



PÓLIZA DE SEGURO SALUD INDIVIDUAL CARONÍ

Seguros Caroní, C. A., en adelante denominada EL ASEGURADOR, Registro de Información Fiscal (R. I. F.) J-30081400-9, debidamente inscrita en el Registro Mercantil de la Circunscripción Judicial del Estado Bolívar, en fecha 09 de marzo de 1993, bajo el N° 38, Tomo: C N.98, cuya última modificación se encuentra inscrita ante el mismo registro en fecha 27 de diciembre de 2007, bajo el N° 27, Tomo: 74-A-Pro, con ubicación de su Sede Principal en la Avenida Guayana, Centro Comercial Cristal, Mezzaninas 1 y 2, Ciudad Guayana, Estado Bolívar, representada en este Contrato por: GEORGE KABCHE DZONBAUM, titular de la Cédula de Identidad N° V-4.034.894 en su condición de: VICEPRESIDENTE GENERAL, emite la presente Póliza, de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares que se indican a continuación, con los Anexos que formen parte de la Póliza y con los datos referentes a EL TOMADOR, EL ASEGURADO, Vigencia del Contrato, hora de inicio y vencimiento del Contrato, Sumas Aseguradas, Prima, Forma de Pago de la Prima, Coberturas Contratadas e Intermediario de Seguros que aparecen indicados en el Cuadro Recibo de la Póliza, el cual EL ASEGURADOR se compromete a entregar a EL TOMADOR conjuntamente con la presente Póliza.

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA N° 1: OBJETO DEL SEGURO

En virtud de este Contrato de Seguro, EL ASEGURADOR se compromete a indemnizar los gastos razonables cubiertos incurridos por EL ASEGURADO TITULAR, sus familiares u otras personas inscritas que figuran en el Cuadro Recibo de la Póliza, por concepto de Atención Médica, Hospitalización y Cirugía, siempre y cuando tales gastos se originen como consecuencia directa de una enfermedad o accidente, ocurrido durante la vigencia de la Póliza, de acuerdo con los límites y condiciones descritas en la presente Póliza.

CLÁUSULA N° 2: DEFINICIONES

A los efectos de este Contrato de Seguro, se entiende por:

El Asegurador: Seguros Caroní, C.A., empresa que se obliga en virtud de esta Póliza.

El Tomador: Persona Natural o Jurídica que obrando por cuenta propia o ajena celebra esta Póliza de Seguro con EL ASEGURADOR, al trasladarle los riesgos, quien se obliga al pago de la prima correspondiente.

El 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 ASEGURADOS FAMILIARES incluidos en la presente Póliza, debidamente identificados en el Cuadro Recibo de la Póliza.

El Asegurado Titular: EL ASEGURADO representante de las personas inscritas y quien tiene el derecho a recibir el pago de las indemnizaciones a que hubieren lugar por esta Póliza, y quien podrá ser El Tomador de la misma.

Asegurados Familiares: Personas naturales dependientes de EL ASEGURADO TITULAR. Inscritos en



esta Póliza a solicitud de éste, que cumplan los requisitos de asegurabilidad indicados en la Cláusula 2, Personas Asegurables, de las Condiciones Particulares de la Póliza. Podrán ser ASEGURADOS FAMILIARES las siguientes personas:

- a) El cónyuge de EL ASEGURADO TITULAR o la persona con la cual haga vida marital.
- b) Los hijos de EL ASEGURADO TITULAR.
- c) Los padres de EL ASEGURADO TITULAR o de su cónyuge o de la persona con la cual haga vida marital.
- d) Previa aceptación de EL ASEGURADOR, cualquier otra persona que conviva y dependa económicamente de EL ASEGURADO TITULAR.

Beneficiario: Persona natural o jurídica a favor de quien se ha establecido la indemnización que deba pagar EL ASEGURADOR.

Cuadro Recibo De La Póliza: Documento que forma parte integrante del presente Contrato de Seguro, emitido por EL ASEGURADOR donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: Número de la Póliza, identificación completa de EL ASEGURADOR y su domicilio principal, identificación completa de EL TOMADOR, de EL ASEGURADO TITULAR y de los ASEGURADOS FAMILIARES, dirección de cobro, nombre del intermediario de seguros, dirección de EL ASEGURADO, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma y lugar de pago, período de vigencia, porcentaje de indemnización, deducible y firmas de EL ASEGURADOR y de EL TOMADOR.

Prima: Es la única contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar EL TOMADOR a EL ASEGURADOR en virtud de la celebración del contrato. Salvo pacto en contrario la prima es pagadera en dinero. EL TOMADOR está obligado al pago de la prima en las condiciones establecidas en la presente Póliza.

CLÁUSULA N° 3: BASES LEGALES

EL Condicionado de la Póliza, conformado por las Condiciones Generales y Particulares del presente contrato de seguro, las cláusulas adicionales, los anexos, la solicitud de seguro junto con las informaciones suministradas por EL TOMADOR y/o EL ASEGURADO TITULAR quien(es) garantiza(n) su veracidad; el Cuadro Recibo de la Póliza y cualesquiera otros documentos suministrados por EL TOMADOR y/o ASEGURADO TITULAR por requerimiento de EL ASEGURADOR para la aceptación del o los riesgos cubiertos, constituyen la base legal de este contrato.

CLÁUSULA N° 4: VIGENCIA DEL CONTRATO

EL ASEGURADOR asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha y hora de perfeccionamiento del presente Contrato de Seguro, lo cual se producirá una vez que EL TOMADOR notifique su consentimiento a la proposición formulada por EL ASEGURADOR, o cuando éste participe a EL TOMADOR su aceptación a la Solicitud por éste efectuada.

En todo caso, la Vigencia del Contrato para cada período de cobertura de la presente Póliza será de un (1) año y se hará constar en el Cuadro Recibo de la Póliza, con indicación de la fecha en que se extienda, la hora y día de su iniciación y vencimiento.

CLÁUSULA N° 5: RENOVACIONES

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 prorroga de la anterior. La prorroga 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 treinta (30) días continuos de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso. Tal comunicación deberá cumplir con lo establecido en la Cláusula 12-Avisos y Comunicaciones, de estas Condiciones Generales.

CLÁUSULA N° 6: PERÍODO DE GRACIA

EL ASEGURADOR concederá a EL TOMADOR, para el pago de la segunda y subsiguientes primas, sin recargo alguno, un período de gracia 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, EL ASEGURADOR tendrá la obligación de pagar la indemnización correspondiente, previa deducción de la prima pendiente de pago.

En caso de siniestro amparado por la presente Póliza ocurrido dentro del Período de Gracia y sin haberse cancelado la prima correspondiente al período a renovar, EL ASEGURADOR indemnizará el siniestro, descontando del monto a pagar la prima completa por el mismo período de la Cobertura anterior. Si el monto del siniestro no fuere suficiente para cobrar la prima de renovación, EL ASEGURADOR descontará el monto total del siniestro y EL TOMADOR está obligado a pagar, antes de finalizar el Período de Gracia, la diferencia para alcanzar la prima de renovación. No obstante, si EL TOMADOR se negase o no pudiese pagar la diferencia de prima antes de finalizar el Período de Gracia, el contrato se considerará prorrogado 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.

EL ASEGURADOR podrá aceptar el pago de la Prima finalizado el Período de Gracia activándose, en este caso, los Plazos de Espera especificados en la Cláusula 7 de las Condiciones Particulares de esta Póliza.

CLÁUSULA N° 7: PAGO DE PRIMAS

EL TOMADOR debe la Prima convenida desde el momento de la celebración del presente Contrato, pero aquella no será exigible sino contra la entrega, por parte de EL ASEGURADOR, de la Póliza, del Cuadro Recibo de la Póliza 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 a EL TOMADOR, EL ASEGURADOR tendrá derecho a resolver el presente Contrato o a exigir el pago de la prima debida con fundamento en la Póliza.

El pago de cualquier prima se presume realizado si EL ASEGURADOR hace entrega a EL TOMADOR de cualquiera de los siguientes documentos: la Póliza, una Nota de Cobertura Provisional o un Cuadro Recibo de la Póliza impreso, siempre que el documento entregado esté debidamente firmado por un representante autorizado de EL ASEGURADOR. El pago de la prima anual solamente conserva en vigor la Póliza por el tiempo al cual corresponde dicho pago, según se haga constar en el Cuadro Recibo de la Póliza.

La falta de pago de una prima o la imposibilidad de cobro de uno o más cheques emitidos para el pago de una prima, por causas imputables a dichos cheques, dejará nula y sin efecto esta Póliza a partir de la fecha de exigibilidad de dicha prima.

El pago de la prima se efectuará en el domicilio principal de EL ASEGURADOR o en cualquiera de sus sucursales, según sea el caso.



EL ASEGURADOR no se compromete a efectuar cobros a domicilio ni a dar avisos de cobro, pero si en alguno de los casos lo hiciere, esto no constituirá precedente de obligación y podrá suspender el servicio de cobro en cualquier momento sin aviso previo.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte de EL ASEGURADOR por dicho exceso, sino única y exclusivamente al reintegro de dichas primas, sin pago de intereses, aun cuando las mismas hubiesen sido aceptadas formalmente por EL ASEGURADOR.

La prima que ha de pagar EL TOMADOR al comienzo de cada Año Póliza se determinará sobre la base de la tarifa de primas vigentes de EL ASEGURADOR.

CLÁUSULA N° 8: DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD DE SEGURO

Tanto EL TOMADOR como EL ASEGURADO TITULAR de la presente Póliza tienen el deber, antes de la celebración del presente contrato, de declarar con exactitud a EL ASEGURADOR, de acuerdo con el cuestionario que éste le proporcione o los requerimientos que le indique, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

EL ASEGURADOR deberá participar en un lapso de cinco (5) días hábiles que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado que puede influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver el presente Contrato mediante comunicación dirigida a EL TOMADOR, en el plazo de treinta (30) días continuos contados 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 décimo sexto (16°) día siguiente a su notificación, siempre y cuando la devolución de la prima correspondiente se encuentre a disposición de EL TOMADOR en la Caja de EL ASEGURADOR. Corresponderán a EL ASEGURADOR las primas relativas al período en curso en el momento en que 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 un Siniestro sobreviniere 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 haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

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

CLÁUSULA N° 9: CAMBIOS Y MODIFICACIONES

Todo cambio o modificación a los términos de contratación de ésta Póliza deberán hacerse por escrito y sólo surtirán efecto una vez que EL ASEGURADOR haya emitido el o los Anexos respectivos. Los Anexos de modificaciones prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales de la presente Póliza.

Los cambios o modificaciones sólo podrán ser solicitados por EL ASEGURADOR o, mediante comunicación escrita, por EL TOMADOR o EL ASEGURADO TITULAR.

Se reputan aceptadas las solicitudes escritas de prorrogar o modificar el presente contrato o de rehabilitar el contrato suspendido, 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 la prórroga, modificación o rehabilitación, conforme a las Condiciones de la presente Póliza, hagan necesario un reconocimiento



médico. El requerimiento de EL ASEGURADOR de que EL ASEGURADO se realice el examen médico, no implica aceptación.

La modificación de la Suma Asegurada requerirá aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por EL ASEGURADOR con la emisión del Cuadro Recibo de la Póliza, en el que se modifique la Suma Asegurada, y por parte de EL TOMADOR mediante comunicación escrita o por el pago de la diferencia de prima, si la hubiere.

Solamente los funcionarios autorizados por EL ASEGURADOR tendrán facultad para extender anexos a la presente Póliza. Para que éstos tengan validez y puedan considerarse parte integrante de la Póliza deben ser emitidos por EL ASEGURADOR, en formularios impresos debidamente sellados y firmados por unos de sus funcionarios autorizados y por EL TOMADOR o EL ASEGURADO TITULAR, quien debe haber recibido el Cuadro Recibo de la Póliza y pagado la prima correspondiente, si fuere el caso.

Toda modificación a las condiciones de la Póliza entrará en vigor una vez que EL TOMADOR notifique su consentimiento a la proposición formulada por EL ASEGURADOR o cuando éste participe su aceptación a la solicitud de modificación propuesta por EL TOMADOR.

Si la modificación requiere pago de prima adicional se aplicará lo dispuesto en la Cláusula 4-Vigencia del Contrato, y Cláusula 7-Pago de Primas, de estas Condiciones Generales.

CLÁUSULA N° 10: EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

El ASEGURADOR quedará relevado de la obligación de indemnizar en los casos siguientes:

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.
2. Si EL TOMADOR o EL ASEGURADO actúa con dolo o si el siniestro ha sido ocasionado por dolo de EL TOMADOR o de EL ASEGURADO o de EL BENEFICIARIO.
3. Falsedades y reticencias de mala fe por parte de EL TOMADOR o de EL ASEGURADO en la solicitud de seguro, debidamente probadas, si son de tal naturaleza que EL ASEGURADOR de haberlo conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.
4. Si EL TOMADOR o EL ASEGURADO actúa con culpa grave o si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave de EL TOMADOR o de EL ASEGURADO o de EL 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.
5. 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 EL ASEGURADOR.
6. Si EL TOMADOR, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO no notificare el siniestro dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de haber conocido la ocurrencia del mismo, salvo que por causa extraña no imputable a EL TOMADOR, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO, no se hubiese notificado el siniestro dentro de dicho período.
7. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares.

CLÁUSULA N° 11: TERMINACIÓN DEL SEGURO.

La presente Póliza se podrá dar por terminada si EL TOMADOR conoce o no que a EL ASEGURADOR le fuere cancelada la autorización para operar en el ramo de Hospitalización, Cirugía y Maternidad.



En este caso, EL TOMADOR o EL ASEGURADO TITULAR podrá dar por terminada la Póliza, con efecto a partir del día hábil siguiente al de la recepción por parte de EL ASEGURADOR, o de cualquier fecha posterior que señale en la misma. En este caso, dentro de los quince (15) días continuos siguientes, EL ASEGURADOR deberá poner a disposición de EL TOMADOR la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al Intermediario de seguros, correspondiente al período que falte por transcurrir.

La terminación de la Póliza se efectuará sin perjuicio del derecho de EL ASEGURADO a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación, en cuyo caso no procederá la devolución de prima cuando la indemnización sea por la totalidad de la suma asegurada contratada.

CLÁUSULA N° 12: AVISOS Y COMUNICACIONES

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a esta Póliza deberá hacerse por escrito mediante carta certificada o telegrama con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal o sucursal de EL ASEGURADOR o a la dirección de EL TOMADOR que conste en la Póliza, según sea el caso. Las comunicaciones entregadas al Productor de Seguros, intermediario en la presente Póliza, producirán el mismo efecto que si hubieren sido entregadas a la otra parte.

CLÁUSULA N° 13: OTROS SEGUROS

Si al momento de ocurrir un siniestro cubierto por esta Póliza se encontrare vigente cualquier otro seguro cubriendo el mismo interés asegurado, El Asegurado escogerá el orden en que presentará las reclamaciones y las Empresas de Seguros deberán indemnizar, según los límites de sus Pólizas, hasta el monto total de los gastos.

Queda expresamente entendido y convenido que esta Póliza no se extenderá a cubrir la insolvencia o incumplimiento de cualquier otro Asegurador.

CLÁUSULA N° 14: SUBROGACIÓN

EL ASEGURADOR quedará subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto indemnizado por él, en los derechos y acciones de EL ASEGURADO o de EL BENEFICIARIO contra los terceros responsables. EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO se obliga a realizar, a expensas de EL ASEGURADOR, los actos necesarios que él pueda razonablemente requerir para ejercer todos los derechos que le correspondan por esta subrogación, sean antes o después del pago de la indemnización. EL ASEGURADO es responsable de todo acto que perjudique este derecho de EL ASEGURADOR.

Salvo el caso de dolo, la subrogación aquí indicada no se efectuará si el daño que generó el siniestro indemnizado hubiese sido causado por algún descendiente de EL ASEGURADO, por su cónyuge, por la persona que mantenga unión estable de hecho con él, por algún pariente o por alguna persona que conviva permanente con EL ASEGURADO o por alguna de las personas por las que deba responder civilmente.

EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de recobrar de otras personas los gastos incurridos, so pena de perder todo derecho a indemnización bajo esta Póliza.

CLÁUSULA N° 15: 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 suplementariamente 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.

CLÁUSULA N° 16: CADUCIDAD DE ACCIONES

EL TOMADOR, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra EL ASEGURADOR o convenir con éste el arbitraje previsto en la Cláusula 15-Arbitraje, de esta Condiciones Generales, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación:

- a) En caso de siniestro rechazado, doce (12) meses contados a partir de la fecha de notificación del rechazo.
- b) En caso de inconformidad con el pago de la indemnización, doce (12) meses contados a partir de la fecha en que EL ASEGURADOR hubiere efectuado el pago.

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

Los plazos aquí estipulados correrán en forma separada uno del otro.

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

CLÁUSULA N° 17: PRESCRIPCION

Las acciones derivadas de este Contrato de Seguros prescriben a los tres (3) años contados a partir de la fecha de ocurrencia del siniestro que dio origen a la obligación.

CLÁUSULA N° 18: PAGO DE INDEMNIZACIONES

EL ASEGURADOR tendrá la obligación de indemnizar el monto del siniestro cubierto, de acuerdo a las condiciones, restricciones y límite máximo de cobertura establecido en la Póliza, dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que EL ASEGURADOR haya recibido el último recaudo por parte de EL ASEGURADO TITULAR, salvo por causa extraña no imputable a EL ASEGURADOR.

CLÁUSULA N° 19: RECHAZO DE SINIESTRO

EL ASEGURADOR deberá notificar por escrito a EL ASEGURADO TITULAR, a EL BENEFICIARIO o a sus causahabientes en caso de su fallecimiento, dentro del plazo señalado en la Cláusula 18, Pago de Indemnización, de estas Condiciones Generales, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo parcial o total de la indemnización exigida. Esta obligación existirá también cuando EL ASEGURADOR pague sólo parte de la indemnización reclamada por EL BENEFICIARIO.

CLÁUSULA N° 20: INDISPUTABILIDAD

Transcurridos tres (3) años ininterrumpidos desde la celebración del contrato, EL ASEGURADOR no podrá alegar como causal de rechazo de reclamos, la preexistencia, ni podrá anular o negarse a renovar siempre que EL TOMADOR o EL ASEGURADO TITULAR pague la prima. No obstante, desde el inicio del Contrato, las partes podrán establecer exclusión de cobertura de ciertas enfermedades, siempre que sea mediante un acuerdo firmado por ambos.



CLÁUSULA N° 21: DOMICILIO PROCESAL

A menos que exista disposición en contrario mediante Anexo a la Póliza, para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse del presente Contrato de Seguro, las partes eligen como domicilio procesal, único y excluyente de cualquier otro, la ciudad donde se celebró el Contrato de Seguros, a cuya jurisdicción declaran someterse las partes.

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA N° 1: DEFINICIONES

A los efectos de este Contrato de Seguro, se entiende por:

Enfermedad: Cualquier alteración de la salud de EL ASEGURADO que se manifieste durante la vigencia de la Póliza y que provoque anormalidad fisiológica u orgánica, de tal manera que no le permita realizar normalmente sus funciones naturales o el ejercicio habitual de sus actividades y ocupaciones.

Medicamento Necesario: Servicios o suministros ordenados y proporcionados por Centros Clínicos u Hospitalarios, Médicos Tratantes o proveedores autorizados que cumplan con los siguientes requisitos:

1. Que sean apropiados y esenciales para el diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad o Accidente tratado,
2. Que sean cónsonos con las normas médicas y farmacológicas aceptadas,
3. Que el servicio, tratamiento o suministro proporcionado sea el más conveniente al estado de salud de EL ASEGURADO, esté reconocido por la Federación Médica Venezolana y no sea de naturaleza experimental o investigativo, y
4. Que no exceda en alcance, duración o intensidad para proporcionar un tratamiento seguro, adecuado y apropiado.

Accidente: Toda acción violenta y fortuita causada por un agente externo, independientemente de la voluntad de EL ASEGURADO que le cause lesiones corporales internas o externas que requieran la atención médica inmediata.

Lesión: Daños a un tejido u órgano, causado por un agente ajeno a la voluntad de EL ASEGURADO.

Enfermedad Preexistente: Toda enfermedad que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha en que se haya celebrado el contrato de esta Póliza y que sea conocida por EL ASEGURADO, EL BENEFICIARIO o por EL TOMADOR, que una vez diagnosticada, la historia natural de la misma establece que su comienzo fue antes de la fecha de inicio del presente contrato. Tal preexistencia se presumirá sí los síntomas o signos de la enfermedad se manifestaron con anterioridad a la fecha en que se haya celebrado el contrato de esta Póliza, o sí fue emitido un diagnóstico médico previo a la fecha en que se haya celebrado el contrato de esta Póliza sobre tal enfermedad. Para aquellos ASEGURADOS incluidos en la Póliza en fecha posterior a la fecha de celebración del presente contrato o amparados mediante una rehabilitación del mismo, para los efectos de la presente definición, se tomará como fecha de celebración de contrato la fecha de inclusión o rehabilitación, según sea el caso.



Enfermedad Congénita: Son todas aquellas afecciones o alteraciones o desviaciones del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo humano que existan desde el nacimiento de EL ASEGURADO. No se consideraran como enfermedades congénitas las malformaciones y/o defectos físicos que existan desde el nacimiento.

Institución Hospitalaria: Instituto de salud, público o privado, legalmente establecido y debidamente autorizado para prestar servicios de salud para la prevención y curación de enfermedades mediante servicios de hospitalización, asistencia médica, quirúrgica u obstétrica. No se considera Institución Hospitalaria los centros geriátricos, centros para tratamientos de drogadictos o alcohólicos, e instituciones dedicadas al tratamiento de cualquier enfermedad infecto-contagiosa no amparada por la presente Póliza, o de desórdenes y enfermedades mentales.

Proveedores de Servicios: Personas o instituciones legalmente autorizadas para suministrar servicios relacionados con el tratamiento del paciente, sin formar parte del cuerpo facultativo, quedando entendido que son contratistas independientes y la prestación de sus servicios no genera responsabilidad por parte de EL ASEGURADOR; entre ellos se mencionan, pero no se limita a: hospitales, clínicas privadas, médicos, personal paramédico, laboratorios y farmacias.

Servicios Hospitalarios: Tratamientos y servicios médicamente necesarios ordenados por un médico a un ASEGURADO que haya sido admitido como paciente.

Servicio Ambulatorio: Tratamiento médico o intervención quirúrgica suministrado o realizada al ASEGURADO sin que éste se encuentre hospitalizado o internado en cualquier Institución Hospitalaria.

Emergencia Médica: Situación inesperada e imprevisibles que puedan surgir con ocasión de un accidente del cual deriven en forma directa daños, perjuicios, lesiones o desmejoras en el estado de salud interna o externa de EL ASEGURADO, que requieran atención médica o quirúrgica inmediata. Asimismo, se entenderá por tales emergencias, aquellas anomalías fisiológicas inesperadas de EL ASEGURADO que pongan en peligro su vida, y que requieran la inmediata atención médica o quirúrgica.

Emergencia Ambulatoria: Tratamiento médico o intervención quirúrgica suministrado o realizado a EL ASEGURADO sin que éste deba ser hospitalizado y donde el tiempo o período de observación no sea mayor de doce (12) horas.

Gastos Razonables, Usuales y Acostumbrados: Costo promedio, calculado por EL ASEGURADOR, de los gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios de clínicas ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella en donde fue atendido EL ASEGURADO, los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones, y que de acuerdo a las condiciones de esta Póliza se encuentren cubiertos. Dicho 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 dichos gastos, incrementados según el I.P.C. del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes, o los baremos de los Centros Hospitalarios que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el gasto razonable será el monto facturado.

Deducible: Es el monto máximo que queda a cargo de EL ASEGURADO TITULAR, de los gastos razonables, usuales y acostumbrados incurridos, debidamente indicado en el Cuadro Recibo de la Póliza o en algún anexo a la misma y que será descontado del monto a indemnizar por cada evento y por cada ASEGURADO.



El Deducible contratado se aplicará por ASEGURADO y por enfermedad o accidente, siempre que tal enfermedad o accidente se encuentre amparado por la presente Póliza.

Porcentaje de Indemnización: Porcentaje máximo a indemnizar con relación a los gastos razonables, usuales y acostumbrados amparados, aplicados al límite máximo de indemnización. El Porcentaje de Indemnización se aplicará por cada caso de enfermedad, accidente o tratamiento.

Edad: Corresponde al último cumpleaños de EL ASEGURADO más cercano a la fecha de comienzo del contrato o de su inclusión en la Póliza, cumpliendo años sucesivamente en cada aniversario a dicha fecha. Este mismo criterio será utilizado en las sucesivas renovaciones del contrato.

Orden Médica: Formato suministrado por EL ASEGURADOR a los Proveedores de Servicio con los cuales EL ASEGURADOR mantenga contrato de afiliación, en la cual se indicaran los consumos de farmacias, exámenes de laboratorios, imaginología, rayos X, referencias a Médicos Especialistas, debidamente aprobados por el Médico de Consulta Primaria.

Cirugía Ambulatoria: Intervención quirúrgica que se le realiza a EL ASEGURADO no estando hospitalizado y donde el tiempo o período de observación no sea mayor de doce (12) horas.

Médico: Profesional de la medicina debidamente titulado y autorizado para ejercer su profesión. No incluye a los profesionales cuya especialidad no esté reconocida por la Federación Médica Venezolana.

Informe Médico: Documento emitido por el médico tratante, que resume en forma clara y concisa, la etiología y evolución de la afección o enfermedad y el tratamiento recibido. Dicho informe deberá contener el nombre del médico, su especialidad, el número de su RIF, la Matricula del Ministerio de Salud y Desarrollo Social o ente equivalente y el número del Colegio Médico.

Carta Aval: Documento que demuestra el compromiso de EL ASEGURADOR ante un Hospital, Clínica o Proveedores de Servicios, para garantizar el pago de los gastos en que incurra EL ASEGURADO, en caso de requerir una atención médico quirúrgica electiva.

Clave de Emergencia: Autorización expresa que da EL ASEGURADOR a la Institución Hospitalaria o Proveedor de Servicio, que demuestra su compromiso ante la misma, garantizando el respaldo parcial o total de los gastos en que incurra EL ASEGURADO, en caso de requerir una atención por emergencia médica.

CLÁUSULA N° 2: PERSONAS ASEGURABLES

Son asegurables bajo la presente Póliza, sin perjuicio de cualquier otra limitación de edad, las siguientes personas:

- 1) Como ASEGURADO TITULAR: cualquier persona que tenga, como mínimo dieciocho (18) años de edad y como máximo sesenta y cinco (65) años de edad al momento de inscribirse.
- 2) En adición a EL ASEGURADO TITULAR podrán asegurarse mediante la presente Póliza, como ASEGURADOS FAMILIARES, los siguientes familiares del mismo:
 - 2.1) Su cónyuge o la persona con la cual haga vida marital, menor de sesenta y seis (66) años de edad al momento de inscribirse en la Póliza.
 - 2.2) Sus hijos menores de veintiséis (26) años de edad al momento de inscribirse en la Póliza, que sean solteros y dependan económicamente de EL ASEGURADO TITULAR.
 - 2.3) Sus padres o los de su cónyuge, a falta de los padres de EL ASEGURADO TITULAR, menores



de sesenta y seis (66) años de edad al momento de inscribirse en la Póliza.

2.4) Previa aceptación de EL ASEGURADOR, cualquier otro familiar o persona a su servicio, que conviva y dependa económicamente de EL ASEGURADO TITULAR siempre que sea menor de sesenta y seis (66) años de edad al momento de inscribirse en la Póliza.

Es condición indispensable que tanto EL ASEGURADO TITULAR como las personas a incluir, gocen de buena salud al momento de solicitar su inscripción en el Seguro.

Para garantizar la cobertura, EL TOMADOR deberá avisar a EL ASEGURADOR cualquier novedad que ocurra en el grupo inscrito en la Póliza, ya sea por ingreso, retiro, nacimiento, adopción, matrimonio o fallecimiento, dentro de los treinta (30) días siguientes a la novedad.

El retiro de alguno de los ASEGURADOS FAMILIARES, por causa de fallecimiento, matrimonio o cambio de dependencia económica causará la exclusión de dicho ASEGURADO. Tal exclusión se hará efectiva al término del año póliza vigente a , la fecha de fallecimiento, matrimonio o cambio de dependencia, según sea el caso. Sí la exclusión aquí expuesta, debida a matrimonio o cambio de dependencia, tiene lugar una vez transcurridos tres (3) años ininterrumpidos de cobertura para EL ASEGURADO a excluir, EL ASEGURADOR se obliga a ofrecerle a éste la contratación de una Póliza de Salud individual con cobertura igual o similar a la cobertura garantizada por la presente Póliza, considerándose los derechos de antigüedad adquiridos hasta la fecha de término de la cobertura anterior.

Los hijos nacidos durante la vigencia de esta Póliza, pueden ser incluidos desde el momento del nacimiento sin plazos de espera, siempre y cuando el nacimiento haya estado cubierto por la presente Póliza y EL ASEGURADO TITULAR convalide la inscripción del niño dentro de los primeros treinta (30) días siguientes a su nacimiento.

CLÁUSULA N° 3: ALCANCE DE LA COBERTURA

EL ASEGURADOR, indemnizará los Gastos Razonables cubiertos en que se incurra por cualquiera de los ASEGURADOS inscritos en la presente Póliza, por atenciones médicas, hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas como consecuencia de enfermedad o accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, una vez transcurridos los plazos indicados en la Cláusula 7-Plazos de Espera y 8-Preexistencia de estas Condiciones Particulares.

El monto a indemnizar para cada enfermedad, tratamiento o accidente, será como máximo, el porcentaje contratado de los gastos razonables, usuales y acostumbrados cubiertos que excedan la cantidad señalada como deducible, si lo hubiere, y hasta por la cantidad señalada en el Cuadro Recibo de la Póliza como Suma Asegurada.

Toda indemnización que se efectúe como consecuencia de una misma enfermedad o accidente, durante una misma vigencia de Póliza, disminuirá la Suma Asegurada y en consecuencia, la responsabilidad de EL ASEGURADOR con respecto a un mismo reclamo, estará limitada al remanente entre la Suma Asegurada de la cobertura afectada y el (los) monto(s) indemnizado(s) con anterioridad.

CLÁUSULA N° 4: BENEFICIOS CUBIERTOS

Estarán amparados por la presente Póliza los siguientes servicios médicos o suministros prestados a EL ASEGURADO y facturados por una Institución Hospitalaria o ente prestador de servicios de salud:

- Consulta Médica general o especializada, con o sin hospitalización, siempre y cuando sea por una enfermedad amparada por esta Póliza.



- Exámenes de Laboratorio que guarden relación directa con la enfermedad, siempre que ésta esté amparada según las condiciones de la presente póliza.
- Exámenes necesarios para la determinación de un diagnóstico, siempre y cuando sean los estudios clínicos mínimos requeridos, que estén relacionados directamente con la sintomatología presentada y que sirvan para esclarecer una patología amparada por esta Póliza,
- Tratamientos médicos realizados sin hospitalización.
- Atenciones médicas con cirugía ambulatoria, siempre y cuando estén amparadas por las coberturas de la póliza.
- Habitación Privada standard, servicios de lencería y kit del paciente.
- Acompañante, siempre que ocupe la misma habitación que el paciente ASEGURADO.
- Atención de Enfermería y Paramédica.
- Admisión sin considerar gastos de administración y cobranza.
- Nutrición y Dietética: Gastos relacionados con la alimentación de EL ASEGURADO durante su permanencia en el Hospital o Clínica, nutrición especial enteral o parenteral.
- Servicios de Dosis Unitarias y Preparados Endovenosos.
- Llamadas telefónicas urbanas.
- Servicio de televisión.
- Servicio de quirófano, máquina de anestesia, oxímetro, terapia respiratoria, sala de emergencia, monitor cardíaco y sala de recuperación.
- Equipos especiales utilizados para la Atención Médica de EL ASEGURADO durante su permanencia en el Hospital o Clínica.
- Medicinas y Material Quirúrgico o de cura que hayan sido utilizados para reestablecer el estado de salud de EL ASEGURADO. Las medicinas o materiales quirúrgicos deben tener prescripción médica específica, guardar relación con el tratamiento de la enfermedad o lesión que origina el reclamo de EL ASEGURADO y ser adquiridas en un establecimiento debidamente autorizado para el expendio de productos farmacéuticos.
- Transfusiones de sangre o derivados sanguíneos y los exámenes de laboratorio obligatorios que correspondan realizarse, que buscan proteger la vida del paciente receptor.
- Gastos Especiales de Diagnóstico (Procedimiento de Imaginología, Estudios Microbiológicos, Exámenes Especiales y Estudios Anatomopatológicos).
- Prótesis consideradas como endoprótesis.
- Terapia intensiva.
- Servicio y materiales de anestesia. Gases medicinales requeridos para el tipo de atención proporcionada a EL ASEGURADO.
- Ambulancia terrestre dentro de la localidad.
- Honorarios del Médico Tratante, Ayudantes Quirúrgicos y Anestesiólogo, considerando como honorarios los montos a indemnizar al profesional de la medicina por su actuación o participación para con un ASEGURADO.

Los montos máximos a indemnizar estarán sujetos a los Honorarios Médicos Razonables.

Si un tratamiento quirúrgico se efectuase mediante intervenciones repetidas dentro de una misma hospitalización, éstas serán consideradas como una sola.

Cuando dentro de una misma hospitalización se realizan conjuntamente uno o más tratamientos no quirúrgicos y una o más intervenciones quirúrgicas, los honorarios a reconocer serán:

Para dos o más cirugías que se practican en el mismo campo operatorio o a través de la misma incisión durante el mismo acto quirúrgico y por causa original diferente o igual o consecuente una de la otra, se pagará como sigue: 100% de honorarios razonables de la de mayor costo, 50% de la siguiente y 25% de



cada una de las subsiguientes, sin que estos honorarios, junto con los otros gastos relacionados con la enfermedad o lesión tratada, excedan en ningún caso de la Suma Asegurada.

Si EL ASEGURADO en el curso de una hospitalización se le efectuasen dos (2) ò más intervenciones quirúrgicas de varios órganos, no relacionados con el mismo evento, el cálculo de la indemnización por honorarios médicos será el que resulte de considerar estas intervenciones como actos médicos independientes.

Por tratamientos no quirúrgicos se cubrirán los Honorarios Médicos Razonables derivados de la actuación o visitas médicas en los casos de enfermedad o accidente existiendo hospitalización.

Si el tratamiento quirúrgico o médico se efectuase mediante intervenciones repetidas, serán consideradas como una sola.

Si en el curso de una misma hospitalización o intervención quirúrgica, EL ASEGURADO es atendido por dos o más cirujanos, o si se efectúan dos a más operaciones, 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, por cada ASEGURADO, del límite máximo establecido como Suma Asegurada.

- Quimioterapia y Radioterapia.
- Fisioterapia y rehabilitación hasta 20 sesiones justificadas dentro de un período no mayor a cuatro (4) meses, siempre y cuando sean a consecuencia de una enfermedad o accidente amparado por esta Póliza.
- Tratamientos dentales que sean originados como consecuencia de un accidente que ocurra durante la vigencia de la Póliza, siempre que el mismo se encuentre cubierto de acuerdo a las Condiciones de esta Póliza y que los gastos globales que se originen por un tratamiento o intervención, se realicen como máximo dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo.
- Dispositivos indispensables para regular un órgano: Marcapasos, prótesis ocular (una por cada ojo), lentes intraoculares u otras que sean de uso interno y permanente, de carácter funcional y médicamente necesarias para el tratamiento de una afección.
- Cirugía Plástica o estética, necesaria como consecuencia de una enfermedad o accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza y cubierto por ella, siempre que, en caso de accidente, la intervención quirúrgica sea realizada dentro de los ciento ochenta (180) días continuos siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.

La indemnización que hará EL ASEGURADOR por concepto de gastos de atenciones médicas podrá ser percibida por EL ASEGURADO a través de la elección que haya hecho para solicitar la cobertura en el momento que la requiera, bien sea mediante reembolso de los gastos, carta aval o clave de emergencia con algún proveedor de servicios.

CLÁUSULA N° 5: ACTUALIZACIÓN DE COBERTURAS

Si después de la emisión de la presente Póliza, se concediere un aumento de la Suma Asegurada, tal aumento estará sujeto a la declaración de salud por parte de EL ASEGURADO TITULAR y entrará en vigencia una vez haya sido pagada la prima adicional correspondiente en la fecha de su exigibilidad de la misma contra la entrega por parte de EL ASEGURADOR de la Nota de Cobertura Provisional o del Cuadro Recibo de la Póliza respectivo, quedando sujeto a los plazos establecidos en la Cláusulas 7-Plazos de Espera y 8-Preexistencia de estas Condiciones Particulares.



Asimismo, EL ASEGURADOR podrá, en cada renovación, modificar los montos de cobertura señalados en el Cuadro Recibo de la Póliza, así como las primas correspondientes considerando los nuevos montos de cobertura.

CLÁUSULA N° 6: REHABILITACIÓN

Una vez anulada la presente Póliza, ésta podrá ser rehabilitada previa solicitud escrita de EL ASEGURADO TITULAR, sólo si éste y personas propuestas a reingresar en la Póliza, se encuentran en buen estado de salud, según declaración de salud hecha por EL ASEGURADO TITULAR. En este caso, se requiere la aceptación por parte de EL ASEGURADOR que conste mediante anexo a la Póliza y el pago de las primas atrasadas por parte de EL TOMADOR. Si EL ASEGURADOR acepta la Rehabilitación el tiempo de vigencia de la Póliza transcurrido antes de la anulación de la misma será considerado para los efectos de la aplicación de la Cláusula 7-Plazos de Espera.

CLÁUSULA N° 7: PLAZOS DE ESPERA

Cada ASEGURADO inscrito en la presente Póliza solo tendrá derecho a disfrutar de los beneficios contemplados en esta Póliza una vez superado los siguientes Plazos de Espera, contados desde la fecha de inicio de la Póliza o desde su fecha de inclusión como ASEGURADO:

- a) Inmediatamente, en los casos de accidentes ocurridos dentro de la vigencia de la cobertura de la Póliza.
- b) Tres (3) meses para el tratamiento médico de enfermedades de etiología infecciosa, contraídas dentro de la vigencia de la cobertura de la Póliza.
- c) Cinco (5) meses, para tratamientos médicos o cirugías derivadas de enfermedades no catalogadas como enfermedades de etiología infecciosa, siempre que sean contraídas dentro de la vigencia de la cobertura de la Póliza.

Si un accidente agrava el curso de una enfermedad, las consecuencias serán consideradas como una enfermedad y no como un accidente para los efectos del plazo de espera.

Si el tratamiento médico o intervención quirúrgica a que deba ser sometido EL ASEGURADO, se debiese a alguna enfermedad existente en el momento de ocurrir un accidente, y ésta agravase las consecuencias del mismo, el caso será considerado para los efectos de este Seguro y la aplicación de los plazos de espera, como un caso de enfermedad y no como accidente.

Para todo nuevo ASEGURADO, los plazos de espera se contarán a partir del momento de la modificación del contrato para su inclusión en la Póliza.

CLÁUSULA N° 8: PREEXISTENCIAS

Las Enfermedades Preexistentes, de acuerdo a la definición establecida en la Cláusula 1-Definiciones de estas Condiciones Particulares, serán susceptibles de indemnización en los siguientes casos:

- a.) Para aquellos ASEGURADOS inscritos desde el inicio de la Póliza: después de dieciocho (18) meses ininterrumpidos, contados desde la fecha de comienzo o rehabilitación de esta Póliza.
- b.) Para aquellos ASEGURADOS inscritos después de haber entrado en vigencia esta Póliza: luego de transcurridos dieciocho (18) meses ininterrumpidos, contados desde la fecha de su inclusión o rehabilitación de la Póliza.

Sí el ASEGURADO TITULAR solicitare un incremento del monto de la cobertura contratada inicialmente,



esta Cláusula será aplicada a partir de la fecha en que se produzca el cambio de cobertura, para la cantidad en exceso de la original contratada en los términos establecidos anteriormente.

En este caso, de ocurrir un siniestro como consecuencia de una enfermedad preexistente, dentro de los dieciocho (18) meses siguientes a la fecha en que se incrementó el monto de la cobertura original, EL ASEGURADOR indemnizará con base en las condiciones establecidas para la cobertura inicialmente contratada, siempre que el período de disputabilidad aplicable a ésta se haya vencido.

CLÁUSULA N° 9: EXCLUSIÓN TEMPORAL

Durante los dieciocho (18) meses ininterrumpidos de la Póliza, ningún ASEGURADO tendrá derecho a indemnización de los gastos en que incurra a causa de Enfermedades preexistentes.

Serán cubiertas después de transcurridos dieciocho (18) meses contados desde el comienzo del seguro o desde la fecha de rehabilitación de la póliza, o desde la fecha de su inclusión como ASEGURADO en la misma, las enfermedades preexistentes tales como: Cataratas, pterigios, vitrectomías, curas y drenajes de chalazión, pinguéculas, sinusopatías, hipertrofia de cornetes, septodesviación nasal, amigdalectomía, hipertrofia de adenoides, enfermedad broncopulmonar obstructiva crónica (EBPOC), diabetes mellitus y sus complicaciones, aneurismas, malformaciones arterio-venosas, hipertensión arterial con repercusión a órgano blanco, cardiopatía isquémica, aterosclerosis, arritmia cardíaca, enfermedad cerebro-vascular, enfermedad úlcero-péptica, litiasis de vías biliares y sus complicaciones, colecistitis aguda, litiasis renales y sus complicaciones, enfermedad diverticular y sus complicaciones, osteoartritis, síndrome de compresión radicular, síndrome de los recesos laterales, estenosis del canal medular, síndrome del túnel del carpo, tratamiento quirúrgico de la enfermedad D'Quervain, insuficiencia renal crónica, hiperplasia prostática benigna, varicocele, lesiones del cordón espermático, fimosis, parafimosis, enfermedad inflamatoria pélvica, quistes de ovario, poliposis endometrial, fibromatosis uterina, prolapso genital, incontinencia urinaria, hernias discales, tumores sólidos benignos mayores a un (1) centímetro, cura operatoria de hemorroides, fisura anal, fístulas perianales, extirpación de tumores de la piel, bocio, nódulos o cáncer tiroideos, nevus de cualquier tipo y menisectomía.

Durante los primeros treinta y seis (36) meses ininterrumpidos de la Póliza, ningún ASEGURADO tendrá derecho a indemnización de los gastos en que incurra a causa de Enfermedades Congénitas.

CLÁUSULA N° 10: EXCLUSIONES

Ningún ASEGURADO tendrá derecho a indemnización de los gastos en que incurra por los siguientes conceptos:

- 1) Verificación periódica o chequeo general de la salud, las consultas y exámenes con fines diagnósticos con o sin hospitalización, que no haya arrojado un diagnóstico preciso cubierto por la Póliza.
- 2) Exámenes o estudios que no tengan relación con la enfermedad tratada o no sean aplicables para el diagnóstico según protocolos establecidos por la ciencia médica.
- 3) Chequeos o controles ginecológicos, incluyendo en estos casos la cervicitis, vaginitis y flujo vaginal.
- 4) Malformaciones y/o defectos físicos congénitos.
- 5) Cirugía Plástica o estética, cuya intervención no sea necesaria como consecuencia de una enfermedad o accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza y cubierto por ella.
- 6) Mastoplastias de cualquier tipo, ya sean funcionales o no. Tratamiento quirúrgico de la patología no tumoral de la glándula mamaria, mamas supernumerarias.
- 7) Tratamientos desensibilizantes para alergias. Atención de estados gripales. Vacunaciones y control o chequeos pediátricos. Tratamientos médicos o quirúrgicos para acné o alopecia. Tratamientos cosméticos o de embellecimiento.



- 8) Enfermedades y tratamientos dentales y periodontológicos, que no sean a consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, debidamente reportado a EL ASEGURADOR y comprobado por EL ASEGURADO para poder ser indemnizado.
- 9) Tratamientos médicos o quirúrgicos de ortopedia, incluyendo hallux valvus, sesamoideos, exostosis o deformidades en dedos de los pies, a menos que sea requerido como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza y cubierto por ella.
- 10) Tratamientos o intervenciones de la región cráneo mandibular, incluyendo el síndrome temporomandibular y otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa articulación. Distonias miofaciales y anomalías del crecimiento de los maxilares.
- 11) Cirugía de refracción de la vista, incluyendo astigmatismo. Servicios y consultas optométricas, lentes de contacto y las consecuencias por su uso. Blefaroplastias estéticas o funcionales, a menos que sea necesaria como consecuencia de un accidente o enfermedad contraída durante la vigencia de la Póliza y cubierta por ella.
- 12) Trastornos y deficiencias mentales, curas de reposo, trastornos funcionales de la conducta (tales como: neuritis, depresión, angustia, psicosis, ni sintomatologías derivadas de éstas), disrritmias cerebrales funcionales, demencia senil con o sin hospitalización, o en residencias geriátrica o casa hogar. Trastornos del sueño, fobias, ansiedad y stress; o enfermedades psiquiátricas y mentales.
- 13) Alcoholismo y efectos funcionales u orgánicos derivados por el uso y abuso agudo o crónico del alcohol. Etilismo. Uso de sustancias estupefacientes o psicotrópicas y sus consecuencias.
- 14) Tratamientos o actos médicos no aprobados por la Federación Médica Venezolana tales como: acupuntura, medicina naturista, homeopática, medicinas alternativas o estéticas; terapia celular; cámara hiperbarica; y aquellos procedimientos no reconocidos o aceptados científicamente, tratamientos médicos realizados en establecimientos no autorizados legalmente por las autoridades competentes. Tratamientos experimentales o investigativos. Los gastos de cualquier crió-preservación y la implantación o implantación de células vivas.
- 15) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y enfermedades relacionadas con el virus causal.
- 16) Enfermedades de transmisión sexual, incluyendo las causadas por el virus de papiloma humano (V.P.H.) en los órganos sexuales. Enfermedad Inflamatoria Pélvica y sus consecuencias.
- 17) Maternidad, su control y sus complicaciones médicas o quirúrgicas, aborto, embarazo ectópico, embarazo múltiple, parto normal o instrumental, cesárea, cualquier otro gasto que se relacione con la concepción del ser humano y cualquier consecuencia o complicación relacionada con la maternidad.
- 18) Tratamiento médico o quirúrgico aplicados para la obesidad o reducción de peso. Tratamiento de varicosidades de los miembros inferiores.
- 19) Atención médica, estudios, tratamiento y hospitalizaciones para alteraciones o problemas del crecimiento.
- 20) Práctica de actividades o deportes peligrosos o de alto riesgo como son: competencias de velocidad, carreras de autos, lucha, pesca, submarinismo, paracaidismo, vuelo en equipos livianos, artes marciales de cualquier tipo, boxeo, alpinismo, escalada, motociclismo y parapente, o cualquier otro que ponga en peligro la integridad física de EL ASEGURADOR. Así como los gastos médicos como consecuencia de viajes aéreos de EL ASEGURADO cuando éste se encuentre como piloto de la aeronave.
- 21) Tentativas de suicidios o lesiones autoinferidas o causadas a sí mismo, bien sean dolosas o culposas, con o sin pérdida de la razón.
- 22) Participación en hechos delictivos, riñas, huelgas o disturbios callejeros. Servicio Militar o Naval en cualquier país en tiempo de guerra declarada o no o cualquier acto relacionado con ella. Participación en insurrecciones, conmoción civil, revoluciones, rebeliones, terrorismo, o usurpación de poder. Confiscación, nacionalización, requisición o destrucción de o bajo las órdenes de cualquier gobierno o autoridad pública o local.
- 23) Enfermedades declaradas epidémicas y endémicas por la principal autoridad sanitaria del país.



- 24) Enfermedades y lesiones causadas por radiación nuclear, energía atómica, isótopos radioactivos, cualquier tipo de radiación por exposición directa o indirecta, sus complicaciones y/o consecuencias, excepto que los mismos se apliquen derivado de una enfermedad cubierta por la Póliza.
- 25) Lesiones causadas por: Terremotos o temblor de tierra, tifón, huracán, tornado, ciclón u otras convulsiones de la naturaleza.
- 26) Tratamientos o gastos médicos o quirúrgicos y sus complicaciones a consecuencia de: Infertilidad, inseminación artificial, fertilización in Vitro, esterilización, disfunciones o insuficiencias sexuales, menarquia, pubertad precoz, frigidez, impotencia, vasectomía, inversión de la esterilización, cambio de sexo, así como tratamientos anticonceptivos, dismenorrea, menopausia, andropausia y sus consecuencias, osteoporosis posmenopausia y síndrome de climaterio.
- 27) Trasplante de órgano, cuando EL ASEGURADO sea donante para terceros.
- 28) La compra o alquiler de aires acondicionados, vaporizador, humidificador, deshumidificadores, oxígeno portátil, equipos para hacer ejercicios o similares, silla de ruedas de cualquier tipo, calzados ortopédicos.
- 29) Prótesis auditivas y las consideradas como exoprótesis. Aparatos ortopédicos, físicos mecánicos o bioeléctricos y equipos que no sean médicamente necesarios para el tratamiento de una afección.
- 30) Gastos de traslado exceptuando servicios de ambulancias debidamente justificados sólo en el ámbito nacional.
- 31) Servicios prestados sin la recomendación de un médico (laboratorios, medicinas, exámenes especiales).
- 32) Tratamientos por terapia ocupacional, conductual, educacional, de lenguaje, de estudio y por déficit psicomotor.
- 33) Personal paramédico o enfermeras para el cuidado del paciente fuera de una Institución Hospitalaria.
- 34) Servicios profesionales o aplicación de tratamientos no aceptados por la Federación Médica. Cualquier tipo de responsabilidad profesional del personal médico, paramédico o de cualquier Centro Médico Asistencial.

CLÁUSULA N° 11: GASTOS NO CUBIERTOS

Servicios personales para comodidad de EL ASEGURADO, tales como: radio, barbería o peluquería, servicios de lujo, alimentación del acompañante, estacionamiento, y gastos relativos a: floristería, gastos de cobranza o administrativos, gastos de facturación, fuente de soda, restaurant, habitaciones de lujo o suites, informe radiológico, técnico de rayos X, curas post-operatorias, retiro de puntos, nutricionista, vajilla descartable, almohadas, toallas, alfombras, servicio de lavandería, derecho de instalación, consulta pre-anestésica, arreglo pre-quirúrgico, gestiones de cobranza, trámite del seguro, historia clínica, llamadas de confirmación o llamadas al seguro y todo gasto que no tenga relación con la enfermedad.

CLÁUSULA N° 12: TERMINACIÓN AUTOMÁTICA

El amparo de toda persona inscrita en la presente Póliza, termina automáticamente y sin previo aviso por parte de EL ASEGURADOR, en las eventualidades siguientes:

- 1) Respeto a cualquier ASEGURADO FAMILIAR, al terminar la dependencia económica, relación familiar o laboral con el ASEGURADO TITULAR.
- 2) Al fallecimiento de EL ASEGURADO TITULAR. En este caso cualquiera de los ASEGURADOS FAMILIARES mayores de edad inscritos en la Póliza, puede solicitar la emisión de un nuevo Contrato, para él y el resto de las personas inscritas, considerándose los derechos de antigüedad ya adquiridos por ellos.
- 3) Cuando algún Hijo, Hermano u otro familiar inscritos en la Póliza que dependan económicamente de EL ASEGURADO TITULAR, contraiga matrimonio, o alcance la edad máxima de asegurabilidad establecida en la presente Póliza.



Para las eventualidades contempladas en los apartes 1) y 3) de esta Cláusula, la terminación se hará efectiva al término del año póliza vigente a la fecha de ocurrencia de la eventualidad.

Sí la terminación causada por cualquiera de las eventualidades indicadas en los apartes 1) y 3) de esta Cláusula tiene lugar una vez transcurridos tres (3) años ininterrumpidos de cobertura para EL ASEGURADO a excluir, EL ASEGURADOR se obliga a ofrecerle a éste la contratación de una Póliza de Salud individual con cobertura igual o similar a la cobertura garantizada por la presente Póliza, considerándose los derechos de antigüedad adquiridos hasta la fecha de término de la cobertura anterior.

CLÁUSULA N° 13: AVISO DE SINIESTRO

EL ASEGURADO TITULAR, o un representante de éste, deberá informar a EL ASEGURADOR sí alguna de las personas amparadas recibe atención médica que se encuentre cubierta por la presente Póliza. Tal aviso deberá hacerse dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al día en que EL ASEGURADO TITULAR o, en su defecto, su representante conozca la existencia de la atención médica que genera la notificación.

CLÁUSULA N° 14: RECLAMACIONES

EL ASEGURADO TITULAR o un representante de éste, deberá, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de Aviso de Siniestro, realizar la reclamación respectiva a través de los formularios suministrados para tal fin por EL ASEGURADOR, acompañados éstos de las certificaciones de médicos debidamente titulados y autorizados para ejercer la profesión, informaciones provenientes de centros hospitalarios o médicos legalmente autorizados, así como los documentos, facturas y recibos originales correspondientes a los servicios expresamente amparados por la Póliza y que fueron dispensados a EL ASEGURADO por el cual se hace la reclamación.

Las Facturas Originales por concepto de gastos incurridos, deberán cumplir con las especificaciones del SENIAT, (RIF, N° de Factura, N° de Control y datos de la imprenta autorizada por el SENIAT para la emisión de las mismas, según corresponda). Aquellas facturas que no cumplan con estos requisitos no podrán ser indemnizadas.

EL ASEGURADO TITULAR y sus familiares inscritos cooperarán y se esforzarán para que se tomen todas las medidas que fuesen posibles adoptar a objeto de reducir al mínimo las consecuencias del accidente o enfermedad que motiva la atención médica.

En caso de que se tratase de una reclamación a consecuencia de un accidente, EL ASEGURADO además de los informes y recaudos antes indicados, deberá entregar a EL ASEGURADOR una declaración escrita suministrando todos los datos referentes al accidente y a las circunstancias en que se produjo, autoridades que hubieran intervenido en el mismo, así como cualquier tipo de documentos que EL ASEGURADOR, directamente o por medio de sus representantes considere necesario solicitar para una mejor evaluación de la reclamación.

En caso de fallecimiento de EL ASEGURADO, la reclamación deberá ser presentada a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, acompañada de la partida de defunción.

Las facturas y toda la documentación referente a los gastos médicos incurridos fuera de territorio venezolano deberán ser certificadas por el Consulado o Embajada Venezolana establecida en el País o Ciudad donde se recibieran los servicios médicos. Todo lo relacionado con los trámites de la reclamación quedará sujeto a lo establecido en esta Cláusula.



Cualquier reclamo indemnizable, o parte de este, que sea presentado ante EL ASEGURADOR en una moneda diferente a Bolívares, se indemnizará en la moneda venezolana, tomando en cuenta la tasa de cambio vigente a la fecha en que fue cancelada la factura que sustenta el referido reclamo.

EL ASEGURADO TITULAR, en su nombre y en nombre de los ASEGURADOS representados por él en la presente Póliza, acepta y conviene que EL ASEGURADOR, en el momento que lo considere necesario, tiene el derecho de hacer examinar por su cuenta y por los Médicos que ella designe a EL ASEGURADO hospitalizado o que haya sido sometido a una intervención quirúrgica. EL ASEGURADO TITULAR también, en su nombre y en nombre de los ASEGURADOS representados por él en la presente Póliza, autoriza a los representantes del centro hospitalario y a los médicos tratantes que hayan atendido a EL ASEGURADO afectado a dar a EL ASEGURADOR cualesquiera otra información adicional que ésta estime necesaria y razonable para la evaluación de la reclamación. Así mismo, EL ASEGURADOR se reserva el derecho de exigir pruebas fehacientes de la identificación y edad de EL ASEGURADO por el cual se hace la reclamación.

Después de solicitados los recaudos necesarios, exigibles según la presente Cláusula, para la evaluación de cualquier reclamación, EL ASEGURADOR podrá solicitar a EL ASEGURADO TITULAR o al representante de éste la presentación de nuevos recaudos sólo en una (1) oportunidad. Tal solicitud de nuevos recaudos se hará dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la entrega de los recaudos inicialmente solicitados. EL ASEGURADO TITULAR o su representante tendrá un lapso de diez (10) días hábiles, contados desde la fecha de recepción de la solicitud, para entregar los nuevos recaudos solicitados.

EL ASEGURADO se compromete a facilitar a EL ASEGURADOR y a él o los médicos que ella designe, toda clase de informaciones sobre la enfermedad, así como someterse a los reconocimientos que estos médicos crean oportunos.

CLÁUSULA N° 15: MODALIDAD DE INDEMNIZACIÓN

Una vez transcurridos los plazos de indicados en la Cláusula 7- Plazos de Espera, 8 – Preexistencia y 9- Exclusión Temporal de estas Condiciones Particulares, EL ASEGURADOR indemnizará los Gastos Razonables en que incurra cualquiera de los ASEGURADOS inscritos en la presente Póliza. EL ASEGURADO podrá libremente elegir el Centro de Asistencia Médica donde desee recibir la atención médica que requiera.

EL ASEGURADOR, podrá indemnizar los gastos cubiertos, mediante alguno de los siguientes procedimientos de indemnización: reembolsos de los gastos, carta aval o clave de emergencia.

Procedimiento en caso de Reembolso:

EL ASEGURADO TITULAR deberá satisfacer los procedimientos indicados en la Cláusula 14- Reclamaciones de estas Condiciones Particulares.

El pago deberá ser autorizado por un representante de EL ASEGURADOR y será recibido por EL ASEGURADO TITULAR o sus causahabientes o un Representante legal, según sea el caso, entregándole EL ASEGURADOR el finiquito correspondiente el cual deberá ser firmado en señal de aceptación.

La responsabilidad de EL ASEGURADOR se limita únicamente al pago de los gastos amparados bajo la presente Póliza y en ningún caso por los hechos de omisiones que por negligencia, impericia e imprudencia incurra el personal médico o paramédico que intervenga en la asistencia a EL ASEGURADO, o por los servicios que le proporcione cualquier centro hospitalario o laboratorio.



Si después de haberse hecho efectivo el pago de una reclamación, resultare que los gastos incurridos por EL ASEGURADO y pagados por EL ASEGURADOR, fueren originados o relacionados con algunas de las exclusiones o limitaciones de esta Póliza, EL ASEGURADOR procederá a recuperar de EL ASEGURADO TITULAR o de EL TOMADOR, el monto que haya sido pagado indebidamente.

En caso de siniestro ocurrido cuando se encuentren activados los plazos de espera por el cambio a una Suma Asegurada mayor, la liquidación del siniestro se hará con base en las condiciones establecidas en la cobertura anterior, exceptuando las reclamaciones por accidentes.

Cartas Avales o Claves de Emergencia:

Para la indemnización a través de Cartas Avales o Claves de Emergencias EL ASEGURADOR mantendrá convenios con algunas Instituciones Hospitalarias por intermedio de los cuales, en caso de siniestro, LOS ASEGURADOS podrán percibir la indemnización que corresponda bajo la presente Póliza usando la figura de Prestación de Servicios de Salud. EL ASEGURADOR emitirá un listado de Instituciones Hospitalarias con los cuales mantiene convenios vigentes, tal información estará a disposición de EL TOMADOR y de LOS ASEGURADOS en las oficinas de atención al público de EL ASEGURADOR.

Existiendo convenio vigente entre EL ASEGURADOR y la Institución Hospitalaria donde es atendido o será ingresado EL ASEGURADO, siempre que EL ASEGURADO TITULAR, o algún representante de éste, lo solicite cumpliendo los requisitos indicados en los procedimientos abajo enunciados y que la enfermedad o lesión accidental se encuentre cubierta por esta Póliza, las indemnizaciones garantizadas por la misma se harán efectivas mediante la emisión de Cartas Avales o Claves de Emergencias.

Procedimiento en caso de Carta Aval:

Para hacer efectiva la indemnización correspondiente bajo esta modalidad, se seguirá el procedimiento siguiente:

- 1) EL ASEGURADO deberá presentar ante EL ASEGURADOR, un presupuesto detallado de la Institución Hospitalaria elegida y de un informe médico amplio firmado por el médico tratante principal así como exámenes o evaluaciones previas que corroboren la patología que origine la solicitud, con por lo menos 5 días de antelación a la fecha de la intervención.
- 2) EL ASEGURADOR evaluará dicha solicitud, y en un lapso no mayor de cuarenta y ocho (48) horas notificará a EL ASEGURADO, si la solicitud del servicio de Carta Aval procede o no.
- 3) De ser aprobado el servicio de Carta Aval por EL ASEGURADOR, ésta le entregará a EL ASEGURADO la Carta Aval correspondiente con la cual deberá dirigirse a la Institución Hospitalaria o Proveedor de Servicio a fin de proceder a su ingreso a la misma y recibir la atención médico quirúrgica requerida.
- 4) Toda Carta Aval tendrá debidamente indicada la fecha máxima de uso de la misma, fecha hasta la cual EL ASEGURADO podrá recibir la atención médica allí indicada con la garantía emitida por EL ASEGURADOR.
- 5) Una Carta Aval vencida no podrá ser utilizada como garantía para que EL ASEGURADO reciba atención médica alguna.

EL ASEGURADOR se reserva el derecho a suministrar este servicio, en los casos donde, previamente hecha una evaluación médica de los recaudos presentados para el otorgamiento de la misma, no exista una clara certeza del diagnóstico dado a EL ASEGURADO.

Procedimiento en caso de Clave de Emergencia:

Para hacer efectiva la indemnización correspondiente bajo esta modalidad, se seguirá el procedimiento siguiente:



- 1) EL ASEGURADO afectado deberá acudir a la Institución Hospitalaria o Proveedor de Servicio afiliado más cercano al lugar donde se presente la emergencia, presentando documentos que acrediten su identidad.
- 2) Una persona autorizada de la Institución Hospitalaria o Proveedor de Servicio deberá comunicarse vía telefónica con el departamento de Servicio de atención 24 horas de EL ASEGURADOR, a fin de validar el estatus o la condición de EL ASEGURADO con EL ASEGURADOR.
- 3) Una vez confirmado el estatus de ASEGURADO, el personal autorizado deberá enviar por vía fax, un Informe Médico del diagnóstico de ingreso de EL ASEGURADO y los resultados de los exámenes de laboratorio y otros análisis médicos practicados que confirman dicho diagnóstico.
- 4) El departamento de Servicio de claves de emergencia 24 horas de EL ASEGURADOR, evaluará los documentos que certifican el diagnóstico dado a EL ASEGURADO, y en caso de ser procedente, otorgará inmediatamente la Clave de Emergencia por escrito, indicando el nombre de EL ASEGURADO, la identificación de la Institución Hospitalaria o Proveedor de Servicios, el diagnóstico y el monto del compromiso de pago.

EL ASEGURADOR se reserva el derecho a suministrar este servicio de Clave de Emergencia, en los casos donde, previamente hecha una evaluación médica de los recaudos presentados para el otorgamiento de la misma, no exista una clara certeza del diagnóstico dado a EL ASEGURADO.

EL ASEGURADO podrá escoger entre usar o no usar las facilidades que genere cualquier convenio existente entre EL ASEGURADOR y el Centro Asistencial donde sea atendido. Si EL ASEGURADO elige recibir los servicios en un Centro de Asistencia Médica no afiliado a los convenios de EL ASEGURADOR, para obtener la indemnización deberá seguir el procedimiento establecidos en casos de Reembolsos y deberá satisfacer los procedimientos indicados en la Cláusula 14-Reclamaciones.

CLÁUSULA N° 16: OBLIGACIONES DE EL ASEGURADO

El ASEGURADO se compromete a:

1. Certificar la exactitud de sus reclamaciones y de cuantos datos estén consignados en la misma, mediante una declaración hecha, sea bajo juramento o cualquier otra forma legal y de autorizar a cuantos médicos le atendieron a proporcionar a EL ASEGURADOR cualquier información acerca de su estado físico, historia clínica y demás circunstancia que originaron la reclamación. EL ASEGURADOR a su propio costo tendrá el derecho de hacer examinar por médicos a cualquier persona asegurada, durante la vigencia de esta Póliza haya habido reclamación o no.
2. Autorizar al médico tratante y al Centro Médico Asistencial para dar información acerca de su estado físico, historia clínica y demás circunstancias que originaron la reclamación, relevándolos de guardar el secreto médico.
3. Permitir que se tomen todas las medidas necesarias que fuesen posible adoptar a objeto de reducir al mínimo las consecuencias del accidente o enfermedad amparada por la Cobertura de Salud, incluyendo las medidas de control de costos, evaluación de servicios y cualquier otra medida considerada como necesaria por EL ASEGURADOR.

CLÁUSULA N° 17: OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD

El ASEGURADOR quedará relevado de la obligación de indemnizar en los casos siguientes, a menos que se demuestre que tal incumplimiento se deba a causa no imputable a EL ASEGURADO TITULAR:

- 1) Si EL ASEGURADO TITULAR, o un representante de éste, no hiciere el aviso de siniestro a EL ASEGURADOR en el lapso indicado en la Cláusula 13-Aviso de Siniestro, de estas Condiciones Particulares.



- 2) Si EL ASEGURADO TITULAR, o un representante de éste, no se hiciere la reclamación a EL ASEGURADOR en el lapso indicado en la Cláusula 14-Reclamaciones, de estas Condiciones Particulares.
- 3) Si incumple alguna de las obligaciones indicadas en la Cláusula 16-Obligaciones de EL ASEGURADO de estas Condiciones Particulares.

EL TOMADOR

ASEGURADO TITULAR

POR SEGUROS CARONÍ, C.A.