

## **PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD “EMERGENCIAS MÉDICAS”**

Entre **REAL SEGUROS, S.A.**, (anteriormente denominada Zurich Seguros, S.A.), Registro de Información Fiscal (R.I.F.) N° J-00034024-2, debidamente inscrita en el Registro Mercantil Segundo de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda el 09 de agosto de 1951, bajo el N° 672, Tomo 3-C, posteriormente modificados sus Estatutos Sociales, según consta en asientos insertos ante el Registro Mercantil Segundo de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda, en fecha 12 de Agosto de 2016, bajo el N° 28, Tomo 237-A-Sdo., y modificada su denominación social, adoptándose la actual arriba indicada, según documento inscrito en dicho Registro Mercantil el 07 de mayo de 2019, bajo el N° 21, Tomo 78-A Sgdo; con ubicación de su Sede Principal en la Avenida Francisco de Miranda, Torre Centro Seguros Sud América, Piso 8, Urbanización El Rosal, Caracas, que en adelante se denominará el **ASEGURADOR**, representada en este acto por el ciudadano RAUL SANZ ARCAYA, venezolano, mayor de edad, domiciliado en Caracas, Distrito Capital, titular de la Cédula de Identidad N° V- 14.992.303, en su carácter de Director Ejecutivo (CEO), facultado según consta en Documento Poder debidamente autenticado por ante la Notaría Pública Primera del Municipio Baruta del Estado Miranda, en fecha 24 de mayo de 2019, quedando anotado bajo el N° 53, Tomo 24, Folios 180 hasta 182 de los Libros de Autenticaciones llevados por esa Notaría y el **TOMADOR**, identificado en el Cuadro Póliza Recibo, han convenido en suscribir el presente contrato de seguro, el cual está conformado y se registrará por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo, la Solicitud de Seguro y los demás documentos que formen parte integrante del mismo.

### **CONDICIONES GENERALES**

#### **CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO**

**Mediante este seguro el Asegurador se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las Condiciones Particulares y los Anexos, que se emitieren debidamente firmados por El Tomador y el Asegurador, mediante la indemnización al Asegurado o Beneficiario por los costos razonables, incurridos por el Asegurado, siempre y cuando este se origine como consecuencia directa de Emergencias Médicas indicadas en la Cláusula 2 de las Condiciones Particulares y hasta por la Suma Asegurada indicada como límite y establecidas en el Cuadro Póliza Recibo.**

## CLÁUSULA 2. DEFINICIONES GENERALES

A los efectos de este contrato, queda expresamente convenido entre las partes que los siguientes términos tendrán los significados que se indican a continuación:

**ASEGURADOR:** REAL SEGUROS, S.A., quien asume los riesgos cubiertos en las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Anexos de 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 que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las Condiciones Particulares y Anexos de la póliza.

**ASEGURADO TITULAR:** Asegurado indicado con este carácter en el Cuadro Póliza Recibo, quien ejerce los derechos de los Asegurados ante el Asegurador.

**ASEGURADO DEPENDIENTE:** Integrantes del grupo familiar quienes conviven o dependen económicamente del Asegurado Titular.

**GRUPO ASEGURABLE:** Personas naturales que mantienen un vínculo común entre sí y con ELASEGURADO.

**CÒNYUGE:** persona con la que el (la) titular asegurado (a) ha establecido una relación de convivencia en calidad de cónyuge en el mismo domicilio.

**BENEFICIARIO:** Persona designada por El Asegurado Titular en la Póliza y/o sus anexos, o sus herederos legales en los casos que no hubiese designación alguna de Beneficiarios, para recibir las Indemnizaciones de la presente Póliza, en caso de muerte del Asegurado Titular. El Asegurado Titular será el Beneficiario de las demás personas Aseguradas. En caso de reembolso, el Asegurador pagará la indemnización al Asegurado Titular, 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.

**REPRESENTANTE LEGAL:** Persona legalmente autorizada por El Asegurado Titular para que en caso de reclamo y con el único propósito de efectuar la tramitación correspondiente, actúe ante el Asegurador si él se encontrare imposibilitado para ejercer sus derechos.

**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.

**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 insumos, suministros, instrumentos especiales o equipos médicos.

**ACCIDENTE:** Suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del Tomador o del Asegurado, que le cause a este último lesiones corporales.

**DIAGNÓSTICO CLÍNICO:** es aquel emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica, examen físico y resultados de exámenes de diagnóstico y laboratorio.

**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.

**INSTITUCIÓN HOSPITALARIA:** Establecimiento permanente con permiso sanitario vigente para suministrar asistencia médica autorizado por el organismo público competente. No serán consideradas instituciones hospitalarias para los efectos de esta Póliza, lugares de descanso, geriátricos, spas, hidroclínicas y cualquier institución que suministre tratamientos similares, centros exclusivos para tratamiento de farmacodependientes, de dipsómanos (alcohólicos), enfermos mentales o desórdenes de conducta, ni lugares donde se proporcionen tratamientos naturistas, terapias alternativas y acupuntura

**AÑO PÓLIZA:** período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de inicio de la vigencia de la póliza.

**MÉDICAMENTE 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 el 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.

**DOCUMENTO ADICIONAL IMPRESCINDIBLE:** Documento de carácter adicional que pueda requerir el Asegurador al Asegurado o a su representante legal en referencia a la reclamación, con el objeto de determinar el derecho a indemnización.

**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.

**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 decada 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.

**CONDICIONES PARTICULARES:** Aquéllas que se 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:** Materialización del riesgo que da origen a 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 este contrato.

**SUMA ASEGURADA:** Límite máximo de responsabilidad del Asegurador, indicado en el Cuadro Póliza Recibo. La suma asegurada de cada Asegurado será aplicada por límite combinado anual, es decir, por la vigencia del contrato.

**INDEMNIZACIÓN:** Es la suma que deberá pagar el Asegurador en caso de que ocurra el siniestro, sujeto a la Suma Asegurada y a las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y los Anexos de la Póliza.

**RED DE PROVEEDORES:** médicos, hospitales, laboratorios y otros proveedores de atención médica contratados por el Asegurador para proporcionar a los Asegurados los servicios de Asistencia Médica.

**MÉDICO:** persona que posee licencia legal para practicar la medicina y/o cirugía, y que no sea el asegurado ni ningún miembro de la familia del asegurado.

**MÉDICO ESPECIALISTA:** médico capacitado en un área específica de la medicina.

**MÉDICO TRATANTE:** profesional de la salud, legalmente autorizado para el

ejercicio de la medicina en el país donde presta sus servicios, cuya especialidad esté directamente relacionada con el diagnóstico o tratamiento efectuado al asegurado. Queda entendido que el médico tratante es un profesional independiente y la prestación de sus servicios no genera responsabilidad por parte de la Compañía.

### **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 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, ésta tendrá efecto desde el inicio de la vigencia del contrato, sin necesidad de previo aviso al 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 pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague la prima en el plazo de gracia concedido. Si la prima no es pagada en el referido período, el contrato quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación de la vigencia del contrato anterior.

## **CLÁUSULA 8. DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO**

El tomador o el propuesto Asegurado Titular, al llenar la solicitud, debe declarar con exactitud al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario y demás requerimientos que le indique, todas las circunstancias por el conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

El asegurador deberá participar al Tomador, en un lapso de cinco (5) días hábiles que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud de seguro, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá gustar o rescindir el contrato mediante comunicación dirigida al Tomador en el plazo de un (1) mes contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaro con exactitud el Tomador o el Asegurado Titular en caso de resolución está se producirá a partir del décimo sexto (16º) día siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima deducida de la comisión pagada al intermediario de

seguros, corresponde al período que falta por transcurrir se encuentra exposición del tomador en la caja del asegurador. Corresponderán al asegurador las primas relativas al período transcurrido hasta el momento en el 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 indemnización se reducirá en la misma proporción que existe entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Igualmente, si ocurre un siniestro antes del vencimiento de los plazos de un (1) mes o de los 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 actúa con dolo o culpa grave el Asegurador quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la prima.

## **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 que ha pagado la indemnización, 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.

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

1. Del rechazo, total o parcial, del siniestro.
2. De la decisión del Asegurador sobre la inconformidad del Tomador, 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 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. MODIFICACIÓN Y REHABILITACIÓN**

El contrato de seguro puede ser rehabilitado a solicitud del Tomador o el Asegurado Titular siempre que los Asegurados se encuentren en buen estado de salud, según declaración de salud o reconocimiento mediante 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, pero no estarán amparados los gastos incurridos desde la fecha de resolución del contrato hasta su rehabilitación **(debe indicarse el alcance de este reconocimiento, en lo que se refiere a la aplicación de los plazos de espera y exclusiones temporales, si estuviesen establecido en el contrato, y los riesgos que tendrán cobertura inmediata, en los cuales deben incluirse los**

**accidentes. Asimismo, como en cualquier caso podrá establecerse un plazo de espera adicional, que no exceda de tres (3) meses, contado a partir de la rehabilitación).**

No se convendrá la rehabilitación, una vez transcurridos noventa (90) días continuos desde la fecha de resolución del contrato.

Se considera aceptadas las solicitudes escritas de prorrogar o modificar un contrato o de rehabilitar un contrato suspendido si el Asegurador no rechaza por escrito la solicitud dentro de diez (10) días hábiles de haberla recibido. Este plazo será de veinte (20) días hábiles cuando la prórroga, modificación o rehabilitación hagan necesario un reconocimiento médico. El requerimiento del Asegurador de que el Asegurado se realice el examen médico como no implica aceptación.

La modificación de la suma asegurada o la deducible requerida 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 o el deducible y por parte del Tomador o el Asegurado Titular con el pago de la diferencia de la prima correspondiente, si la hubiere. Si la modificación es efectiva a partir de la prórroga del contrato la solicitud debe ser comunicada al Tomador o al Asegurado Titular mediante notificación efectuada en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con un plazo de un mes (1) de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso. En caso de desacuerdo del Tomador o del Asegurado Titular, el Asegurador mantendrá o renovará el contrato bajo las mismas condiciones de la suma asegurada y deducible vigentes al momento de la propuesta de modificación.

## **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 producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte.

Los intermediarios de seguros 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. EMERGENCIAS MÉDICAS**

Queda entendido que el Asegurador se compromete a cubrir el ciento por ciento (100%) de los gastos médicos de emergencia causados o que se deriven de las patologías o enfermedades mencionadas en la Cláusula 2. Enfermedades Amparadas, de las Condiciones Particulares, ocasionadas durante la vigencia del contrato, sujeto al costo razonable, en exceso del deducible, si los hubiere, y hasta la suma asegurada contratada y en directa relación a los rubros asegurados y descritos en esta póliza. La suma asegurada y el deducible de cada asegurado serán aplicados hasta alcanzar la suma asegurada contratada por año póliza.

El Asegurador se compromete a asumir el pago de los gastos generados por tratamiento médico, intervención quirúrgica, 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 esta 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 por año póliza.
2. En cuanto a la responsabilidad de pagar los gastos relacionados con los medicamentos utilizados por el Asegurado, los mismos 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 adquiridos en un establecimiento autorizado para el expendio de productos farmacéuticos.
3. Los costos directos asociados al material médico quirúrgico y los suministros serán indemnizados por el Asegurador 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 por el Asegurador 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.
5. 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 (1) 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, no excederán al cuarenta (40%) de los honorarios cubiertos 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 ó 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 subsiguientes, sin exceder en ningún caso de la suma asegurada contratada.
6. 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 el pago de los gastos incurridos, o contra la presentación del Informe Médico Completo en original, donde se especifique detalladamente el tratamiento o procedimiento médico a efectuar y el presupuesto original otorgado por la institución donde se generaría la atención médica. En cualquiera de los casos, los gastos están cubiertos siempre que la enfermedad y/o lesión que los originó esté amparada por esta póliza.

7. 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.

## **CLÁUSULA 2 - ENFERMEDADES AMPARADAS**

1. **ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES:**
  - a) Síndrome coronario agudo.
  - b) Crisis Hipertensiva que no cede a tratamiento.
  - c) Insuficiencia cardíaca congestiva descompensada.
2. **ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES:**
  - a) Signos clínicos de EVC.
  - b) Cefalea con afectación neurológica.
  - c) Episodios convulsivos.
3. **ENFERMEDADES RESPIRATORIAS:**
  - a) IRB con alteración hemodinámica
  - b) Asma Bronquial en crisis.
  - c) Bronquiolitis o broncoespasmo en pediátricos.
  - d) EPOC en exacerbación.
4. **ENFERMEDADES RENALES:**
  - a) Cólico nefrítico que no ceda con analgesia.
  - b) Pielonefritis aguda con alteración hemodinámica.
5. **ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES:**
  - a) Cólico biliar complejo.
  - b) Apendicitis
  - c) Peritonitis
  - d) Pancreatitis aguda
  - e) Hemorragias digestivas superior e inferior
6. **TRAUMATISMOS:**

- a) **Politraumatismos**
  - b) **Traumatismo craneoencefálico.**
  - c) **Fracturas óseas.**
  - d) **Luxaciones o esguinces de II o III grado.**
- 7. ENVENENAMIENTOS o INTOXICACIONES:**
- a) **Reacciones de hipersensibilidad severas.**
  - b) **Accidentes escorpiónicos, ofídicos, o apismo.**
- 8. QUEMADURAS MAYORES. HERIDAS COMPLICADAS.**
- a) **Heridas o laceraciones.**
  - b) **Quemaduras de 3er grado.**
  - c) **Quemaduras en áreas clave (rostro, genitales, pliegues cutáneos).**
  - d) **Quemaduras en más de 20% de SCT.**
- 9. ENFERMEDADES INFECCIOSAS:**
- a) **Síndrome febril agudo**
  - b) **Meningitis o meningoencefalitis.**
  - c) **Infecciones de piel y partes blandas con signos de severidad.**
  - d) **Faringitis o faringoamigdalitis complicadas con absceso periamigdalino.**
  - e) **Dengue con signos clínicos de alarma.**
  - f) **Varicela sobreinfectada.**

### **CLÁUSULA 3 – DEFINICIONES DE LAS COBERTURAS AMPARADAS.**

- 1) Síndrome coronario agudo:** Afección provocada por una reducción repentina o un bloqueo de la irrigación sanguínea al corazón.
- 2) Crisis Hipertensiva que no cede a tratamiento:** la crisis hipertensiva es una elevación aguda de la presión arterial (PA) capaz de producir lesiones en órganos diana. Según la presencia o no de esta afectación, se clasifica en emergencia hipertensiva (EH) o urgencia hipertensiva (UH), respectivamente.
- 3) Insuficiencia cardíaca congestiva descompensada:** Afección crónica que provoca que el corazón no bombee sangre con la eficacia necesaria, puede producirse cuando el corazón no bombea (sístole) o no se llena (diástole) correctamente.
- 4) Signos clínicos de EVC:** Enfermedad vascular cerebral (EVC) es una alteración en las neuronas, provocada por disminución de flujo sanguíneo en el cerebro, las alteraciones cerebrales pueden ser de manera momentánea o

permanente. Signos clínicos: dificultad para articular, hablar y entender, confusión, parálisis o entumecimiento de la cara o extremidades.

- 5) **Cefalea con afectación neurológica:** cefalea de inicio reciente, explosiva, que tiene un inicio brusco y que alcanza su máxima intensidad en los primeros minutos, suele acompañarse de sensibilidad a la luz, el sonido, náuseas y vómitos.
- 6) **Episodios convulsivos:** Son descargas eléctricas excesivas en un grupo de células cerebrales que pueden producirse en diferentes partes del cerebro. Las convulsiones pueden ir desde episodios de ausencia o de contracciones musculares, hasta convulsiones prolongadas y graves.
- 7) **IRB con alteración hemodinámica:** Infecciones respiratorias de vías bajas (IRB) son aquellas que incluyen tanto procesos que afectan al parénquima pulmonar (neumonía) como a las vías respiratorias (bronquitis).
- 8) **Asma Bronquial en crisis:** son episodios de progresiva y repentina dificultad para respirar, caracterizados por inflamación, hiperreactividad y obstrucción reversible de la vía aérea, que condicionan disnea, sibilancias, tos y sensación de opresión o dolor torácico, asociado a disminución de la función pulmonar.
- 9) **Bronquiolitis o broncoespasmo en pediátricos:** Infección viral aguda de las vías respiratorias inferiores que afecta a niños < 24 meses y se caracteriza por dificultad respiratoria, sibilancias y/o estertores crepitantes.
- 10) **EPOC en exacerbación:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad pulmonar inflamatoria crónica que causa la obstrucción del flujo de aire de los pulmones. Los síntomas incluyen dificultad para respirar, tos, producción de moco (esputo) y sibilancias.
- 11) **Cólico nefrítico que no ceda con analgesia:** Dolor súbito e intenso en la región lumbar que ocurre como consecuencia de la obstrucción de la salida de orina a nivel del uréter o de la unión entre el uréter y la pelvis renal.
- 12) **Pielonefritis aguda con alteración hemodinámica:** Infección bacteriana de uno o ambos riñones que puede llevar a la sepsis y al fallo múltiple del órgano.
- 13) **Cólico biliar complejo:** Dolor intenso que se localiza en la parte superior derecha y media del abdomen, causado por un problema en la vesícula biliar, que se produce cuando algo obstruye el conducto que permite que la bilis salga de la vesícula.
- 14) **Apendicitis:** Es la inflamación del apéndice, un órgano con forma de pequeño saco de tejido unido al colon y ubicado en la parte inferior derecha del abdomen, esta ocurre por una obstrucción aguda del órgano que hace que este se inflame e infecte.

- 15) Peritonitis:** es la inflamación grave y muy dolorosa del peritoneo (membrana que reviste la pared abdominal y recubre los órganos abdominales) o la cavidad peritoneal debida a una infección bacteriana ó micótica, a traumatismos o a irritantes químicos como los jugos pancreáticos, intestinales, o la bilis.
- 16) Pancreatitis aguda:** Inflamación súbita del páncreas, enfermedad grave que se caracteriza por la aparición de dolor intenso en la boca del estómago (epigastrio), asociado o no a vómitos.
- 17) Hemorragias digestivas superior e inferior:** La hemorragia digestiva es la pérdida de sangre por el tubo digestivo. Las hemorragias altas son las que se originan en esófago, estómago y duodeno, y bajas las que se originan en el resto del intestino delgado y en el colon.
- 18) Politraumatismos:** conjunto de lesiones múltiples, que afectan dos o más órganos del cuerpo, suelen ser graves y pueden ocasionar el fallecimiento del individuo.
- 19) Traumatismo craneoencefálico:** lesión física producida sobre el tejido cerebral que altera la función cerebral (temporalmente o permanentemente) y puede producir una disminución del nivel de conciencia y alterar las habilidades cognitivas, físicas y emocionales de la persona.
- 20) Fracturas óseas:** Ruptura total o parcial de un hueso a consecuencia de un accidente, golpes, una caída fuerte, una lesión deportiva, fuerzas o tracciones cuya intensidad superen la elasticidad del hueso. La fractura provoca un dolor intenso y dependiendo de la gravedad puede necesitar cirugía para recomponer el hueso.
- 21) Luxaciones o esguinces de II o III grado:** Separación permanente de las dos partes de una articulación, es decir, se produce cuando se aplica una fuerza extrema sobre un ligamento, produciendo la separación de los extremos de dos huesos conectados de su posición normal. ESGUINCES (II-III-IV): Estiramiento o rasgadura de los ligamentos, el tejido fibroso que conecta los huesos y las articulaciones. Esguince de grado II Lesión incompleta de un ligamento, cursa con dolor, edema, discapacidad funcional y equimosis moderada (el paciente tiene dolor cuando apoya o camina). Esguince de grado III -IV o severo presentan desgarró o rotura completa del ligamento, cursa con dolor, hinchazón y hematoma importantes y el paciente es incapaz de apoyarse sobre la articulación.
- 22) Reacciones de hipersensibilidad severas:** las reacciones alérgicas o Reacciones de hipersensibilidad, son respuestas inadecuadas del sistema inmunitario a una sustancia que en condiciones normales es inofensiva. Se consideran severas o graves (anafilaxia) cuando ponen en riesgo la vida.

- 23) Accidentes escorpiónicos, ofídicos, o apismo:** cuadro agudo, que se inicia inmediatamente posterior a un emponzoñamiento accidental de un escorpión. Accidente ofídico: Es aquel causado por la mordedura de serpientes que poseen e inoculan sustancias tóxicas, las cuales lesionan los tejidos y provocan alteraciones fisiopatológicas en la víctima. Apismo: Envenenamiento producido por abejas que no sólo causa efecto o daño local sino además puede producir o desencadenar otros efectos graves como son reacciones tóxicas, anafilácticas y sistémicas, comprometiendo la vida del huésped y provocando muchas veces la muerte en pocos minutos.
- 24) Heridas o laceraciones:** es una lesión de la piel u otro tejido orgánico causada principalmente por el calor o la radiación, la radioactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con productos químicos.
- 25) Quemaduras:** Es una lesión de la piel u otro tejido orgánico causada principalmente por el calor o la radiación, la radioactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con productos químicos.
- 26) Quemaduras de 3er grado:** Aquellas que afectan todas las capas de la piel.
- 27) Quemaduras en más de 20% de SCT:** Aquellas que abarcan más del 20% de la superficie corporal total (SCT).
- 28) Síndrome febril agudo:** Es el estado mórbido con inicio repentino de fiebre (temperatura rectal >38oC) en pacientes en los cuales no se hayan identificado signos ni síntomas relacionados con un foco infeccioso aparente.
- 29) Meningitis o meningoencefalitis:** Inflamación de las membranas de la médula espinal y el cerebro, usualmente a causa de una infección. Meningoencefalitis: Inflamación del cerebro y los tejidos que lo rodean, generalmente a causa de una infección debida a un virus, una bacteria, un parásito u otro microorganismo.
- 30) Infecciones de piel y partes blandas con signos de severidad:** Infección cutánea provocada por una bacteria, un hongo, un virus o un parásito que provoca enrojecimiento, inflamación y dolor en el área infectada de la piel.
- 31) Faringitis o faringoamigdalitis complicadas con absceso periamigdalino:** Proceso inflamatorio de la mucosa y estructuras del área faringo-amigdalinar, de origen habitualmente infeccioso que puede cursar con eritema, edema, exudado, úlcera o vesículas. Absceso periamigdalino es el acúmulo de pus y bacterias que se sitúa en la zona que rodea la amígdala, al extenderse la infección fuera de la misma tras haber sufrido una amigdalitis.
- 32) Dengue con signos clínicos de alarma:** El dengue es una infección vírica transmitida a los humanos por la picadura de mosquitos infectados. Los síntomas son fiebre alta, sarpullido y dolor en los músculos y las articulaciones.

En los casos más graves puede haber hemorragia profusa y un shock, que pueden llevar a la muerte.

**33)Varicela sobreinfectada:** La varicela es una enfermedad muy contagiosa causada por el virus de la varicela-zóster (VVZ). Produce un sarpullido con ampollas, picazón, cansancio y fiebre. Las vesículas pueden presentar una infección bacteriana secundaria (típicamente, estreptocócica o estafilocócica) y provocar celulitis o shock tóxico estreptocócico.

#### **CLÁUSULA 4 – PLAZOS DE ESPERA**

Todos los Asegurados inscritos en el seguro tienen derecho a gozar de las coberturas y beneficios establecidos en esta Póliza, una vez transcurridos siete (07) días continuos, a partir de la fecha en que se realice el pago de la prima.

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**

**El Asegurador no cubre los gastos que sean causados o sean consecuencia de:**

- 1. Cualquier enfermedad o patología, distintas a las mencionadas en la Cláusula 2. Enfermedades Amparadas de las Clausulas Particulares.**
- 2. 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.**
- 3. El suicidio o sus tentativas, así como las lesiones que el Asegurado se cause intencionalmente.**
- 4. 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.**
- 5. Tratamientos contra la dependencia del alcohol, de drogas**

- estupefacientes y psicotrópicas y sus complicaciones, agudas o crónicas, el etilismo.
6. Trasplante de órganos.
  7. Enfermedades que hayan sido ocasionadas por un trasplante de órgano o tejido.
  8. Tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas sobre órganos o partes del cuerpo sanos con fines profilácticos o meramente estéticos.
  9. 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, con excepción de lo establecido en la Cláusula 2. Enfermedades Amparadas de estas Condiciones Particulares.
  10. Tratamiento experimental o investigativo.
  11. El traslado del Asegurado desde y hasta la institución hospitalaria.
  12. Embarazo, parto, cesárea, aborto y legrado uterino por aborto, sus consecuencias y complicaciones. Consultas y exámenes pre y post natal.
  13. Las sumas relacionadas a impuestos, gastos de cobranza, limpieza, microfilm, historias clínicas, estacionamiento, misceláneos y otros costos no definidos ni relacionados con el tratamiento de la afección declarada.
  14. Tratamiento médico, intervención quirúrgica, servicios hospitalarios, procedimiento médico, medicamentos, suministros, equipos e instrumentos especiales, cuyas facturas no cumplan con las exigencias el Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (SENIAT).
  15. Medicamentos sin prescripción facultativa, ni medicamentos con prescripción facultativa no relacionadas con la enfermedad o lesión tratada.
  16. La adquisición de los siguientes equipos médicos utilizados para controles de salud y/ prevención: tensiómetro, glucómetro, cepillos dentales, humidificador, irrigador dental, colchón de aire anti escaras y equipos de resucitación.

## **CLÁUSULA 6. OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD**

**El Asegurador no estará obligado al pago de la indemnización si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no notificare el siniestro o no entregare los**

**documentos solicitados por el Asegurador dentro de los plazos establecidos en la Cláusula 7. Procedimiento 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 7. 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 deberá 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 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 efectúe 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 solicitud de los mismos, salvo por causa extraña no imputable al 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 debidamente acreditados como tales.

2. En los supuestos de 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.
3. 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 deberá 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, contados a partir de la fecha de solicitud, salvo causa extraña no imputable al 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 quién efectuará la evaluación médica. El Asegurador se compromete a entregar la Carta Aval al Asegurado dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que fueron consignados los documentos antes mencionados y se hubiere concluido la evaluación médica, si fuere el caso.

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, fueren 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 8. LÍMITE DE COBERTURA**

La cobertura por persona y año póliza es la cantidad máxima a indemnizar durante la vigencia anual de la Póliza para cada uno de los asegurados, la cual será indicada en el Cuadro Póliza Recibo.

## **CLÁUSULA 9. PERSONAS ASEGURABLES**

Son asegurables bajo la presente Póliza el Asegurado Titular y las siguientes

personas, siendo que el género masculino incluirá también al femenino, los cuales deben estar identificados en el Cuadro Póliza Recibo;

El cónyuge del Asegurado Titular o la persona con quien mantenga unión pública y estable de hecho.

Los hijos del Asegurado Titular o de su cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho.

Los padres del Asegurado Titular o de su cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho.

Familiares del Asegurado Titular.

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 (85) 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.

## **CLÁUSULA 11. 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 pública y estable de hecho con el Asegurado Titular termine su relación con él.
2. Si el hijo, sobrino del Asegurado Titular o de su cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho, cumple la edad de treinta (30) años, contraiga matrimonio o mantenga unión estable de hecho.
3. Cuando el trabajador deje de prestar servicios para el Asegurado Titular.
4. Por aviso escrito del Tomador o el Asegurado Titular, comunicando al Asegurador la decisión de no renovar la Póliza o el seguro de algún Asegurado.

En los supuestos antes señalados, a excepción del numeral 4, la terminación

procederá al finalizar la vigencia del contrato. En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, para que sea procedente la renovación del contrato, cualquier Asegurado, familiar del Asegurado Titular fallecido y mayor de edad, podrá figurar como Asegurado Titular, 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 del nuevo Asegurado Titular.

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.

Emitido en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**EI TOMADOR**

**Por EI ASEGURADOR**