

PÓLIZA COLECTIVA DE SEGURO GASTOS FUNERARIOS CONDICIONES GENERALES

CONTRATANTE:

CLAUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO

Mediante este seguro de Gastos Funerarios la Empresa de Seguros se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las condiciones particulares y anexos, y a indemnizar al Beneficiario el costo del servicio funerario contratado por fallecimiento del Asegurado Titular o cualquiera de los Asegurados inscritos en la Póliza y hasta por la suma asegurada indicada como límite en el cuadro póliza.

CLAUSULA 2. DEFINICIONES

EMPRESA DE SEGUROS: La Venezolana de Seguros y Vida C.A. (Antes La Venezolana de Seguros C.A.), inscrita en el Registro Mercantil de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda N° 70, Tomo 4-A del día 21 de abril de 1.955, según asiento publicado en la Gaceta Municipal del Gobierno del Distrito Federal del día 12 de mayo de 1.955, Ejemplar N° 8351. Modificado el día 26 de diciembre de 2000 bajo el número 36 Tomo-291-A-SDO., inscrita en la Superintendencia de Seguros con el número 40, representada en este acto por su Presidente, ADOLFO ALDANA y autorizado por la junta Directiva según consta en acta, quien asume los riesgos cubiertos en las condiciones particulares y anexos de la póliza.

TOMADOR: Persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos a la Empresa de Seguros y se obliga al pago de la prima.

ASEGURADO: Persona natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las condiciones particulares y anexos de la póliza, ya sea el ASEGURADO TITULAR o cualquiera de sus DEPENDIENTES.

ASEGURADO TITULAR: Es la persona natural indicada como tal en el cuadro póliza y en el certificado individual de seguro y quien forma parte del grupo asegurado.

DEPENDIENTES: Son aquellas personas que conviven y dependen económicamente del ASEGURADO TITULAR.

BENEFICIARIO: Persona natural o jurídica a favor de quien se ha establecido la indemnización que deba pagar la Empresa de Seguros.

GRUPO ASEGURADO: Personas naturales que mantienen un vínculo común entre sí con el Tomador del seguro.

DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DE LA PÓLIZA: Las condiciones generales, las condiciones particulares, la solicitud o cuestionario de seguro, el cuadro póliza, el cuadro recibo, recibo de prima y los anexos que se emitan para complementarla o modificarla.

CUADRO PÓLIZA: Documento donde se indican los datos particulares de la póliza, como son: Número de la póliza, identificación completa de la Empresa de Seguros, de su representante y domicilio principal, identificación completa del Tomador, Asegurado y Beneficiarios, dirección del Tomador, dirección de cobro, nombre del intermediario de seguros, dirección del Asegurado, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma y lugar de pago, período de vigencia, porcentaje de reembolso, deducible y firmas de la Empresa de Seguros y del Tomador.

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO: Documento donde se indican los datos particulares de la póliza y los que corresponden a cada uno de los Asegurados Titulares. Contiene como mínimo la siguiente información: Número de la póliza, número del certificado, identificación completa de la Empresa de Seguros, identificación completa del Tomador, Asegurado y Beneficiarios, riesgos cubiertos, suma asegurada, período de vigencia de la póliza y del certificado, porcentaje de reembolso, deducible y firma de la Empresa de Seguros y del Tomador.

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

PRIMA: Es la única contraprestación pagadera en dinero por el Tomador a la Empresa de Seguros.

SUMA ASEGURADA: Es el límite máximo de responsabilidad de la Empresa de Seguros y que está indicado en el cuadro póliza.

CLAUSULA 3. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Empresa de Seguros no estará obligada al pago de la indemnización en los siguientes casos:

Si el Tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios.

Si el Tomador o el Asegurado actúa con dolo o si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario.

Si el Siniestro se inicia antes de la vigencia de la póliza y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta de la Empresa de Seguros.

Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no notificare el siniestro dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haber conocido la ocurrencia del mismo, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario.

Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las condiciones particulares y anexos de la póliza.

CLAUSULA 4. VIGENCIA DE LA PÓLIZA

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

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

CLAUSULA 5. RENOVACIÓN

Salvo disposición en contrario establecida en las condiciones particulares, la 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 escrita a la otra parte dirigida al último domicilio que conste en la póliza, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso.

CLAUSULA 6. PLAZO DE GRACIA

La Empresa de Seguros concede un plazo de gracia para el pago de las primas de renovación de treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia anterior, en el entendido de que durante tal plazo la póliza continuará vigente y en caso de ocurrir algún siniestro en ese período, la Empresa de Seguros tendrá la obligación de pagar la indemnización correspondiente, previa deducción de la prima pendiente de pago.

En este caso, el monto a descontar será la prima completa que corresponda al mismo período de la cobertura anterior. Si el monto indemnizable es menor a la prima a descontar, el Tomador deberá pagar, antes de finalizar el plazo de gracia, la diferencia existente entre la prima y dicho monto. No obstante, si el Tomador se negase o no pudiese pagar la diferencia de prima antes de finalizar el plazo de gracia, la póliza se considerará prorrogada solamente por el período de tiempo que resultare de dividir el monto del siniestro indemnizable entre la prima completa que corresponda al mismo período de la cobertura anterior multiplicado por el número de días que contenga dicho período.

CLAUSULA 7. PRIMAS

El Tomador debe la prima desde el momento de la celebración del contrato, pero aquélla no será exigible sino contra la entrega por parte de la Empresa de Seguros de la póliza, del cuadro póliza o recibo de prima o de la nota de cobertura provisional. En caso de que la prima no sea pagada en la fecha de su exigibilidad o se haga imposible su cobro por causa imputable al Tomador, la Empresa de Seguros tendrá derecho a resolver la póliza o a exigir el pago de la prima debida con fundamento en la póliza.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte de la Empresa de Seguros por dicho exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses de lo pagado en exceso.

La prima que ha de pagar el Tomador al comienzo del contrato se determinará sobre la base de la tarifa de primas vigentes de la Empresa de Seguros, según el número de Asegurados y en atención a los factores que integran dicha tarifa y que corresponden a los Asegurados especificados en las respectivas solicitudes de seguro individuales. La prima pagada por el Tomador, en el inicio del contrato y en su renovación, dentro de la vigencia correspondiente se ajustará sobre la base de los ingresos y egresos de los Asegurados Titulares y sus Dependientes.

CLAUSULA 8. INGRESOS Y EGRESOS DE ASEGURADOS

El Tomador se obliga a enviar a la Empresa de Seguros la relación de solicitudes de seguros de ingresos y la relación de egresos de Asegurados que se produzcan en la póliza.

El monto de la prima correspondiente a los ingresos de Asegurados en el transcurso de la vigencia de la póliza será calculado a prorrata, por el período que falte por transcurrir hasta el próximo vencimiento de la póliza, contado a partir del comienzo del mes póliza de ingreso, si el ingreso se efectuó en la primera quincena del mismo, o contado a partir del inicio del mes siguiente, si el ingreso se efectuó en la segunda quincena del mes póliza de ingreso. En el

certificado individual de seguro constará la fecha de inicio de la cobertura para cada Asegurado, siendo la fecha de término la misma de la póliza.

Con respecto a los Asegurados que se retiren del seguro antes de la fecha de vencimiento del mismo, la Empresa de Seguros calculará la prima del período que falte por transcurrir para el vencimiento de la póliza, de forma análoga al caso anterior.

Según sea procedente, la Empresa de Seguros cobrará o devolverá al Tomador el monto del ajuste de prima por ingresos o egresos de Asegurados de la póliza, mediante la emisión y entrega del recibo de prima correspondiente. Dicho recibo estará soportado por una relación actualizada de Asegurados acompañada para los ingresos de los certificados individuales de seguro.

CLAUSULA 9. DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD

La Empresa de Seguros deberá participar al Tomador, en un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud de seguros, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver la póliza mediante comunicación dirigida al Tomador, en el plazo de un (1) mes contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el Tomador o el Asegurado Titular. En caso de resolución ésta se producirá a partir del decimosexto (16°) día siguiente a su notificación, siempre y cuando la devolución de la prima correspondiente se encuentre a disposición del Tomador en la caja de la Empresa de Seguros. Corresponderán a la Empresa de Seguros las primas relativas al período transcurrido hasta el momento en que haga esta notificación. La Empresa de Seguros no podrá resolver la póliza cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que la Empresa de Seguros haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haber conocido la verdadera entidad del riesgo. La Empresa de Seguros quedará liberada del pago de la indemnización y de la devolución de la prima, si el Tomador o el Asegurado actúa con dolo o culpa grave.

Cuando la reserva o inexactitud se contrajese sólo a una o a varias de las personas cubiertas por la póliza, ésta subsistirá con todos sus efectos respecto a las restantes.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta de la póliza, si son de tal naturaleza que la Empresa de Seguros de haberlas conocido no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

CLAUSULA 10. PAGO DE INDEMNIZACIONES

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

CLAUSULA 11. RECHAZO DEL SINIESTRO

La Empresa de Seguros deberá notificar por escrito a los Beneficiarios dentro del plazo señalado en la cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo total o parcial de la indemnización exigida. Esta obligación existirá también cuando la Empresa de Seguros pague sólo parte de la indemnización reclamada por los Beneficiarios.

CLAUSULA 12. ARBITRAJE

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

El Superintendente de Seguros actuará directamente o a través de los funcionarios que designe como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la póliza. Las partes fijarán el procedimiento a seguir; en caso contrario se aplicará el procedimiento previsto en la ley que rige la materia de arbitraje. En este caso, la decisión deberá ser adoptada en un plazo que no exceda de treinta (30) días hábiles una vez finalizado el lapso probatorio. El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLAUSULA 13. CADUCIDAD

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra la Empresa de Seguros o convenir con ésta el Arbitraje previsto en la cláusula anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación:

En caso de rechazo del siniestro, un (1) año contado a partir de la fecha de notificación del rechazo.

En caso de inconformidad con el pago de la indemnización o con el servicio prestado, un año (1) contado a partir de la fecha en que la Empresa de Seguros hubiere efectuado el pago.

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

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

CLAUSULA 14. PRESCRIPCIÓN

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

CLAUSULA 15. MODIFICACIONES

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

Las modificaciones se harán constar mediante anexos, debidamente firmados por un representante de la Empresa de Seguros y el Tomador, los cuales prevalecerán sobre las condiciones particulares y éstas sobre las condiciones generales de la póliza.

Si la modificación requiere pago de prima adicional se aplicará lo dispuesto en la cláusula 4 y 7 de estas condiciones generales.

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

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

CLAUSULA 16. AVISOS

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a la póliza deberá hacerse mediante comunicación escrita o telegrama, con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal o sucursal de la Empresa de Seguros o a la dirección del Tomador o del Asegurado que conste en la póliza, según sea el caso.

CLAUSULA 17. DOMICILIO

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

CLAUSULA 1. FUNERARIA Y SERVICIO FUNERARIO

Funeraria es la dependencia legalmente establecida, que garantiza la prestación del servicio funerario, bajo las siguientes especificaciones:

- ❖ Ataúd adecuado para las exequias
- ❖ Traslado local desde el sitio del fallecimiento hasta la funeraria
- ❖ Servicio de carroza fúnebre
- ❖ Vehículos de acompañamiento
- ❖ Diligencias de ley
- ❖ Servicio de Cafetín
- ❖ Servicio de prensa local, elaboración y entrega
- ❖ Vestido y preparación externa
- ❖ Servicios religiosos

Además de los servicios aquí descritos, se presta uno de los siguientes servicios:

1. Inhumación:

- 1.1. Adquisición de una parcela con capacidad máxima de hasta dos (2) puestos en un Cementerio Municipal o Privado del País, como consecuencia del fallecimiento de cualquiera de los Asegurados inscritos en la Póliza.
- 1.2. Servicio de inhumación
- 1.3. Servicio de oficio religioso

2. Cremación:

- 2.1. Ataúd de metal en carácter de préstamo
- 2.2. Servicio de cremación
- 2.3. Servicio de oficio religioso
- 2.4. Certificado de cremación
- 2.5. Cofre para cenizas
- 2.6. Bendición y encoframiento de las cenizas

CLAUSULA 2. PERSONAS ASEGURABLES

Se consideran personas asegurables las mencionadas a continuación:

2.1. Asegurado Titular:

Persona sobre quien se emite la Póliza, que representa a los Asegurados inscritos en la Póliza. Al momento de la contratación debe gozar de buena salud y su edad debe ser menor a sesenta y cinco (65) años.

2.2. Asegurado Inscrito en la Póliza:

Es la persona que forma parte del grupo familiar del Asegurado Titular y que tiene nexos de dependencia económica con él. Al momento de la contratación debe gozar de buena salud y no se establece límite de permanencia en la presente Póliza. Podrá ser:

- a. El cónyuge o la persona que conviva como tal con el Asegurado Titular, menor de setenta (70) años de edad, pudiendo permanecer asegurado hasta los setenta y cinco (75) años.
- b. Los hijos solteros del Asegurado Titular, menores de veintiún (21) años de edad, pudiendo permanecer asegurados hasta los veintiocho (28) años, cuando dependan económicamente del Asegurado Titular.
- c. Los padres del Asegurado Titular o de su cónyuge, menores de setenta (70) años de edad, pudiendo permanecer asegurado hasta los setenta y cinco (75) años.
- d. Los hermanos solteros del Asegurado Titular que sean menores de veintiún (21) años, pudiendo permanecer asegurados hasta los veintiocho (28) años, cuando dependan económicamente del Asegurado Titular.

CLAUSULA 3. BENEFICIOS

La cobertura de la presente Póliza se extiende a cubrir los gastos por servicios funerarios, especificados en la Cláusula 1. Funeraria y Servicio Funerario, de las Condiciones Particulares, en caso de fallecimiento del Asegurado Titular o de cualquiera de los Asegurados Inscritos en la Póliza, hasta por la suma asegurada para cada uno de ellos.

Si la contratación del servicio funerario resultara ser por una cantidad menor a la suma asegurada del Asegurado fallecido, la diferencia entre la suma asegurada y el costo total del servicio funerario será pagada al Asegurado Titular, pero si éste es el fallecido, la diferencia corresponderá al Beneficiario que él haya designado en la Solicitud de Seguro.

CLAUSULA 4. EXCLUSIONES

La presente Póliza excluye pago por fallecimiento a consecuencia de:

- a) **Suicidio, dentro del primer año de vigencia de la Póliza.**
- b) **Viajes como pasajero en aviones, avionetas, helicópteros o cualquier tipo de aeronave, que no esté debidamente matriculada y que no tenga el correspondiente certificado de aeronavegabilidad al día, y que a su vez las mencionadas aeronaves sean piloteadas por personas que no posean sus respectivas licencias, válidas para el tipo de aeronave utilizada.**
- c) **Guerra declarada o no (excepto cuando la muerte ocurra prestando servicio legalmente al país).**

CLAUSULA 5. BENEFICIARIO DEL ASEGURADO TITULAR

Es la persona designada por el Asegurado Titular en la Solicitud de Seguro, para recibir el beneficio correspondiente en caso de su fallecimiento, asimismo, el Asegurado Titular será considerado como Beneficiario, en caso de fallecimiento de cualquiera de los Asegurados Inscritos en la Póliza.

En caso de fallecimiento simultáneo del Asegurado Titular y del Beneficiario designado por el mismo en la Solicitud de Seguro, el pago se hará efectivo a los Herederos Legales, previa comprobación de dicha filiación.

El Asegurado Titular podrá cambiar a su Beneficiario, solicitándolo por escrito a la Empresa de Seguros.

CLAUSULA 6. INCLUSION DE ASEGURADOS

El Asegurado Titular podrá solicitar la inclusión de nuevos Asegurados mediante la Solicitud de Seguro de Seguro, quedando la aceptación de dicha inclusión a criterio de la Empresa de Seguros, quien hará constar mediante emisión de Cuadro de Póliza, la inclusión de los nuevos Asegurados.

CLAUSULA 7. PLAZOS DE ESPERA

Se entenderá por Plazos de Espera, al período mínimo de tiempo que debe transcurrir una vez pagada la prima, para tener derecho a la cobertura contratada.

Los Plazos de Espera serán de tres (3) meses continuos, y se aplicarán en los siguientes casos:

- a) Al inicio de la Póliza, en cuyo caso se aplicará a todos los Asegurados.
- b) Al realizarse un aumento de Suma Asegurada, quedando en plena vigencia durante este período la Suma Asegurada antes del aumento.
- c) Al incluir un nuevo asegurado en la Póliza, los Plazos de Espera se inician para ese Asegurado.

No se aplicará el Plazo de Espera aquí señalado, en caso de que el fallecimiento de alguno de los Asegurados sea consecuencia única y exclusivamente de un accidente.

CLAUSULA 8. NOTIFICACION Y RECLAMO DEL SINIESTRO

Todo reclamo deberá ser notificado por escrito a la Empresa de Seguros, dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha haber conocido el fallecimiento, y como requisito para solicitar el beneficio contemplado por esta Póliza, deberán presentarse los documentos que se indican a continuación, en un plazo no mayor de quince (15) días siguientes contados a partir de la fecha de la notificación:

A. Solicitud de Servicio ante las Funerarias contratadas por la Empresa de Seguros:

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular o de alguno de los Asegurados Inscritos en la Póliza, deberá solicitarse el servicio en cualquiera de las funerarias contratadas por la Empresa de Seguros, presentando los siguientes documentos:

1. Fotocopia de la Cédula de Identidad o Partida de Nacimiento de la persona fallecida.
2. Certificado de Defunción.

B. Reclamo ante la Empresa de Seguros:

En caso de que el costo del servicio prestado por una funeraria contratada por la Empresa de Seguros resultare menor a la suma asegurada, el Asegurado Titular o el Beneficiario del Asegurado Titular, si fuese aquél el fallecido, solicitará ante la Empresa de Seguros, la diferencia entre la suma asegurada y el costo total del servicio. En caso que el servicio fuera prestado en una funeraria no contratada por la Empresa de Seguros solicitará la suma asegurada. En ambos casos presentará los siguientes documentos:

1. Ultimo Cuadro de Póliza pagado que demuestre la vigencia de la Póliza al momento del fallecimiento.
2. Identificación de la persona fallecida (Cédula de Identidad o Partida de Nacimiento).
3. Acta de Defunción.
4. Fotocopia de la Cédula de Identidad del Beneficiario reclamante
5. Original de la factura por el servicio funerario, donde se describa el servicio prestado, debidamente identificada con el número de R.I.F. y/o N.I.T.

La Empresa de Seguros podrá solicitar al Asegurado documentos adicionales a los descritos anteriormente, que estime necesarios y razonables para la evaluación de la reclamación, en una sola oportunidad, dicha solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó a la Empresa de Seguros el último de los documentos requeridos. En este caso, se establece un plazo de diez (10) días hábiles para la presentación de los recaudos solicitados por la Empresa de Seguros, contados a partir de la fecha de la solicitud de los mismos.

CLAUSULA 9. RETICENCIA E INEXACTITUDES

En caso de reticencia o inexactitud de las declaraciones del Tomador o del Asegurado, que influyan en la estimación del riesgo, salvo lo relativo a la edad de éstos, privará lo establecido en las disposiciones generales de la Ley del Contrato de Seguro. Sin embargo, la empresa de seguros no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un (1) año, a contar desde la fecha de su celebración, a no ser que las partes hayan fijado un plazo más breve en la póliza y, en todo caso, salvo que el Tomador o el Asegurado haya actuado con dolo.

CLAUSULA 10. DECLARACION ERRÓNEA DE LA EDAD

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, sin que se demuestre que haya dolo o mala fe, la Empresa de Seguros no podrá resolver unilateralmente el contrato a menos que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por la Empresa de Seguros.

Si la edad del Asegurado estuviese comprendida dentro de los límites de admisión, se aplicarán las reglas siguientes:

1. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la Empresa de

Seguros se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

2. Si la Empresa de Seguros hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior.
3. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la Empresa de Seguros estará obligado a rembolsar el exceso de las primas percibidas, sin intereses. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
4. Si con posterioridad a la muerte del Asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la Solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la Empresa de Seguros estará obligado a pagar al Beneficiario la suma que por las primas canceladas corresponda de acuerdo con la edad real.

Lugar y fecha:

POR EL TOMADOR

POR LA EMPRESA DE SEGUROS