en sus bienes o en sus intereses económicos está expuesta al riesgo amparado por el contrato de seguro;

Aseguradora: Empresa de seguros o de medicina prepagada autorizada por la Superintendencia de la Actividad Asegurada.

Canales Alternativos: Persona jurídica que celebra un convenio con la aseguradora para utilizar su infraestructura, sus activos tecnológicos y sus relaciones con un gran número de afiliados o potenciales afiliados o asegurados, con las que tiene nexos comerciales o de otros tipos, y con ello facilitar la adquisición de un producto de seguro o plan inclusivo.

Los canales alternativos involucran a las instituciones financieras regidas por la ley que regula el sector bancario, las empresas de servicios públicos o privados, establecimientos comerciales e industriales, gremios y asociaciones, previa inscripción en el registro que a tal fin establezca la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

Contrato simplificado o certificado del contrato simplificado: Documento que acredita la contratación del contrato individual o colectivo respectivamente, emitida por la aseguradora y contendrá los requisitos mínimos exigidos en estas normas para garantizar los derechos de los asegurados.

Medios de Comercialización: Mecanismos utilizados para acceder a distancia o de modo no presencial a los potenciales asegurados o afiliados, a los fines de promocionar, ofrecer o comercializar productos de seguros o planes inclusivos, tales como: telefonía, mensajería, correo físico o electrónico, *telemarketing*, redes sociales, aplicaciones, entre otros. Estos medios incluyen el uso de Tecnología del Mercado Financiero (*FINTECH*) y de la Tecnología del Mercado de la actividad aseguradora (*INSURTECH*).

Puntos de comercialización: Establecimientos que no constituyan una oficina, sucursal o sede de la Aseguradora que, a través de su personal o intermediarios de la actividad aseguradora, brindan información, promocionan y comercializan los productos a que se refiere estas normas.

Seguro inclusivo o plan inclusivo: Productos que van dirigidos a sectores sociales excluidos o desatendidos por las coberturas disponibles en el mercado asegurador, entre los que se encuentran: jubilados, pensionados, adultos mayores, personas con discapacidad física o mental, microempresarios, emprendedores, artesanos, población rural, etnias, productores agrícolas y pecuarios, pescadores y acuicultores.

Tecnología del Mercado Financiero (FINTECH): Soluciones financieras propiciadas por la tecnología que involucra a todas aquellas empresas de servicios financieros que utilizan procesos y sistemas tecnológicos de avanzada para servir de auxiliar como sistema de pago o prestador de servicios.

Tecnología del Mercado de la Actividad Aseguradora (INSURTECH): Empresas emergentes, que desarrollan y ofrecen productos de seguros en un entorno digital y bajo nuevos modelos de negocios, empleando nuevas tecnologías y procesos; tales como: computación en la nube, blockchain, big data, inteligencia artificial, redes inalámbricas, entre otras.

De la adecuación de los contratos
de medicina prepagada

Artículo 3. En lo que corresponda, las empresas de medicina prepagada deben homologar a sus operaciones los elementos y términos técnicos indicados en estas normas para las empresas de seguros.

De los sectores amparados

Artículo 4. Los seguros o planes inclusivos están destinados a amparar los siguientes sectores excluidos o desatendidos por las coberturas disponibles en el mercado asegurador, entre ellos: trabajadores independientes, emprendedores jubilados, pensionados, adultos mayores, personas con discapacidad física o mental, poblaciones vulnerables, etnias, población rural, productores agrícolas y pecuarios, pescadores y acuicultores, pequeña y mediana empresa, economía informal y todas aquellas personas que tengan interés de adquirir este producto.

De la autorización del producto
de seguro o plan inclusivo

Artículo 5. Los productos de seguros o planes inclusivos deben ser aprobados por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, de conformidad con lo establecido en el artículo 29 de la Ley de la Actividad Aseguradora, para lo cual las aseguradoras deberán consignar una solicitud que exprese, como mínimo, la siguiente información:

1. **Ramo.** Nombre del ramo al que pertenece el producto;
2. **Denominación.** Nombre con el que se comercializará el producto de seguro o plan inclusivo;
3. **El objeto del producto de seguro inclusivo o plan inclusivo.** Grupo asegurable al cual va dirigido, identificando las necesidades a cubrir, formas de comercialización y, si fuere el caso, canales de distribución que se emplearán;
4. **Suma asegurada y coberturas.** Discriminación de las sumas aseguradas por cobertura y su justificación. En los seguros de daños, la contratación debe efectuarse a valor convenido, primera pérdida o primer riesgo;