

# PÓLIZA ÚNICA DE SALUD



## CONDICIONES GENERALES

Entre **C.N.A. DE SEGUROS LA PREVISORA**, inscrita en el Registro Mercantil II de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda, anotada bajo el N° 296, Tomo 2, de fecha 23 de marzo de 1.914, agregados al Expediente N° 404 con fecha antes mencionada, anotada en el Registro Único de Información Fiscal bajo el N° J- 00021376.3, e inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 2 actualmente adscrita al Ministerio del Poder Popular de Economía, Finanzas y Banca Pública (Ahora Ministerio del Poder Popular para la Banca y Finanzas), mediante Decreto de la Presidencia de la República N° 737, de fecha 15 de enero de 2.014, publicado en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.335, de fecha 16 de enero de 2.014, representada en este acto por su **PRESIDENTE**, quien en lo sucesivo se denominará el **ASEGURADOR** y el **TOMADOR** identificado en el Cuadro Póliza Recibo, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo, la Solicitud de Seguro y los demás documentos que formen parte integrante del mismo.

**CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO.** El **ASEGURADOR** se compromete a asumir los riesgos indicados en el contrato de seguro, hasta la suma asegurada señalada en el Cuadro Póliza Recibo.

**CLÁUSULA 2. DEFINICIONES.** A los efectos de este contrato, queda expresamente convenido entre las partes que los siguientes términos tendrán los significados que se indican, siendo que el género masculino incluirá también al femenino, cuando corresponda, salvo que del texto de esta Póliza se desprenda una interpretación diferente:

**Asegurador:** **CNA DE SEGUROS LA PREVISORA**, quien asume los riesgos cubiertos en esta Póliza.

**Tomador:** Persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena, contrata el seguro con el **ASEGURADOR**, trasladándole los riesgos y obligándose al pago de la prima.

**Asegurado:** Persona natural expuesta a los riesgos cubiertos y amparada por esta Póliza. El **ASEGURADO** debe de estar identificado en el Cuadro Póliza Recibo.

**Asegurado Titular:** Persona indicada con este carácter en el Cuadro póliza Recibo, quien ejerce los derechos de los **ASEGURADO** ante el **ASEGURADOR**.

**Beneficiario:** Persona que tiene el derecho de recibir el pago de la indemnización a que hubiere lugar. En caso de reembolso, el **ASEGURADOR** pagará la indemnización al **ASEGURADOTITULAR**, independientemente de la persona que haya incurrido en los gastos.

**Edad:** Es la correspondiente a la fecha de cumpleaños más cercana, anterior o posterior, al momento de emisión o renovación de la Póliza.

**Documentos que forman parte del Contrato:** Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, el Cuadro Póliza Recibo, los anexos que se emitan para complementar la Póliza y los demás documentos que por su naturaleza formen parte del contrato.

**Solicitud de Seguro:** Cuestionario que proporciona el **ASEGURADOR**, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del **TOMADOR**, de los **ASEGURADOS** y de los Beneficiarios, así como también del estado de salud de cada una de las personas que estarán amparadas por la Póliza y demás datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el **TOMADOR** y/o **ASEGURADO** Titular, constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión del contrato de seguro.

**Cuadro Póliza Recibo:** Documento en el que se indica, como mínimo, la siguiente información: número de la Póliza, identificación completa del **ASEGURADOR** y de su domicilio principal, identificación completa del **TOMADOR**, de los **ASEGURADOS** y de los Beneficiarios, dirección del **TOMADOR**, dirección de cobro, dirección del **ASEGURADO** Titular, nombre del intermediario de seguros, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma de pago, vigencia del contrato, fecha de emisión del contrato, deducible, si lo hubiere, y firmas del **ASEGURADOR** y del **TOMADOR**. El Cuadro Póliza Recibo será entregado al **TOMADOR** conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, 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.

**Condiciones Particulares:** Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.

**Prima:** Contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el **TOMADOR** al **ASEGURADOR** en virtud de la celebración del contrato.

**Siniestro:** Acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte del **ASEGURADOR**.

**Deducible:** Cantidad indicada en el Cuadro Póliza Recibo que deberá asumir el **ASEGURADO** y en consecuencia no será pagada por el **ASEGURADOR** en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto por la Póliza. El deducible de cada **ASEGURADO** será aplicado por enfermedad o accidente y vigencia del contrato.

**Suma Asegurada:** Límite máximo de responsabilidad del **ASEGURADOR**, indicado en el Cuadro Póliza Recibo. La suma asegurada de cada **ASEGURADO** será aplicada por enfermedad o accidente y vigencia del contrato.

**CLÁUSULA 3. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD:** EL **ASEGURADOR** no estará obligado al pago de la indemnización en los siguientes casos:

1. 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 relacionados con esta Póliza.
2. Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del **TOMADOR**, del **ASEGURADO** o del **BENEFICIARIO**.
3. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del **TOMADOR**, del **ASEGURADO** o del **BENEFICIARIO**. No obstante, el **ASEGURADOR** estará obligado al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el **ASEGURADOR** en lo que respecta a la Póliza.
4. Si el siniestro se inicia antes de la vigencia del contrato y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del **ASEGURADOR**.
5. Si el **TOMADOR**, el **ASEGURADO** o el **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** o el **ASEGURADO** Titular actúa con dolo o culpa grave, según lo señalado en la Cláusula 8. Declaraciones en la Solicitud de Seguro, de estas Condiciones Generales.

7. Si el **ASEGURADO** o el Beneficiario incumpliere lo establecido en la Cláusula 12. Subrogación de Derechos, de estas Condiciones Generales, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.

8. 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 esta Póliza.

9. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares de la Póliza.

**CLÁUSULA 4. VIGENCIA DEL CONTRATO:** La vigencia del contrato será anual y se hará constar en el Cuadro Póliza Recibo, con indicación de la fecha de emisión, la hora y día de su iniciación y vencimiento.

**CLÁUSULA 5. 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 vigencia del contrato. Si la prima no es pagada o se hace imposible su cobro por causa imputable al **TOMADOR** en el plazo establecido, el **ASEGURADOR** tendrá derecho a exigir el pago correspondiente o resolver la Póliza. En caso de resolución, esta tendrá efecto desde el inicio de la vigencia del contrato, sin necesidad de previo aviso el **TOMADOR**. Si ocurriese un siniestro en el plazo convenido para el pago de la prima, el **ASEGURADOR** pagará la indemnización, siempre que el **TOMADOR** pague antes de su vencimiento la prima correspondiente.

Contra el pago de la prima, el **ASEGURADOR** entregará al **TOMADOR** el Cuadro Póliza Recibo correspondiente, firmado y sellado por el mismo. 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**.

Las primas correspondientes a este Contrato serán pagadas directamente en las oficinas del **ASEGURADOR**. No obstante, éste podrá cobrar las primas a domicilio y dar aviso de sus vencimientos y, si lo hiciere, no sentará precedente de obligación y podrá suspender esta gestión en cualquier momento, sin previo aviso.

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

**CLÁUSULA 6. RENOVACIÓN.** El contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior y por un plazo igual, siempre que el **TOMADOR** pague la prima correspondiente al nuevo período, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula 7. Plazo de Gracia, de estas Condiciones Generales, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior. Las partes pueden negarse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de vigencia en curso.

Transcurridos tres (3) años ininterrumpidos desde la celebración del contrato, el **ASEGURADOR** no podrá anular o negarse a renovar en las mismas condiciones, siempre que el **TOMADOR** pague la prima correspondiente.

**CLÁUSULA 7. 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 vigencia 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** pagara 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 vigencia del contrato anterior.

**CLÁUSULA 8. DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO.** El **ASEGURADOR** deberá participar el **TOMADOR**, en un lapso de cinco (5) días hábiles, 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 dirigida el **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 que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de seguros, 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 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 la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haber conocido la verdadera entidad del riesgo. Igualmente, si ocurre un siniestro antes del vencimiento de los plazos de un (1) mes o de dieciséis (16) días antes mencionados, según sea el caso, el pago de la prestación también se reducirá en los términos mencionados en este párrafo. Si el **TOMADOR** o el **ASEGURADO TITULAR** actúan 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 personas cubiertas por la Póliza, ésta subsistirá con todos sus efectos respecto a las restantes, si ello fuera técnicamente posible.

**CLÁUSULA 9. FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE.** Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del **TOMADOR**, del **ASEGURADO** o del **BENEFICIARIO**, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato, si son de tal naturaleza que el **ASEGURADOR** de haberlas conocido no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

**CLÁUSULA 10. PAGO DE INDEMNIZACIONES.** El **ASEGURADOR** deberá pagar la indemnización que corresponda en un plazo que no exceda de treinta (30) días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que haya recibido el último recaudo solicitado, salvo por causa extraña no imputable al **ASEGURADOR**.

**CLÁUSULA 11. RECHAZO DEL SINIESTRO.** El **ASEGURADOR** deberá notificar por escrito al **TOMADOR**, al **ASEGURADO** o al **BENEFICIARIO**, 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 12. SUBROGACIÓN DE DERECHOS.** El **ASEGURADOR** queda subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto pagado, en los derechos y acciones del **TOMADOR**, del **ASEGURADO** o del **BENEFICIARIO** contra los terceros responsables.

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará si el daño hubiese sido causado por: los descendientes, el cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho, otros parientes del **ASEGURADO** o las personas que conviven permanentemente con él o aquellas por las que deba responder civilmente.

El **ASEGURADO** o el **BENEFICIARIO** no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de exigir a otras personas la reparación por los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado.

En caso de siniestro, el **ASEGURADO** o el 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**, el **ASEGURADO** o el **BENEFICIARIO** incumplieren lo establecido en esta cláusula, perderá el derecho al pago que le otorga esta Póliza, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.

**CLÁUSULA 13. OTROS CONTRATOS DE SALUD.** Al momento de notificar la ocurrencia del siniestro, el **TOMADOR**, el **ASEGURADO** o el **BENEFICIARIO** está obligado a informar al **ASEGURADOR** la existencia de cualquier otro contrato de salud que ampare al **ASEGURADO** que activó la cobertura de la Póliza.

Cuando el **ASEGURADO** se encuentre amparado por varios contratos de salud que estén obligados a pagar la indemnización sobre un mismo siniestro, escogerá el orden en que presentará las reclamaciones y se deberán indemnizar, según los beneficios y límites de cada uno de ellos, hasta el monto total de los gastos, previa deducción de los montos pagados por los otros contratos.

**CLÁUSULA 14. ARBITRAJE.** Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato. La tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil.

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

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

**CLÁUSULA 15. CADUCIDAD.** El **TOMADOR**, el **ASEGURADO** o el **BENEFICIARIO** perderán 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 notificación, por escrito:

1. Del rechazo total o parcial, del siniestro.
2. De la decisión del **ASEGURADOR** sobre la inconformidad del **TOMADOR**, del **ASEGURADO** o del **BENEFICIARIO** respecto al monto de la indemnización.

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

**CLÁUSULA 16. PRESCRIPCIÓN.** Salvo lo dispuesto en leyes especiales, las acciones derivadas de este contrato prescriben a los tres (3) años contados a partir del siniestro que dio nacimiento a la obligación.

**CLÁUSULA 17. MODIFICACIONES Y REHABILITACION.** La Póliza puede ser rehabilitada a solicitud del **TOMADOR**, siempre que los **ASEGURADOS** se encuentren en buen estado de salud, según declaración de salud o reconocimiento médico a cargo del **ASEGURADO**. En este supuesto, se requiere la aceptación del **ASEGURADOR** y el pago de la prima pendiente, entrando el contrato nuevamente en vigor en la fecha indicada en el Cuadro Póliza Recibo. El **ASEGURADOR** reconocerá la antigüedad obtenida por los **ASEGURADOS** para efectos de la aplicación de los plazos de espera y exclusiones temporales, pero no estarán amparados los gastos incurridos desde la fecha de resolución del contrato hasta los tres (3) meses siguientes a la fecha de inicio de su rehabilitación, salvo por los casos de accidentes y enfermedades infecciosas agudas, mencionados en la Cláusula 3. Cobertura Inmediata de las Condiciones Particulares de esta Póliza, que ocurran a partir de la fecha de la rehabilitación. No se convendrá la rehabilitación, una vez transcurridos noventa (90) días continuos desde la fecha de resolución del contrato.

Se reputan aceptadas las solicitudes escritas de modificar el contrato o de rehabilitarlo, si el **ASEGURADOR** no rechaza la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido. Este plazo será de veinte (20) días hábiles cuando a criterio del **ASEGURADOR** la modificación o rehabilitación de este contrato haga necesario un reconocimiento médico. El requerimiento del **ASEGURADOR** de que el **ASEGURADO** se realice el examen médico, no aplica aceptación.

La modificación de la suma asegurada y/o el deducible requerirá aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por el **ASEGURADOR** con la emisión del Cuadro Póliza Recibo, en el que se modifique la suma asegurada y/o el deducible, y por parte del **TOMADOR** mediante comunicación escrita o con el pago de la diferencia de prima correspondiente.

La propuesta de modificación de la suma asegurada y/o el deducible debe efectuarse en un plazo no menor de treinta (30) días hábiles anteriores al vencimiento de la vigencia del contrato en curso o a la fecha en que sea efectiva la modificación, según sea el caso.

**CLÁUSULA 18. AVISOS.** Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a la Póliza deberá hacerse mediante comunicación escrita, telegrama o medio electrónico, con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal o sucursal del **ASEGURADOR** o a la dirección del **TOMADOR** o del **ASEGURADO** que conste en la Póliza, según sea el caso.

Las comunicaciones entregadas al intermediario de seguros produce el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte.

Los intermediarios de seguro deben entregar la correspondencia a su destinatario en un lapso de cinco (5) días hábiles, contados a partir de su recepción.

**CLÁUSULA 19. DOMICILIO ESPECIAL.** Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse de esta Póliza, 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. INTERPRETACIÓN DE TÉRMINOS:** A los efectos de esta Póliza, los términos que se señalan a continuación tendrán el siguiente significado:

**Accidente:** Suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del **TOMADOR** o del **ASEGURADO**, que le cause a este último lesiones corporales.

**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.

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

**Enfermedad Preexistente:** Enfermedad o lesión que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del contrato o de la inclusión del **ASEGURADO** en la Póliza, y sea conocida por el **TOMADOR** o el **ASEGURADO**.

**Enfermedad, Defecto o Malformación Congénita:** Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo humano que existan desde la fecha de nacimiento o antes del mismo. Se considerará enfermedad preexistente si es conocida por el **TOMADOR** o el **ASEGURADO** a la fecha de inicio de la vigencia del contrato o de la inclusión del **ASEGURADO** en la Póliza.

**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 farmacodependiente, dipsómanos (alcohólicos), enfermos mentales o desordenes de conducta, ni lugares donde se proporcionen tratamiento naturista, terapias alternativas y acupuntura.

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

**Procedimiento Experimental o Investigativo:** Tratamiento médico, intervención quirúrgica, suministro, medicamento, procedimiento médico u hospitalización que:

1. No haya sido aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento médico de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional; o
2. Su uso esté restringido a objetivos clínicos disciplinados que posean valor o beneficio para propósitos clínicos de la disciplina y estudios científicos; o
3. No se haya probado de manera objetiva que posea valor o beneficio terapéutico; o
4. Esté bajo estudio, investigación, en un período de prueba o en cualquier fase de un experimento o ensayo clínico.

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



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

**Atención Ambulatoria:** Atención médica suministrada a un **ASEGURADO** cuando su permanencia en la Institución Hospitalaria sea menor de 24 horas.

**Costo Razonable:** Es el promedio calculado por el **ASEGURADOR** de los gastos cubiertos por tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas de Instituciones Hospitalarias ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido el **ASEGURADO**, los cuales correspondan a una intervención quirúrgica o tratamiento médico igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de esta Póliza se encuentran cubiertos. Este promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga el **ASEGURADOR** de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el **ASEGURADO** incurrió en los gastos, incrementado según el Índice Nacional de Precios al Consumidor (I.N.P.C.) del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el costo razonable será el monto facturado.

No obstante, si el **ASEGURADOR** hubiere acordado con algún proveedor un baremo, deberá efectuar la indemnización de los servicios prestados por este proveedor de acuerdo con el referido baremo.

De ser el caso, el costo razonable de los gastos cubiertos debe ajustarse a los baremos o la estructura de precios que el estado haya fijado en el área de prestación de servicios de salud.

Este concepto es aplicable a toda adquisición de insumo, suministro, instrumentos especiales o equipos médicos.

**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 enfermedad o 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 o por la comunidad médica del país donde se presta servicio o tratamiento.
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.

**CLÁUSULA 2. GASTOS CUBIERTOS:** Queda entendido que el **ASEGURADOR** cubre el ciento por ciento (100%) de los gastos amparados ocasionados durante la vigencia del contrato, sujeto al costo razonable, en exceso del deducible, si lo hubiere, y hasta la suma asegurada contratada. La suma asegurada y el deducible de cada **ASEGURADO** serán aplicados por enfermedad o accidente y vigencia del contrato.

Si el **ASEGURADO** se encuentra recibiendo asistencia médica como consecuencia de una alteración a la salud amparada por la Póliza, están cubiertos los gastos que se originen luego de vencido el contrato, que sean atribuibles a la misma asistencia médica, siempre que no se haya agotado la suma asegurada.

Están cubiertos los gastos generados por tratamiento médico, intervención quirúrgica (incluyendo el tratamiento post operatorio), 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. Queda además entendido que:

1. Los gastos por concepto de pago de honorarios médicos, conjuntamente con los demás beneficios cubiertos por esta Póliza, están sujetos a la suma asegurada contratada.
2. Los medicamentos deben haber sido indicados bajo prescripción médica específica, ser necesarios para el tratamiento médico de la enfermedad y/o lesión que causa el reclamo del **ASEGURADO** y ser adquiridas en un establecimiento autorizado para el expendio de productos farmacéuticos.
3. El material médico quirúrgico y los suministros serán indemnizados contra la presentación del desglose de su consumo y costo facturado por parte de la Institución Hospitalaria, siempre que hayan sido necesarios para el tratamiento de la enfermedad, lesión o procedimiento realizado al **ASEGURADO**.
4. Los gastos hospitalarios cubiertos se refieren exclusivamente al servicio de habitación corriente (distinta a habitaciones especiales o de lujo, suites y semi-suites), los cuales incluyen la alimentación del paciente, conforme a la prescripción facultativa, y hasta por el máximo del costo de la habitación privada corriente en la institución hospitalaria. Además están cubiertos los gastos por uso de teléfono (llamadas locales), admisión, uso de la televisión del cuarto ocupado por el **ASEGURADO** hospitalizado y el costo de pernoctas del acompañante, cuando ocupe la misma habitación que el paciente **ASEGURADO**. No se consideran gastos cubiertos otros gastos hospitalarios diferentes a los antes mencionados y los que genere el acompañante por concepto de alimentación.
5. El servicio de enfermera particular estará amparado, siempre que sea prestado dentro de la institución hospitalaria y ordenado por el médico tratante, dada la gravedad del paciente y la necesidad de atención especializada. El Servicio de enfermera privada para el cuidado del paciente estará amparado, siempre que haya sido previamente autorizado por el **ASEGURADOR**. La enfermera debe ser profesional graduada, legalmente facultada para ejercer la profesión.
6. Están cubiertos los gastos por concepto de adquisición e implantación de prótesis: oculares, de cadera, de miembros superiores e inferiores, cardiovasculares, articulares, de vías digestivas, derivaciones ventrículo peritoneales, marcapasos cardíacos, así como las dentales, auditivas, testiculares, de mamas y cualquier otra, que podrían ser requeridas por la pérdida de órganos o miembros como consecuencia de enfermedades y/o lesiones sufridas por el **ASEGURADO**, que hayan sido diagnosticadas, tratadas y amparadas durante la vigencia del contrato y cuya indicación médica sea de carácter permanente.  
 Con respecto a las prótesis auditivas, está cubierta una (1) cada tres (3) años, salvo en aquellos casos en que la pérdida auditiva progrese y requiera, ante ese lapso, de una prótesis de mayor ganancia o potencia en decibeles.  
 El **ASEGURADOR** podrá suministrar la prótesis requerida de acuerdo con la disponibilidad y/o existencia de la misma en su red de proveedores de suministros médicos-quirúrgicos. En caso que no exista disponibilidad de la prótesis en la referida red, el **ASEGURADO** podrá adquirirla, previo acuerdo con el **ASEGURADOR**.
7. Están cubiertos los gastos para la adquisición de muletas y sillas de ruedas manuales que se requieran para uso permanente como consecuencia de una alteración a la salud del **ASEGURADO** amparada por la Póliza.

8. Están cubiertos los gastos de alquiler por concepto de aparatos ortopédicos, sillas de ruedas manuales y camas especiales, así como equipos para la administración de oxígeno, respiradores artificiales, otros equipos para el tratamiento médico de parálisis respiratoria y, en general, todos aquellos relacionados con cualquier clase de equipos e instrumentos especiales, siempre que no sean consecuencia de alteraciones de la salud del **ASEGURADO** ocurridas con anterioridad a la contratación de la Póliza.

Cuando el costo del alquiler por el tiempo estimado de uso, de acuerdo al criterio del médico tratante, supere el costo de adquisición, el **ASEGURADOR** podrá efectuar la compra de estos y una vez culminado el proceso de rehabilitación del **ASEGURADO** o su utilización, este deberá, a solicitud del **ASEGURADOR**, efectuar su devolución dentro de los treinta (30) días continuos.

9. Están cubiertos los gastos por concepto de quimioterapia, radioterapia, fluoroscopias, radiografías, isótopos radioactivos, pruebas de metabolismo, electrocardiogramas, ultrasonidos, resonancias magnéticas, tomografías, exámenes de laboratorio y otros similares, que guarden relación con la causa u origen del tratamiento médico o de la hospitalización, siempre que se requieran en el diagnóstico o atención de una alteración a la salud del **ASEGURADO** amparada por la Póliza.

10. La cobertura que ofrece el presente contrato se extiende a tratamientos odontológicos que sean originados como consecuencia de un accidente que ocurra durante su vigencia, siempre que estos tratamientos se realicen, como máximo, dentro de los noventa (90) días continuos y siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.

11. Están cubiertos los gastos por atención ambulatoria.

12. Los gastos por concepto de honorarios médicos por intervención quirúrgica están limitados a un (1) cirujano principal, un (1) ayudante y un (1) anesthesiólogo. El **ASEGURADOR** reconocerá los honorarios ocasionados por un (1) segundo y un tercer ayudante, siempre que la participación de estos en la intervención quirúrgica esté justificada médicamente. Los gastos cubiertos por honorarios médicos correspondientes al primer ayudante, el anesthesiólogo, serán como máximo el cuarenta por ciento (40%) de los del cirujano principal, para cada uno. En el caso de ser necesaria la participación de un segundo ayudante, los honorarios serán como máximo el treinta por ciento (30%) de los honorarios del cirujano principal y en el supuesto de un tercer ayudante los honorarios serán como máximo el veinte por ciento (20%) de los honorarios del cirujano principal.

Si en el curso de una misma hospitalización o acto quirúrgico, el **ASEGURADO** es atendido por dos o más cirujanos, o si se efectúan dos o más intervenciones quirúrgicas por la misma enfermedad o accidente, éstas serán consideradas como una sola a los efectos de la indemnización y si se presentan accidentes y/o complicaciones y enfermedades directas o indirectas originadas por la enfermedad primaria, durante el curso de la hospitalización o que requieran nueva hospitalización, la indemnización en ningún caso excederá de la suma asegurada contratada.

En el caso de dos (2) o más intervenciones quirúrgicas practicadas en un mismo acto quirúrgico, con igual campo quirúrgico, el **ASEGURADOR** pagará de la siguiente manera: el ciento por ciento (100%) de la de mayor costo, cincuenta por ciento (50%) de la siguiente y veinticinco por ciento (25%) del costo de cada una de las siguientes, sin exceder en ningún caso de la suma asegurada contratada.

13. Están cubiertos los gastos por atención médica recibida en instituciones hospitalarias públicas e instituciones benéficas, los cuales serán pagados exclusivamente contra la presentación de facturas y

soportes originales que demuestren la cancelación de los gastos incurridos, siempre que la enfermedad y/o lesión que los originó esté amparada por esta Póliza.

14. Están cubiertos los gastos por concepto de rehabilitación, prescrita por el médico tratante y practicada por profesionales autorizados en la materia, destinada a la recuperación de la capacidad física perdida como consecuencia de un siniestro amparado por la presente Póliza.

15. Están amparados los gastos por concepto de intervención quirúrgica de tipo reconstructiva originada por un siniestro cubierto por la Póliza. La intervención quirúrgica deberá ser realizada dentro de los ciento ochenta (180) días continuos siguiente a la ocurrencia del siniestro. Este plazo podrá extenderse si a juicio del médico tratante la reconstrucción debe efectuarse en una fecha posterior, siempre que la póliza se mantenga en vigor para el momento en que se realice la intervención quirúrgica.

16. Están cubiertos los gastos por concepto de ambulancia terrestre dentro del Territorio Nacional, siempre que el médico tratante lo considere necesario.

17. Están cubiertos los gastos por Servicios de Analgesia Post Operatoria, siempre que sea requerido por una enfermedad o accidente cubierto por la Póliza y el médico tratante lo considere médicamente necesario.

18. Los hijos del **ASEGURADO** Titular, nacidos durante la vigencia de la Póliza, estarán cubiertos durante los primeros treinta (30) días continuos de vida bajo la cobertura básica de la madre, siempre que ésta se encuentre vigente para el momento del nacimiento. Para que los hijos puedan continuar con la cobertura, el **TOMADOR** deberá solicitar su inclusión en la póliza en el referido lapso y pagar la parte proporcional de la prima correspondiente al período que falte por transcurrir, conforme con lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza; caso en el cual, el **ASEGURADOR** no aplicará los plazos de espera y exclusiones temporales previstos en esta Póliza.

19. Están cubiertos los gastos de intervención quirúrgica por obesidad mórbida, basada en un índice de masa corporal superior a 40 Kg/m<sup>2</sup> previo cumplimiento del siguiente protocolo: dos (2) evaluaciones de un Nutricionista, con una diferencia de al menos treinta (30) días continuos entre cada evaluación; una (1) evaluación de un Endocrinólogo; una (1) evaluación de un Neumólogo; una (1) evaluación de un Psicólogo; una (1) evaluación de un Psiquiatra y una (1) evaluación de un Médico Internista, que incluya un informe de chequeo cardiovascular.

Queda entendido que el protocolo debe tener una vigencia no mayor de noventa (90) días antes de la solicitud de la intervención quirúrgica.

Así mismo, corresponde al **ASEGURADO** cumplir con el referido protocolo y los gastos que generen estarán amparados por esta Póliza, siempre que exista un diagnóstico positivo de la enfermedad.

20. Están cubiertos los gastos para tratamientos de las enfermedades originadas como consecuencia directa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

**CLÁUSULA 3. COBERTURA INMEDIATA:** Tendrán cobertura inmediata los accidentes amparados por la póliza y las siguientes enfermedades infecciosas agudas: fiebre reumática, apendicitis, bronquitis, gastroenteritis, abscesos (intrabdominales, intratorácicos e intracraneales), adenoiditis, vértigos o laberintitis, faringo-amigdalitis (sola o combinada), otitis, trastornos de la laringe, infección respiratoria baja, dengue hemorrágico, malaria, meningo-encefalitis, neumonía, y pielonefritis, así como los gastos ocasionados por las siguientes enfermedades virales: parotiditis, rubeola, sarampión y varicela.

**CLÁUSULA 4. PLAZOS DE ESPERA:** Los **ASEGURADOS** inscritos en el seguro tienen derecho a gozar de las coberturas y beneficios establecidos en ésta Póliza, una vez transcurridos los Plazos de Espera que se especifican a continuación, los cuales serán contados a partir de la fecha de comienzo de la Póliza o la inclusión del **ASEGURADO**, según sea el caso:

1. Once (11) meses para las siguientes enfermedades: adenoiditis no infecciosa, cefaleas vasculares (migraña), vértigo o laberintitis, faringo-amigdalitis (sola o combinada) no infecciosa, hemorroides, hidrocele, incontinenia urinaria, otitis no infecciosa, trastornos de la laringe, trastornos de piel y anexos (no infecciosos), tumores de piel y del tejido celular subcutáneo y virus de papiloma humano salvo por lo dispuesto en la Cláusula 3. Cobertura Inmediata, de estas Condiciones Particulares.
2. Diez (10) meses para intervención quirúrgica por obesidad mórbida y para las enfermedades del aparato reproductor femenino que requiere intervención quirúrgica.
3. Tres (3) meses para cualquier otra alteración a la salud del **ASEGURADO**, siempre que no esté excluida temporal o permanentemente en esta Póliza.

Si el **TOMADOR** o el **ASEGURADO** solicitare un incremento en la suma asegurada o cambio de plan, para las cantidades en exceso comenzarán a considerarse nuevamente los plazos de espera, contados a partir de la fecha en que se produjo el incremento o cambio de plan, por tanto de ocurrir un siniestro antes del vencimiento de los plazos de espera aplicables a la nueva suma asegurada o plan, el **ASEGURADOR** indemnizará sobre la base de la suma asegurada o plan contratado antes de la modificación, siempre que los plazos de espera anteriores hubieren vencido.

**CLÁUSULA 5. EXCLUSIONES TEMPORALES:** Los **ASEGURADOS** inscritos en el seguro están amparados por los siguientes casos o alteraciones a la salud, una vez transcurridos dieciocho (18) meses, contados a partir de la fecha de comienzo de la Póliza o la inclusión del **ASEGURADO** en la misma, según corresponda: pruebas alérgicas y tratamientos desensibilizantes para las alergias, tumores benignos de mamas, gigantomastia juvenil que provoque evidente trastornos a nivel de la columna cervical y dorsal, aneurisma, arritmia cardíaca, arterosclerosis, discopatía degenerativa, artropatía, bronquiectasias, calacio (Chalazión), cáncer, cardiopatía isquémica, cataratas, enfermedad cerebro vascular, trastornos causados por colesterol y triglicéridos, hipertensión arterial, diabetes y sus complicaciones, enfermedad biliar y sus complicaciones, enfermedad broncopulmonar obstructiva crónica, síndrome de hiperreactividad bronquial, enfermedad d'quervain, enfermedades desmielinizantes, enfermedades difusas del tejido conjuntivo, enfermedad diverticular y sus complicaciones, enfermedades endocrinas, enfisema pulmonar, estenosis de canal medular, estrabismo, eventración, fimosis o parafimosis, enfermedades de próstata, enfermedades del testículo, fístulas, esofagogastroudodenopatías, glaucoma, hallux valgus, hepatopatías, hernias, hipertrofia de cornetes, malformaciones arterio-venosas, neumopatías profesionales, osteoartrosis, osteoporosis, otoesclerosis, tumores y ptosis del párpado, pólipos, pterigión, quiste de cápsula articular, valvulopatías, enfermedades renales, retinopatía, rinosinusopatías, septoplastia funcional, síndrome de compresión radicular, síndrome de los recesos laterales, síndrome de vías urinarias y sus complicaciones, síndrome del túnel del carpo, síndrome neurológico de alteración de la vía piramidal o extrapiramidal, enfermedades de tiroides, defectos de refracción (la cobertura se limita al tratamiento quirúrgico de la miopía e hipermetropía superior a 3 dioptrías), trastornos hematológicos primarios, tromboembolismo pulmonar, tumoraciones diferentes a las indicadas en el numeral 1 de la Cláusula 4. Plazos de Espera de estas Condiciones Particulares, várices, varicocele, enfermedades

del intestino delgado, grueso, recto y ano, no mencionadas en el numeral 1 de la Cláusula 4. Plazos de Espera, de estas Condiciones Particulares.

Si el **TOMADOR** o el **ASEGURADO** solicitare un incremento en la suma asegurada o cambio de plan, para las cantidades en exceso comenzará a considerarse nuevamente el lapso de dieciocho (18) meses, contados a partir de la fecha en que se produjo el incremento o cambio de plan, por tanto de ocurrir un siniestro antes del vencimiento de este plazo, el **ASEGURADOR** indemnizará sobre la base de la suma asegurada o plan contratado antes de la modificación, siempre que el plazo de dieciocho (18) meses previamente aplicable hubiere vencido.

**CLÁUSULA 6. EXCLUSIONES:** El **ASEGURADOR** no cubre los gastos relacionados con:

1. Lesiones ocasionadas como consecuencia o 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, 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 sustitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.
2. Lesiones o enfermedades producidas por radiación nuclear, fisión, fusión, radiaciones ionizantes o contaminación radiactiva, salvo que se originen por una causa extraña no imputable al **ASEGURADO**.
3. Lesiones o enfermedades causadas por 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.
4. Lesiones ocasionadas como consecuencia de la participación activa del **ASEGURADO** en actos delictivos, motín, conmoción civil, disturbios populares, saqueos, disturbios laborales o conflictos de trabajo.
5. El suicidio o sus tentativas, así como las lesiones que el **ASEGURADO** se cause intencionalmente.
6. Lesiones ocasionadas como consecuencia de la participación activa del **ASEGURADO** en duelos o riñas, a menos que se compruebe que no han sido provocados por el **ASEGURADO** o que éste actuó en legítima defensa.
7. Lesiones ocasionadas como consecuencia de la práctica del **ASEGURADO** de los siguientes deportes o actividades de alto riesgo: caza, automovilismo, motociclismo, motocross, karting, scooters, competencia de ciclismo, benji, buceo, submarinismo, esquí acuático, esquí en nieve, rafting, descensos de rápidos, surf, windsurf, remo, pesca en alta mar, pesca submarina, motonáutica, navegación en aguas internacionales en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, fútbol americano, rugby, saltos ornamentales, paracaidismo, vuelo en ícaro, vuelo a vela, vuelo en globo, vuelo en parapente, vuelo en planeador, vuelo en ultraligero, velerismo, vuelo delta, coleo, competencia de equitación, polo, hipismo, rodeo, boxeo, lucha, artes marciales, jiu jitsu, viet vo dao, full contact, competencia de levantamiento de pesas, tiro, espeleología, alpinismo y escalada, salvo que el **ASEGURADOR** convenga con el **TOMADOR** la cobertura de estos gastos.
8. Enfermedades decretadas como epidémicas por el organismo público competente, en lo que se refiere a los gastos que se hayan ocasionado luego de haber sido declaradas como tales.

9. Tratamientos contra la dependencia del alcohol, de drogas estupefacientes y psicotrópicas y sus complicaciones, agudas o crónicas, el etilismo; así como los accidentes ocurridos bajo la influencia del alcohol o de drogas no prescritas médicamente y las consecuencias y/o enfermedades originadas por el consumo de alcohol o el uso de drogas no prescritas médicamente.
10. Trasplantes de órganos o tejidos.
11. Enfermedades que hayan sido ocasionadas por un trasplante de órgano o tejido.
12. Tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas sobre órganos sanos con fines profilácticos.
13. Curas de reposo, tratamientos de enfermedades psiquiátricas y mentales, exámenes y terapias efectuadas por médicos psiquiatras, trastornos funcionales de la conducta, neurosis, depresión, psicosis, esquizofrenia, deficiencias mentales, epilepsia, cuadros convulsivos repetitivos sin causa estructural, demencia senil, demencia presenil, trastornos bipolares, Alzheimer y los trastornos del sueño.
14. Chequeos médicos generales o exámenes con fines de diagnóstico o control con o sin hospitalización, cuando no haya enfermedad o no guarden relación con la enfermedad que originó la atención médica. Estados gripales, salvo lo señalado en la Cláusula 3 Cobertura Inmediata de estas Condiciones Particulares, y aplicación de vacunas. Acupuntura, Medicina Naturista, Homeopática o cualquier otro tratamiento no aceptado por la Federación Médica Venezolana.
15. Tratamiento experimental o investigativo.
16. Enfermedades de transmisión sexual, sus consecuencias y complicaciones, salvo lo establecido en el numeral 1 de la Cláusula 4. Plazos de Espera, de estas Condiciones Particulares.
17. El traslado del **ASEGURADO** desde y hasta la institución hospitalaria. No obstante, queda a salvo lo establecido en el numeral 16 de la Cláusula 2. Gastos Cubiertos, de estas Condiciones Particulares.
18. Consultas o exámenes de la vista, corrección de vicios o defectos de refracción visual (miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia) por tratamientos quirúrgicos o no quirúrgicos (anteojos y/o lentes de contacto), lentes intraoculares o infraoculares que no correspondan a patologías comprobadas de catarata. No obstante, queda a salvo lo establecido en la Cláusula 5. Exclusiones Temporales, de estas Condiciones Particulares.
19. Tratamiento quirúrgico de patología no tumoral de las glándulas mamarias. Mastoplastia con fines estéticos, funcionales o anatómicos y gigantomastia, salvo lo establecido en la Cláusula 5. Exclusiones Temporales de estas Condiciones Particulares. Cúmulo de grasa pectoral o lipomastía en hombres.
20. Tratamientos y controles de la menopausia y la andropausia.
21. Chequeos y controles ginecológicos.
22. Tratamientos médicos o intervención quirúrgica cosmética, plástica o estética. No obstante, queda a salvo lo establecido en el numeral 15 de la Cláusula 2. Gastos Cubiertos, de estas Condiciones Particulares.
23. Enfermedades y tratamientos odontológicos y periodontológicos, intervención quirúrgica de distonías miofaciales por mal posición dentaria y/o anomalías de crecimiento de maxilares, tratamientos de cualquier índole de la articulación temporomaxilar. No obstante, queda a salvo lo dispuesto en el numeral 10 de la Cláusula 2.- Gastos Cubiertos, de estas Condiciones Particulares.

24. Embarazo, parto, cesárea, aborto y legrado uterino por aborto, sus consecuencias y complicaciones. Consultas y exámenes pre y post natal.
25. Tratamientos médicos o intervención quirúrgica por disfunciones o insuficiencias sexuales, infertilidad, inseminación artificial, fertilización in vitro, impotencia, Peyronie, frigidez, esterilización, inversión de la esterilización, cambio de sexo y las complicaciones que se deriven de ellos, así como tratamientos anticonceptivos y sus consecuencias.
26. Tratamientos para la obesidad o reducción de peso. No obstante, queda a salvo lo establecido en el numeral 19 de la Cláusula 2. Gastos Cubiertos, de estas Condiciones Particulares.
27. Estudios, tratamientos y hospitalizaciones por alteraciones hormonales con repercusión en el crecimiento y/o desarrollo.
28. Tratamientos para el Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). No obstante, queda a salvo lo establecido en el numeral 20 de la Cláusula 2. Gastos Cubiertos, de estas Condiciones Particulares.
29. 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.
30. Tratamientos para terapia ocupacional, educacional o de lenguaje. Tratamientos fisioterapéuticos. No obstante, queda a salvo lo establecido en el numeral 14 de la Cláusula 2.- Gastos Cubiertos, de estas Condiciones Particulares.
31. Impuestos, gastos de cobranza, limpieza, microfilm, historias clínicas, estacionamiento, misceláneos y otros costos no definidos ni relacionados con el tratamiento de la afección declarada.
32. Tratamiento médico, intervención quirúrgica, servicios hospitalarios, procedimiento médico, medicamentos, suministros, equipos e instrumentos especiales, cuyas facturas no cumplan con las exigencias del Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (SENIAT).
33. Medicamentos sin prescripción facultativa, ni medicamentos con prescripción facultativa no relacionadas con la enfermedad o lesión tratada.
34. La adquisición de los siguientes equipos médicos utilizados para controles de salud y/o prevención: tensiómetro, glucómetro, cepillos dentales, humidificador e irrigador dental, colchón de aire anti escaras y equipos de resucitación.

**CLÁUSULA 7. OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD:** El **ASEGURADOR** no estará obligado al pago de la indemnización si el **TOMADOR**, el **ASEGURADO** o el **BENEFICIARIO** no notificaren el siniestro o no entregare los documentos solicitados por el **ASEGURADOR** dentro de los plazos establecidos en la Cláusula 8. Procedimientos en caso de activación de la cobertura, de estas Condiciones Particulares, salvo por causa extraña no imputable al **TOMADOR**, al **ASEGURADO** o al **BENEFICIARIO**.

**CLÁUSULA 8. PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE LA COBERTURA:** Si cualquier **ASEGURADO** requiere la prestación de servicios garantizados por esta Póliza, se tomará en cuenta lo siguiente:

1. El **TOMADOR**, el **ASEGURADO** o el **BENEFICIARIO** podrá solicitar el reembolso de los gastos incurridos. El **ASEGURADOR** pagará la indemnización al **ASEGURADO** Titular con base en los documentos originales de: las certificaciones médicas, informaciones del proveedor del servicio, facturas, récipes con indicación médica concernientes a los productos y/o servicios expresamente



cubiertos por esta Póliza y dispensados al **ASEGURADO**, que cumplan con las exigencias legales. Si otra empresa de la actividad aseguradora hubiere pagado parte de los gastos incurridos por el **ASEGURADO**, deben entregarse al **ASEGURADOR** el finiquito y las facturas originales indemnizadas, con el sello correspondiente.

El **TOMADOR**, el **ASEGURADO** o el **BENEFICIARIO** deberán notificar el siniestro dentro del plazo máximo de diez (10) días hábiles siguientes de haber recibido los productos y/o servicios o a su egreso de la institución hospitalaria, según sea el caso, utilizando los formularios usuales del **ASEGURADOR**, y consignar los recaudos antes señalados, dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes de haber efectuado la notificación. Asimismo, el **TOMADOR**, el **ASEGURADO** o el **BENEFICIARIO** se comprometen a suministrar al **ASEGURADOR**, en especial en los casos de tratamiento continuado o prolongado, mensualmente, en original, las facturas y comprobantes de pago por los productos y/o servicios recibidos y amparados por esta Póliza.

Cuando el **ASEGURADO** reciba los servicios fuera de la República Bolivariana de Venezuela, las facturas deberán ser traducidas al idioma castellano, si fuere el caso, y estar selladas por el respectivo Consulado o Embajada de la República Bolivariana de Venezuela. La indemnización se efectuará al costo razonable que tengan los servicios en la República Bolivariana de Venezuela, en moneda nacional a la tasa de cambio oficial de venta vigente, establecida por el Banco Central de Venezuela, para la fecha en que el **ASEGURADOR** efectuó el pago, siempre que la reclamación resulte válida según las condiciones de esta Póliza.

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

En caso de que el **ASEGURADO** Titular quede incapacitado o hubiere fallecido antes de recibir el pago de la indemnización, el reembolso corresponderá a sus beneficiarios, y en su defecto, a sus causahabientes.

2. El **TOMADOR**, el **ASEGURADO** o el **BENEFICIARIO** podrá solicitar carta aval al **ASEGURADOR**. En este supuesto, deberá suministrar el presupuesto detallado de los gastos médicos por los productos y los servicios a ser prestados por el proveedor, así como los resultados de los exámenes preoperatorios y el informe médico donde se señale el diagnóstico, el tratamiento médico y/o la intervención quirúrgica a efectuarse. El **TOMADOR**, el **ASEGURADO** o el **BENEFICIARIO** deberán remitir estos documentos, como mínimo, con siete (7) días hábiles de anticipación a la fecha en que deba realizarse el tratamiento médico y/o la intervención quirúrgica.

El **ASEGURADOR** podrá solicitar, a su costo, una segunda evaluación médica y/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 caso, se establece un plazo de cinco (5) días hábiles para que el **ASEGURADO** se someta a la segunda evaluación médica y/o para que sean consignados los nuevos recaudos solicitados por el **ASEGURADOR**, según sea el caso, contando a partir de la fecha de solicitud, salvo causa extraña no imputable a el **TOMADOR**, al **ASEGURADO** o al **BENEFICIARIO**. El **ASEGURADOR** está obligado a ofrecer un listado de por lo menos tres (3) médicos especialistas, con la finalidad de que el **ASEGURADO** escoja quien efectuara 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 si hubiere concluido la evaluación médica, si fuera el caso.

3. En los supuestos emergencia médica, a solicitud de la Institución Hospitalaria, el **ASEGURADOR** debe informar de forma inmediata, a través de cualquier mecanismo previsto para ello, que el **ASEGURADO** se encuentra amparado por esta Póliza.

4. El **ASEGURADOR** utilizará todos los mecanismos necesarios para procurar que el **ASEGURADO** reciba atención inmediata.

5. El **ASEGURADO** tiene el derecho a escoger libremente el proveedor que le prestará los servicios o suministros garantizados por esta Póliza. 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.

6. Cualquiera sea el caso, la indemnización estará sujeta a un análisis previo realizado por el **ASEGURADOR**, a fin de que éste pueda determinar que la lesión o enfermedad que originó la solicitud está cubierta por la Póliza.

7. El **ASEGURADO** autoriza al médico tratante y a la institución hospitalaria para dar información acerca de su estado físico, historia clínica y demás circunstancias que originaron la reclamación, relevándolos de guardar el secreto médico.

8. Si después de haberse hecho efectivo el pago, resultare que los gastos incurridos por el **ASEGURADO** y pagados por el **ASEGURADOR**, fueron originados o relacionados con algunas de las exclusiones o limitaciones de esta Póliza, el **ASEGURADOR** procederá a recuperar del **ASEGURADO** Titular o de la persona que haya recibido la indemnización, el monto que haya sido pagado indebidamente.

**CLÁUSULA 9. PERSONAS ASEGURABLES:** Son asegurables bajo la presente Póliza el **ASEGURADOTITULAR** y las siguientes personas, siendo que el género masculino incluirá también al femenino, los cuales deben estar identificados en el Cuadro Póliza Recibo:

- 1.- El cónyuge del **ASEGURADOTITULAR** o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.
- 2.- Los hijos menores de veinticinco (25) años de edad del **ASEGURADO TITULAR** o de su cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho.
- 3.- Los padres del **ASEGURADOTITULAR**, o de su cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho.
- 4.- Familiares del **ASEGURADOTITULAR**, dependientes económicamente de éste.
- 5.- Los trabajadores que presten servicios en el hogar del **ASEGURADO TITULAR** o que estén a su servicio personal o el de su familia.

Los **ASEGURADOS** con ochenta (80) o más años de edad que hayan permanecido amparados de manera ininterrumpida por al menos veinticinco (25) años, seguirán **ASEGURADOS** bajo la cobertura de la presente Póliza, en las mismas condiciones y sin pago de prima.

**CLÁUSULA 10. TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA CADA ASEGURADO:** El seguro bajo esta Póliza terminará cuando se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Cuando el Cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho con el **ASEGURADOTITULAR** termine su relación con él.
2. Si el hijo del **ASEGURADOTITULAR** o de su Cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho cumpla la edad de veinticinco (25) años, contraiga matrimonio o mantenga unión estable de hecho.
3. Cuando algunas de las personas mencionadas en el numeral 4 de la Cláusula anterior deje de depender económicamente del **ASEGURADOTITULAR**.
4. Cuando el trabajador deje de prestar servicio para el **ASEGURADOTITULAR**.
5. Por aviso escrito del **TOMADOR** o el **ASEGURADOTITULAR**, comunicando al **ASEGURADOR** la decisión de no renovar la Póliza o el seguro de algún **ASEGURADO**.

En los supuestos antes señalados la terminación procederá al finalizar la vigencia del contrato.

En caso de fallecimiento del **ASEGURADOTITULAR**, para que sea procedente la renovación del contrato, cualquier **ASEGURADO**, Familiar del **ASEGURADOTITULAR**, fallecido y mayor de edad, podrá figurar como **ASEGURADOTITULAR**, con la condición que la designación sea notificada al **ASEGURADOR** a más tardar dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha de terminación de la vigencia en curso. El **ASEGURADOR** está obligado a aceptar la designación de nuevo **ASEGURADOTITULAR**.

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

Si un **ASEGURADO**, conforme con lo indicado en los numerales anteriores, quedare excluido de la Póliza, podrá solicitarse al **ASEGURADOR**, a más tardar dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha en que sea efectiva la terminación del contrato, la emisión de una póliza de seguro de salud, sujeto al pago de la prima correspondiente, y el **ASEGURADO** no perderá los derechos de antigüedad adquiridos con la póliza anterior, en lo que se refiere a la misma suma asegurada o plan vigentes para el momento de la terminación del Seguro. Si el **ASEGURADO** estuvo amparado ininterrumpidamente por tres (3) años a la fecha de terminación del Seguro, el **ASEGURADOR** queda obligado a emitir la Póliza de seguro solicitada.

**CLÁUSULA 11. ÁMBITO DE LA COBERTURA:** La cobertura de esta Póliza se extiende a cualquier parte del mundo.

En \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_

Por el **ASEGURADOR**

Por el **TOMADOR**

Aprobado con carácter general y uniforme por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N° FSA 003856, de fecha 18 de noviembre de 2013, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.316, de fecha 16/12/2013.

**ANEXO**  
**ANEXO DE COBERTURA DE MATERNIDAD**  
**VIGENCIA \_\_/\_\_/\_\_**

Para ser adherido y formar parte integrante de la Póliza de Seguro de Salud Colectiva, contratada por el **TOMADOR**.

El **ASEGURADOR** cubre el cien por ciento (100%) de los gastos amparados por tratamiento médico y/o intervención quirúrgica, sujeto al costo razonable y que sean médicamente necesarios, conforme con los términos y condiciones que se señalan en este anexo. A su vez, el **TOMADOR** se obliga a pagar la prima adicional correspondiente de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Generales de esta Póliza.

**CLÁUSULA 1.- GASTOS AMPARADOS:** El **ASEGURADOR** cubre los gastos ocasionados durante la vigencia de este anexo, hasta la suma asegurada contratada para esta cobertura, por concepto de: parto normal, parto con fórceps, parto prematuro, cesárea, aborto espontáneo, aborto terapéutico y legrado uterino por aborto. La cobertura se extiende a los gastos por equipos e instrumentos especiales requeridos para el parto, cesárea, aborto espontáneo, aborto terapéutico o legrado uterino por aborto y a los originados por el niño sano al nacer, como son: retén, honorarios del pediatra e incubadora. Asimismo, están cubiertos los gastos por consultas pre y post natal, hasta un máximo de nueve (9) consultas, incluyendo los exámenes de laboratorios que pudieran requerirse en las referidas consultas, un (1) eco tridimensional, un (1) examen de amniocentesis, un máximo de cuatro (4) ecosonogramas y una (1) pelvimetría. En caso de nacimientos múltiples, la suma asegurada contratada para esta cobertura se incrementará en un cincuenta por ciento (50%).

Están amparados, en los términos y condiciones establecidos para la cobertura básica de esta Póliza, los gastos ocasionados por concepto de las complicaciones del embarazo, del parto normal, del parto con fórceps, del parto prematuro, de la cesárea, del aborto espontáneo, del aborto terapéutico y del legrado uterino por aborto, en exceso del deducible, si lo hubiere, y hasta la suma asegurada de la cobertura básica de la Póliza a la que pertenece este Anexo.

**CLÁUSULA 2. PERSONAS ASEGURABLES:** Es asegurable toda persona del sexo femenino amparada por la cobertura básica de esta Póliza que no exceda de cincuenta (50) años de edad.

**CLÁUSULA 3. PLAZOS DE ESPERA:** Las **ASEGURADAS** inscritas en este seguro tienen derecho a gozar de las coberturas y beneficios establecidos en este Anexo, siempre que el estado de gravidez comience durante la vigencia del mismo y una vez transcurridos los Plazos de Espera que se especifican a continuación, los cuales serán contados a partir de la fecha de comienzo del Anexo, su rehabilitación o la inclusión de la **ASEGURADA** en el mismo, según sea el caso.

1. Diez (10) meses para parto normal, parto con fórceps o cesárea y sus complicaciones.
2. Siete (7) meses para parto prematuro y sus complicaciones.
3. Cuatro (4) meses para las complicaciones del embarazo, así como para el aborto espontáneo, aborto terapéutico o legrado uterino por aborto y sus complicaciones.

**CLÁUSULA 4. EXCLUSIONES.**

No se efectuarán indemnizaciones bajo esta cobertura por concepto de:

- a. Abortos provocados sin fines terapéuticos.
- b. Gastos médicos o de investigación de cualquier índole relacionados con la clonación de células humanas o madres.
- c. Estudios genéticos de verificación de paternidad.
- d. Gestación desarrollada en otro útero diferente al de la **ASEGURADA**.
- e. Estudios de fertilidad humana o de reproducción asistida.

**CLÁUSULA 5. CONDICIONES APLICABLES:** El presente anexo, salvo lo dispuesto especialmente en su propio texto, se rige en todos sus efectos por las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza a la cual se adhiere y si surgieren contradicciones entre los textos prevalecerán las condiciones de este anexo. En caso de duplicidad de cobertura, los gastos amparados por la cobertura básica no serán objeto de cobertura por este anexo.

En \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_

**Por el ASEGURADOR**

**Por el TOMADOR**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aprobado con carácter general y uniforme por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N° FSAA 003856, de fecha 18 de noviembre de 2013, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.316, de fecha 16/12/2013.