

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO

Mediante este seguro la Empresa de Seguros se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y los Anexos, que se emitieren debidamente firmados por El Tomador y la Empresa de Seguros, mediante la indemnización al Asegurado o Beneficiario por los gastos razonables, usuales y acostumbrados incurridos por el Asegurado, siempre y cuando este se origine como consecuencia directa de Enfermedades de Alto Costo indicadas en la Cláusula No. 2 de las Condiciones Particulares de esta Póliza y hasta por la Suma Asegurada indicada como límite y establecidos en el Cuadro Póliza.

CLÁUSULA 2. DEFINICIONES

EMPRESA DE SEGUROS: LA VENEZOLANA DE SEGUROS Y VIDA C. 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, traslada los riesgos a la Empresa de Seguros y se obliga al pago de la prima.

ASEGURADO: Persona natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las Condiciones Particulares y Anexos de la póliza.

ASEGURADO TITULAR: Persona natural mayor de dieciocho (18) años de edad, quien ejerce los derechos de los Asegurados ante la Empresa de Seguros.

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

GRUPO ASEGURADO: Personas naturales que mantienen un vínculo común entre sí y con EL Tomador

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.

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 la Empresa de Seguros si él se encontrare imposibilitado para ejercer sus derechos.

CUADRO POLIZA: Documento donde se indican los datos particulares de la póliza, como son: Número de la póliza, nombre del Tomador, Asegurado y Beneficiarios, identificación completa de la Empresa de Seguros, de su representante y domicilio principal, dirección del Tomador, dirección del cobro, nombre del intermediario de seguros, ubicación y características del bien asegurado, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma de pago, periodo de vigencia, porcentaje de indemnización y firmas de la Empresa de Seguros y del Tomador.

PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS ASISTENCIALES: Institución o persona legalmente autorizada para prestar servicios médicos y asistenciales relacionados con el objeto de este contrato.

MÉDICO TRATANTE: Profesional de la Medicina debidamente titulado e inscrito en el Ministerio del Poder Popular para la Salud o en la Institución que legalmente corresponda para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios, cuya especialidad médica esté directamente vinculada con la afección o condición del ASEGURADO.

CENTRO CLINICO U HOSPITALARIO: Instituto de salud público o privado, legalmente establecido y autorizado por las autoridades competentes, para prestar servicio de hospitalización, asistencia médica quirúrgica u obstétrica. No serán considerados así, a los efectos de esta Póliza: los institutos o lugares de descanso, centros exclusivos para tratamientos de drogadictos o alcohólicos, instituciones dedicadas exclusivamente al tratamiento de cualquier enfermedad infecto-contagiosa o de desórdenes y enfermedades mentales, instituciones geriátricas, hidroclínicas, spas, y otras instituciones semejantes a las antes indicadas.

ENFERMEDAD: Alteración de la salud del Asegurado que origina reducción de su capacidad funcional.

ACCIDENTE: Lesión corporal derivada de una acción fortuita, repentina o violenta, causada por una fuerza o agente externo, independiente de la voluntad del Asegurado, y que puedan ser determinadas por los Médicos de una manera cierta.

EMERGENCIAS MÉDICAS: Alteración de la Salud del Asegurado de aparición súbita, acompañada de signos y síntomas que requieran atención Médico - asistencial inmediata y que de no hacerse, compromete la vida, la función o su integridad corporal.

ENFERMEDADES PREEXISTENTES: se entiende por enfermedad o padecimiento preexistentes, a aquella que previamente a la celebración de este contrato:

- a) se haya declarado su existencia, o
- b) se compruebe mediante la existencia de un informe médico donde se haya elaborado el diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien mediante pruebas de laboratorio o estudios médicos o por cualquier otro medio conocido de diagnóstico legalmente válido, o
- c) El asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico del padecimiento y/o enfermedad de que se trate.

ENFERMEDAD CONGENITA: Enfermedad que existe desde o antes del nacimiento del Asegurado, es decir, que no haya sido contraída posteriormente.

GASTO RAZONABLE, USUALES Y ACOSTUMBRADOS: Costo promedio, calculado por la Empresa de Seguros, 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 la Empresa de Seguros de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que El Asegurado realizó dichos gastos, incrementados según el IPC 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 éste promedio no pueda ser obtenido, el gasto razonable será el monto facturado.

MEDICAMENTO NECESARIO: Servicio(s), suministro(s) o estudio(s) paraclínico(s) ordenado(s) por un médico y proporcionado(s) por un Centro Clínico u Hospitalario que cumpla con las siguientes condiciones:

- a) Que sea apropiado y esencial para el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad, lesión o embarazo del Asegurado.

- b) Que sea congruente con las normas de las prácticas médicas y farmacológicamente aceptadas.
- c) Que el servicio, suministros, estudios paraclínicos o tratamiento proporcionado sea el más conveniente al estado de salud del Asegurado, esté reconocido por la Federación Médica Venezolana y no sea de naturaleza experimental o investigativa.
- d) Que no sea para el confort o la conveniencia personal del Asegurado, de su familia o de su médico.
- e) Que no exceda en alcance, duración o intensidad para proporcionar un tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
- f) La indicación expresa de servicios, suministros, estudios, paraclínicos o tratamiento hecha por el médico tratante, no los hace medicamento necesarios.

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

AÑO – POLIZA: Período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza.

DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DE PÓLIZA: Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud o Cuestionario de Seguro, el Cuadro Póliza, Recibo de Prima y los Anexos de Cobertura que se emitan para complementarla o modificarla.

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

PRIMA: Es la única contraprestación en función del riesgo, pagadera en dinero por El Tomador a la Empresa de Seguros en las condiciones establecidas en la Póliza.

DEDUCIBLE: Cantidad indicada en el Cuadro Póliza que deberá asumir el Asegurado y en consecuencia no será pagada por la Empresa de Seguros en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto por la póliza.

SUMA ASEGURADA: Es el monto contratado que se indica en el “Cuadro Póliza” y representa la máxima responsabilidad de la Empresa de Seguros para cada uno de los Asegurados inscritos, por enfermedad o accidente durante el Año – Póliza.

INDEMNIZACION: Es la suma que deberá pagar la Empresa de Seguros 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 la Empresa de Seguros para proporcionar a los Asegurados los servicios de Asistencia Médica.

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

CLÁUSULA 3. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La Empresa de Seguros no estará obligada 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 documento 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 del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario.
3. Si El Tomador o El Asegurado actúa con culpa grave o si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario. No obstante, la Empresa de Seguros estará obligada 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 la Empresa de Seguros en lo que respecta a la póliza.
4. Si El Tomador, El Asegurado o El Beneficiario no empleare los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro, siempre que éste incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Empresa de Seguros.
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 La Empresa de Seguros.
6. Si El Tomador, El Asegurado o El Beneficiario no notificare el siniestro dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haber conocido la ocurrencia del mismo, salvo por causa extraña no imputable al Tomador al Asegurado o al Beneficiario.

7. Si El Tomador intencionalmente omitiere dar aviso a La Empresa de Seguros sobre la contratación de pólizas que cubran los mismos riesgos o si hubiese celebrado el seguro o los posteriores seguros con el fin de procurarse un provecho ilícito.

8. Por falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, el Asegurado o el Beneficiario, debidamente probadas, si por su naturaleza la Empresa de Seguros de haberlas conocido hubiese celebrado el contrato de seguros en otras condiciones.

9. En viajes aéreos del Asegurado cuando se encuentre como piloto, tripulante o pasajero en aeronaves no pertenecientes a líneas autorizadas con vuelos e itinerarios establecidos, a menos que estos viajes hayan sido declarados en la solicitud de seguros y fuesen aceptados específicamente mediante la emisión de un anexo por la Empresa de Seguros.

10. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares y Anexos de la póliza.

CLAUSULA 4. VIGENCIA DE LA POLIZA

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

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

CLAUSULA 5. RENOVACIÓN

Salvo disposición en contrario establecida en las Condiciones Particulares, la póliza será renovada automáticamente al finalizar el último periodo de la vigencia anterior y por un plazo igual, entendiéndose que la renovación no implica una nueva póliza, sino la prórroga de la anterior.

La renovación no procederá si una de las partes notificará a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante una notificación escrita a la otra parte dirigida al último domicilio que conste en el Cuadro Póliza, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del periodo de vigencia en curso.

CLÁUSULA 6. PLAZO DE GRACIA

La Empresa de Seguros concede un plazo de gracia para el pago de las primas de renovación de 30 (treinta) días continuos contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia anterior, en el entendido de que durante tal plazo la póliza continuará vigente y en caso de ocurrir algún siniestro en ese período, la Empresa de Seguros tendrá la obligación de pagar la indemnización correspondiente, previa deducción de la prima pendiente de pago. En este caso, el monto a descontar será la prima completa que corresponda al mismo período de la cobertura anterior. Si el monto indemnizable es menor a la prima a descontar, El Tomador deberá pagar, antes de finalizar el plazo de gracia, la diferencia existente entre la prima y dicho monto. No obstante, si El Tomador se negase o no pudiese pagar la diferencia de la prima antes de finalizar el plazo de gracia, la póliza se considerará prorrogada solamente por el período de tiempo que resultare de dividir el monto del siniestro indemnizable entre la prima completa que corresponda al mismo período de la cobertura anterior multiplicado por el número de días que contenga dicho período.

CLÁUSULA 7. ANULACION Y RENOVACIÓN

Transcurridos tres (3) años ininterrumpidos desde la celebración del Contrato de hospitalización, cirugía y maternidad, la Empresa de Seguros no podrá anular o negarse a renovar, siempre que El Tomador o El Asegurado pague la prima dentro del período establecido en la cláusula anterior.

CLÁUSULA 8. PRIMAS

El Tomador debe la prima desde el momento de la celebración del contrato, pero aquella no será exigible sino contra la entrega por parte de la Empresa de Seguros de la póliza, del Cuadro Póliza o Recibo de Prima o de la Nota de Cobertura Provisional. En caso de que la prima no sea pagada en la fecha de su exigibilidad o se haga imposible su cobro por causa imputable al Tomador, la Empresa de Seguros tendrá derecho a resolver la póliza o a exigir el pago de la prima debida con fundamento en la póliza.

El pago de la prima solamente conserva en vigor la póliza por el tiempo al cual corresponde dicho pago, según se haga constar en la póliza.

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

CLÁUSULA 9. AGRAVACION DEL RIESGO

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberán, durante la vigencia de la Póliza, comunicar a la Empresa de seguros todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la celebración del contrato, lo habría hecho en otras condiciones. Tal notificación deberá hacerla dentro de los cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento.

La Empresa de Seguros una vez conocido de un hecho, no declarado en la Solicitud de Seguros, que agrave el riesgo tendrá un lapso de quince (15) días continuos para proponer al Tomador la modificación del contrato o para notificar su recisión. Notificada la modificación al Tomador, este deberá dar cumplimiento a las condiciones exigidas por la Empresa de Seguros en un plazo que no exceda de quince (15) días continuos, en el caso contrario se entenderá que el contrato ha quedado sin efecto a partir del vencimiento del plazo.

En el caso de que el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no hayan efectuado la declaración y sobreviniere un siniestro, el deber de indemnización de la empresas de Seguros se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima inicial convenida y la que se hubiere aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo, salvo que el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario hayan actuado con dolo o culpa grave, en cuyo caso la Empresa de Seguros quedara liberada de toda responsabilidad.

Cuando la póliza cubra varios bienes o intereses y la reserva o inexactitud se contrajese sólo a uno o varios de ellos, la Póliza subsistirá con todos sus efectos respecto a los restantes, en este caso el Tomador deberá pagar, al primer requerimiento, el exceso de prima eventualmente debida. Caso contrario quedara sin efecto solamente con respecto al riesgo agravado.

CLÁUSULA 10. DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberán llenar la solicitud del seguro y declarar con sinceridad todas las circunstancias necesarias para identificar el bien o personas aseguradas y apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en la Ley del Contrato de Seguros

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta de la Póliza, si son de tal naturaleza que la Empresa de Seguros de haberlas conocido hubiese contratado en otras condiciones

CLÁUSULA 11. PLURALIDAD DE SEGUROS

Cuando existan varios seguros de hospitalización, cirugía y maternidad, el Tomador estará obligado, salvo en pacto contrario, a poner en conocimiento de tal circunstancia a todas las Empresas de seguros, por escrito y en un plazo de cinco (5) días hábiles, luego de ocurrido el siniestro, indicando el nombre de cada una de las empresas, el número y el periodo de vigencia de cada póliza.

Las Empresas de Seguros que estén obligadas a pagar la indemnización sobre un mismo siniestro en proporción a la suma propia asegurada, sin que pueda superarse la cuantía del daño. El Tomador, el Asegurado, o El (Los) Beneficiario (s) escogerá el orden en que presentará las reclamaciones y Las Empresas de Seguros deberán indemnizar, según los límites de su póliza y de acuerdo a las condiciones Generales y Particulares de ésta póliza, indemnizando en función de la cobertura contratada, previa deducción de lo pagado por otras pólizas.

Si el Tomador, el Asegurado, o El (Los) Beneficiario (s) omitiesen intencionalmente dicho aviso o hubiese celebrado el segundo o los posteriores seguros con el fin de procurarse un provecho ilícito, las Empresas de Seguros no quedarán obligadas frente aquellos. Sin embargo, todas las empresas conservarán sus derechos derivados de los respectivos contratos. En este caso las Empresas de Seguros, deberán tener prueba fehaciente de la conducta dolosa del Tomador, el Asegurado, o El (Los) Beneficiario (s).

CLÁUSULA 12. PAGO DE INDEMNIZACIONES

La Empresa de Seguros tendrá la obligación de indemnizar el monto de la pérdida, o daño cubierto dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que la Empresa de Seguros haya recibido el último recaudo por parte del Asegurado, salvo por causa extraña no imputable a la Empresa de Seguros.

La Empresa de Seguros podrá solicitar al Tomador, el Asegurado y o El (Los) Beneficiario (s), los resultados del diagnóstico correspondientes, los expedientes médicos y/ o clínicos y cualesquiera otra pruebas para proceder al pago del reclamo.

El Asegurado estará obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por la Empresa de Seguros a tales fines, a costa de ésta.

CLÁUSULA 13. RECHAZO DEL SINIESTRO

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

CLÁUSULA 14. ARBITRAJE

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

El Superintendente de La Actividad Aseguradora actuará directamente 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 susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la póliza. Las partes fijarán 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 15. CADUCIDAD

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

- a) En caso de rechazo del siniestro, un (1) año contado a partir de la fecha de notificación del rechazo.
- b) En caso de inconformidad con el pago de la indemnización, un (1) año contado a partir de la fecha en que la Empresa de Seguros hubiere efectuado el pago.

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

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

CLÁUSULA 16. PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA 17. SUBROGACIÓN DE DERECHOS

La Empresa de Seguros queda subrogada de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto indemnizado, en los derechos y acciones 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, por el cónyuge, por la persona con quien mantenga unión estable de hecho, por otros parientes del Asegurado o personas que convivan permanentemente con él o por las personas por las que deba responder civilmente.

El Asegurado o Beneficiario no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de recobrar de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado, so pena de perder todo derecho a indemnización bajo la póliza.

En caso de siniestro, El Asegurado o Beneficiario está obligado a realizar a expensas de La Empresa de Seguros los actos que ésta razonablemente le exija o que sean necesarios, con el objeto de que la Empresa de Seguros ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago de la indemnización.

CLÁUSULA 18. MODIFICACIONES

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

Las modificaciones se harán constar mediante anexos, debidamente firmados por un representante de la Empresa de Seguros y El Tomador, los cuales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales de la Póliza.

Si la modificación requiere pago de prima adicional, se aplicará lo dispuesto en la Cláusula 4 "Vigencia de la Póliza" y Cláusula 8 "Primas" de estas Condiciones Generales.

La modificación de la suma asegurada requerirá aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por la Empresa de Seguros con la emisión

del recibo de prima, en el que modifique la suma asegurada, y por parte del Tomador mediante comunicación escrita o por el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere. Se consideran aceptadas las solicitudes escritas de prorrogar o modificar la póliza o de rehabilitar la póliza suspendida, si la Empresa de Seguros no rechaza la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido.

CLAUSULA 19. REHABILITACIÓN

Para efectos de convenir una rehabilitación de la presente póliza y sus anexos, una vez caducada la Póliza, previa solicitud escrita por El Tomador, la cual deberá ser acompañada de una nueva Solicitud de Seguros de Hospitalización, Cirugía y Maternidad, ésta puede ser rehabilitada sólo si las personas inscritas en la misma se encuentran en buen estado de salud según declaración hecha por El Tomador y la aceptación de la Empresa de Seguros.

Esta solicitud no debe superar los ciento veinte (120) días continuos desde la fecha de exigibilidad de la prima, previo pago de las primas pendientes, con sujeción a los plazos de espera, contados a partir de la fecha de rehabilitación. La Empresa de Seguros se reserva el derecho de solicitar adicionalmente, cualquier recaudo adicional que se requiera para el análisis y aceptación del riesgo.

CLAUSULA 20. AVISOS

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

CLÁUSULA 21. DOMICILIO

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

CLÁUSULA 1. COBERTURA

La Empresa de Seguros indemnizará los gastos razonables, usuales y acostumbrados incurridos por el Asegurado, siempre y cuando tales gastos se originen como consecuencia directa de enfermedades amparadas y el tratamiento que se especifican en esta Póliza, y hasta a suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza y de conformidad con los términos y condiciones que a continuación se mencionan:

1. En un hospital o centro de Transplante por concepto de:

a. Habitación, comida y servicio general de enfermería durante la permanencia en una habitación semi-privada fuera del territorio nacional y privada en Venezuela, sala o pabellón, o unidad de cuidados intensivos.

b. Otros servicios hospitalarios (se exceptúan los artículos de uso personal que no sean de índole médica, o por servicios de cualquier clase proporcionados a un pariente cercano, acompañante o asistente), incluyendo los servicios prestados en el departamento de consulta externa del hospital).

2. En un centro de cirugía ambulatorio o independiente pero solamente, si el tratamiento, cirugía, servicio o suministro hubiese estado cubierto bajo esta Póliza de haber sido proporcionado en un hospital.

3. Por un médico tratante, por concepto de aplicación de tratamiento, cuidados médicos o cirugía. En el caso de extirpación de cáncer de piel, por cualquier método, no se pagaran beneficios, si no se adjunta a la factura u honorarios cuenta del médico tratante que diagnóstico o removió la lesión, una copia del informe patológico (biopsia), en el que se confirme la naturaleza cancerosa de dicha lesión.

CLÁUSULA 2. ENFERMEDADES AMPARADAS

2.1 Enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas, incluyendo accidentes cerebrovasculares.

2.2. Cirugía Cardíaca y angioplastia.

2.3. Tratamiento de cáncer, incluyendo quimioterapia y radioterapia.

2.4 Trasplante de órganos

2.5. Tratamiento médico quirúrgico para el paciente con trauma mayor (politraumatismo), incluyendo rehabilitación.

2.6. Tratamiento por insuficiencia renal crónica (diálisis)

2.7 Quemaduras que ameriten cuidados especiales.

2.8 Proceso séptico mayor.

CLÁUSULA 3. DEFINICIONES

CÁNCER: enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa, la metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y Leucemia.

QUIMIOTERAPIA: el uso de agentes químicos prescritos por un médico para el tratamiento y control del cáncer.

ENFERMEDAD(ES) NEUROLÓGICA(S): enfermedad en la cual el sistema nervioso central, el sistema nerviosos periférico (o ambos), se encuentra(n) afectado(s) por un proceso patológico que se origina y ocurre principalmente dentro de las mencionadas estructuras que componen el Sistema Nervioso. No se considera Enfermedad Neurológica, cualquier enfermedad o desorden que afecte en forma secundaria al sistema nervioso central, o al periférico, o el cual haya sido causado por condiciones o factores ajenos al Sistema Nervioso.

NEUROCIURUGÍA: toda intervención quirúrgica del sistema nervioso central y/o periférico, lo que incluye el cerebro y otras estructuras intracraneales, la médula espinal y las vértebras, los nervios periféricos de todo el cuerpo y los vasos sanguíneos del cerebro y la médula espinal.

ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (INFARTO CEREBRAL): es la enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro (24) horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique

apoplejía cerebral. En esta enfermedad tiene que quedar comprobada una deficiencia neurológica de una duración de por lo menos tres (3) meses.

ENFERMEDADES CEREBRALES (Tumores benignos o malformaciones vasculares): enfermedad originada por tumores benignos de las células nerviosas o en las malformaciones vasculares (aneurismas o hemangiomas), que en ambos casos se presentan en la parte central del cerebro, en la base del encéfalo o vecinos a estructuras vitales, cuyo tratamiento por extirpación resulta imposible o técnicamente muy difícil sin dejar secuelas, siendo necesario recurrir a métodos de irradiación fina.

INFARTO AL MIOCARDIO: enfermedad que consiste en la muerte de una parte del musculo del miocardio como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnostico debe ser inequívoco y respaldado por:

1. Una hospitalización debida a un historial de dolores torácicos típicos de un infarto al miocardio, y
2. Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma ECO, o aumento en las enzimas cardíacas por sobre los valores normales de laboratorio.

ENFERMEDAD DE LAS CORONARIAS QUE REQUIEREN CIRUGÍA: cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento u obstrucción, por medio de una revascularización by-pass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho.

ANGIOPLASTIA: toda intervención quirúrgica de todo procedimiento de dilatación de una arteria mediante de inflado de una balón ubicado en la punta de un catéter.

TRATAMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO PARA EL PACIENTE CON TRAUMA MAYOR (POLITRAUMATISMO), INCLUYENDO REHABILITACION: lesión física interna o externa provocada por una violencia exterior y debido a la cual el paciente puede sufrir severas incapacidades.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: etapa final de una enfermedad crónica de ambos riñones, que significa la pérdida total e irreversible del funcionamiento de estos, por lo cual se hace necesario regularmente la diálisis renal o el trasplante de riñón.

QUEMADURAS QUE AMERITIEN CUIDADOS ESPECIALES: lesión hística por acción de factores térmicos, eléctricos, químicos o por ficción, que afecta la piel y sus anexos, hipodermis, tejidos musculares y mucosas espiratoria y digestivas altas. Las

quemaduras amparadas serán aquellas de tercer grado o más que abarquen al menos 20% de la superficie del cuerpo.

PARALISIS: total y permanente pérdida del uso de dos (2) o más extremidades por parálisis debido a un accidente o enfermedad.

PROCESO SÉPTICO MAYOR: cuadro patológico causado por la presencia de microorganismos patógenos y sus toxinas, en un foco infeccioso y por la penetración permanente o periódica de estos microorganismos y sus toxinas en la circulación sanguínea, a la vez que falla la reacción general y normal de defensa contra los gérmenes y cuando no se produce una curación espontánea, por existir una situación reactiva especial como falta de anticuerpos o tratamiento inmunosupresor o cistostático.

TRANSPLANTE(S) DE ÓRGANO(S): intervención quirúrgica al Asegurado mediante la cual se trasplanta cualquiera de los órganos (o parte de uno de ellos), que se mencionan a continuación, proveniente de donante humano fallecido o vivo. Los únicos trasplantes de órganos que están cubiertos en esta póliza son los de:

a) Corazón, pulmón, páncreas, riñón e hígado, o alguna combinación de estos siempre que sea medicamente necesario.

b) Médula ósea autóloga para:

1. Linfoma de no-Hodgkin, Estado III A o B; o Estado IV A o B;
2. Linfoma de Hodgkin, Estado III A o B; o Estado IV A o B;
3. Leucemia Linfocítica aguda después de primer o segundo relapso;
4. Leucemia no- Linfocítica aguda después de primer o segundo relapso;
5. Tumores de célula germen (gameto)

c) Médula ósea alogénica para:

1. Anemia aplásica;
2. Leucemia aguda;
3. Inmunodeficiencia combinada severa;
4. Síndrome de Wiskott-Aldrich;

5. Osteoporosis infantil maligna (enfermedad de Albers Schonberg u Osteopetrosis generalizada).
6. Leucemia mielógena crónica (LMC);
7. Neuroblastoma Estado III o IV en niños menores de un año;
8. Beta talasemia homocigota (talasemia mayor);
9. Linfoma de Hodgkin, Estado III A o B, o estado IV A o B;
10. Linfoma de no- Hodgkin, Estado III o Estado IV.

CENTRO DE TRASPLANTE: es la institución, la cual:

1. Está legalmente autorizado por las autoridades competentes y que funciona como un hospital de conformidad con las leyes de la jurisdicción donde tiene su domicilio.
2. Está especialmente equipada para efectuar Trasplantes de Órganos y Trasplantes de Tejidos, y es reconocida y aceptada como centro especializado para efectuar dichos trasplantes por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional.
3. Se ocupa en primer término, y por remuneración, de proporcionar a los pacientes ingresados en la institución, y bajo la dirección de un grupo de médicos, tratamiento y cuidado a enfermos incluyendo procedimientos especiales requeridos por concepto de Trasplante de Órganos y Trasplante de Tejidos y cuidados en unidades de cuidado intensivo.
4. Proporciona en forma continua servicios de enfermería 24 horas al día, prestados por profesionales graduados y registrados; y
5. Posee los equipos e instalaciones necesarios para efectuar intervenciones de cirugía mayor, incluyendo Trasplantes de Órganos y de Tejidos.

El término Centro de Trasplante no incluye las instituciones que son usadas principalmente como centros para:

1. Descanso
2. Cuidados de Custodia
3. Cuidados de Enfermería

4. Cuidados de ancianos
5. Cuidados de convalecencia; o
6. Tratamientos de alcoholismo, adición a las drogas, condiciones nerviosas o condiciones mentales.

EXPERIMENTAL: tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o medicamento, que:

1. No ha sido ampliamente aceptado como seguro. Efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional
2. Se encuentra bajo estudio, investigación periodo de prueba, o en cualquiera fase de un experimento clínico.

HOSPICIO: institución o agencia que provee asesoramiento, apoyo y servicios médicos (en algunos casos incluyendo cuarto y comida), a personas que se encuentran en la etapa final de una enfermedad terminal.

PARIENTE CERCANO: se entiende como pariente cercano al Asegurado, a su cónyuge, hijos, hijas, hermanos, hermanas, padres, tíos, tías, sobrinos, sobrinas, abuelos, abuelas, cuñados y cuñadas.

CLÁUSULA 4. PERÍODO DE ESPERA

Todos los Asegurados inscritos en la Póliza tendrán derecho a los beneficios garantizados, una vez transcurrido los Plazos de Espera que se especifican a continuación:

1. Tendrá cobertura inmediata en caso de accidentes ocurridos después de la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza, siempre que se haya cancelado la prima correspondiente.
2. Cuando la enfermedad, que pueda dar origen a hospitalización, intervención quirúrgica o tratamiento médico, se contraiga u origine después de seis (6) meses contados desde la fecha de inclusión del Asegurado en esta Póliza.

CLAUSULA 5. EXCLUSIONES

- a) **Guerra, invasión, actos cometidos por un enemigo extranjero, guerra civil, rebelión, revolución o insurrección.**
- b) **Radiación, reacción atómica o contaminación radioactiva, así como la inhalación de veneno, inhalación de gases o vapores venenosos.**
- c) **Cuando la enfermedad grave que pueda dar origen a hospitalización, intervención quirúrgica o tratamiento médico, se hubiese contraído u originado con anterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza, y no haya sido declarada al momento de la suscripción del seguro.**
- d) **Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) así como todas las enfermedades causadas o relacionadas al virus HIV positivo, incluyendo la enfermedad de Sarcoma de Kaposi, Síndrome Complejo relativo al SIDA (SCRS), linfomas o cualquier neoplasia vinculada con el HIV, SCRS o SIDA, si al momento del diagnóstico clínico el Asegurado tuvo o tiene el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o cualquier enfermedad similar o asociada a esta.**
- e) **Enfermedades como consecuencia de la adicción o intoxicación de drogas o alcohol.**
- f) **Lesiones intencionalmente inferidas a sí mismo por el Asegurado, esté o no en su sano juicio.**
- g) **Enfermedades o tratamientos médicos relacionados, causados o derivados del uso, ingesta o adicción a las drogas, estupefacientes o narcóticos, fármacos o bebidas alcohólicas, así como también los accidentes ocurridos cuando el Asegurado se encuentra bajo la influencia del alcohol y las drogas (Sin importar su grado de presencia en la sangre) o en estado de sonambulismo.**
- h) **Accidentes producidos a consecuencia de actividades o deportes notoriamente peligrosos tales como: uso de vehículos de carrera de cualquier tipo sea como conductor o pasajero, competencia en autos, motos terrestres o acuáticas, motocross, andinismo o alpinismo o escalamiento de montañas, cacería de fieras, pesca submarina, bos, rodeo, rugby, puenting, ala delta, parapente, downhill, trecking, y los deportes de alto riesgo.**

i) **Enfermedades o intervenciones quirúrgicas como consecuencia de tratamientos o procedimientos médicos o cirugías con fines estéticos o cirugía plástica o reconstructiva.**

j) **Por acto delictivo contra el Asegurado cometido en calidad de autor o cómplice por el beneficiario o heredero.**

k) **Para la cobertura adicional de indemnización por primer diagnóstico de Enfermedades Graves se excluye además:**

1. Personas que se encuentran postradas o inválidas al momento de suscribir esta póliza.

2. Asegurados con diagnóstico de una de las enfermedades Graves indemnizados por esta cobertura, serán excluidos automáticamente de la cobertura de Enfermedades Graves, no pudiendo ser indemnizado nuevamente bajo esta cobertura.

3. Exámenes y estudios especiales rutinarios de cualquier índole.

4. Chequeos médicos y/o despistaje de cualquier enfermedad, y/o tratamientos preventivos.

5. Gastos relacionados con el síndrome cerebral o gastos custodiales, en caso de senilidad o deterioro cerebral, síntomas cerebrales de migraña, lesión cerebral causada por traumatismo o hipoxia y la enfermedad vascular que afecte al ojo o al nervio óptico y las alteraciones isquémicas del sistema vestibular.

6. Los tumores que presenten cambios malignos característicos del carcinoma in situ, incluyendo la displasia cervical (leve, moderada o severa), la leucoplasia, tumores borderline u otros considerados por histología como pre malignos.

7. Todas las hiperqueratosis, los carcinomas basocelulares de la piel, los melanomas con espesor menor de 1.5mm determinado por examen histológico o cuando la invasión sea menor del nivel 3 de Clark.

8. Todos los carcinomas de células escamosas de la piel, excepto cuando se trate de diseminación hacia otros órganos. Cáncer de la piel, con excepción de melanoma maligno.

9. Tumores no malignos, así como tumores de la próstata (Excepto si el grado de Gleason es mayor a 6 o siempre que sea un nivel clínico T2N0M0).

10. Leucemia linfocítica crónica excepto si alcanzó el nivel A de la prueba de Bidet.

11. Cáncer que se hubiese contraído u originado con anterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza, y no haya sido declarada al momento de la suscripción del seguro.

12. Enfermedades de las coronarias con excepción de la angioplastia de globo, cualquier otra técnica que no requiera cirugía.

l) Cargo por cualquier servicio, tratamiento o suministro:

1. Que resulten de cualquier enfermedad, transplante de órgano o de tejido que no estén amparados por la Póliza, así como de las enfermedades que sean causadas por un transplante de órgano o tejido debidamente amparadas.

2. Cualquier tratamiento médico o quirúrgico proporcionado por personal paramédico, médico o enfermera que tenga parentesco con El Asegurado, dentro del segundo grado de consanguinidad o afinidad. Enfermeras privadas para la atención personalizada o para el cuidado del paciente fuera y dentro del centro clínico u hospitalario.

3. Actos médicos no aprobados por la Federación Médica Venezolana: acupuntura, medicina naturista, homeopática, sistémica, alternativa, estética, terapia celular, cámara hiperbárica, entre otros y aquellos de naturaleza experimental o investigativa.; o que haya sido suministrado por un centro de servicios que no esté reconocido como hospital o centro de transplante.

4. Proporcionado antes de la inclusión del Asegurado en esta cobertura o después de su exclusión o de que el mismo dejare de tener vigor; o durante el periodo de espera, tal como se define en esta cobertura.

5. Prótesis externas o aparatos mecánicos o bioeléctricos, ayudas auditivas, calzados ortopédicos. Gastos incurridos para la adquisición de muletas, sillas de ruedas, andaderas o cualquier aparato ortopédico que se requiera para uso temporal. Si el costo del alquiler fuese superior al precio de compra del aparato, la Empresa de Seguros indemnizará de acuerdo al precio de compra.

6. Causado directa o indirectamente por veneno, inhalación de gases o vapores venenosos.

7. Drogas o medicinas que hayan sido dispensadas por un establecimiento no autorizado para el expendio de productos farmacéuticos o que hayan sido obtenidas sin prescripción médica.
8. Servicios, Honorarios médicos o medicamentos cuyas facturas presentadas no cumplan con las exigencias de Ley.
9. Proporcionado para, o como resultado de un transplante, por el cual el receptor es dotado de equipo artificial o mecánico, o de artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos, o cuando el donante es especie animal.
10. Transplante de órgano o tejido cuando el Asegurado sea donante para terceros.
11. Incurrido por servicios de custodia, cuidado de la salud en el hogar, o servicios proporcionados en un centro o institución de convalecencia, hospicio, asilo u hogar de ancianos (aun cuando tales servicios sean requeridos o necesitados como consecuencia de enfermedad amparada).
12. Ambulancia aérea y gastos de transporte, distinto a ambulancias terrestres que se requieran en la misma ciudad y que no sean previamente autorizadas por parte de la Empresa de Seguros. Si la hospitalización, tratamiento médico o intervención quirúrgica se debiese a alguna enfermedad o por un tratamiento o intervención no cubierto según las condiciones de la presente póliza, y se presentare alguna complicación, el caso será considerado a los efectos de este seguro, como un caso de enfermedad no amparado bajo la cobertura de la presente póliza.

CLAUSULA 6. LIMITE 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.

CLAUSULA 7. DEDUCIBLE

Se entiende por deducible el monto que será deducido del monto cubierto razonable, usual y acostumbrado, al gasto reclamado al momento de la indemnización, y que aparece indicado en el Cuadro Póliza. La aplicación del mencionado deducible será por persona y año póliza.

CLÁUSULA 8. PERSONAS ASEGURABLES

Podrán inscribirse en la Póliza y ser asegurados los integrantes del grupo familiar del Asegurado Titular que se especifican más adelante, siempre que gocen de buena salud, convivan o dependan económicamente de él:

- a) Cónyuge o persona con quien mantenga unión estable de hecho.
- b) Hijos(as) solteros(as) mayores de treinta (30) días de nacido (a) y hasta los diez y ocho (18) años, pudiendo permanecer hasta los veinticinco (25) años en caso de se encuentre cursando estudios, en cuyo caso deberá presentarse la constancia de estudio que lo demuestre.
- c) Padres del Asegurado Titular o de su cónyuge o persona con quien mantenga unión estable de hecho, con un número máximo de cuatro (4) ascendientes en total.
- d) Hermanos(as) solteros(as) mayores de un (1) año de edad, hasta los dieciocho (18) años, pudiendo permanecer hasta los veinticinco (25) años en caso de se encuentre cursando estudios, en cuyo caso deberá presentarse la constancia de estudio que lo demuestre.

CLÁUSULA 9. CONTINUIDAD DEL SEGURO

Cualquier Asegurado distinto al Asegurado Titular, mayor de dieciocho (18) años de edad, podrá notificar por escrito a la Empresa de Seguros su deseo de continuar asegurado o contratar una nueva Póliza considerándose los derechos adquiridos por él hasta ese momento en la Póliza anterior, en caso de:

- a) Fallecimiento del Asegurado Titular: notificar a la Empresa de Seguros dentro de los treinta (30) días continuos antes del vencimiento de la vigencia de la Póliza.
- b) Contraer matrimonio: tendrá un lapso de treinta (30) días continuos para suscribir separadamente otra Póliza.
- c) Para los hijos y hermanos que hayan alcanzado la edad de veinticinco (25) años y deseen continuar asegurados, treinta (30) días continuos desde la fecha de su exclusión.

CLÁUSULA 10. INCLUSION DE FAMILIARES

Las personas asegurables que no hayan sido inscritas en la Póliza al momento de la formalización de la misma, podrán inscribirse en cualquier período de la Póliza, previa

llenado de la Solicitud de Seguro correspondiente, comenzando la efectividad del seguro desde el momento en que se reciba la solicitud y esta sea aceptada por la Empresa de Seguros, además de haberse cancelado la prima en la fecha de exigibilidad de la misma. La Empresa de Seguros se reserva el derecho de solicitar exámenes médicos y cualquier recaudo adicional que se requiera para el análisis y aceptación del riesgo.

Queda entendido que todos los Asegurados gozarán de inmediato de los beneficios previstos en la Póliza, una vez transcurridos los "Plazos de Espera" indicados en la Cláusula 4 de estas Condiciones Particulares y sujeto a las condiciones y limitaciones establecidas en esta Póliza.

CLÁUSULA 11. INDEMNIZACION

La indemnización será la cantidad que resulte de restar a los gastos amparados el deducible indicado en el Cuadro Póliza, aplicando el deducible contratado y sin que exceda de la Suma Asegurada; sujeta a la aplicación de Gastos Razonables, Usuales y Acostumbrados indicados en la Cláusula 2 DEFINICIONES de las Condiciones Generales de la Póliza.

La Empresa de Seguros efectuará las indemnizaciones de los gastos cubiertos según la presente Póliza, detallados en la CLÁUSULA 1: COBERTURA de estas Condiciones Particulares y en moneda nacional, dentro de los treinta (30) días continuos siguientes de haber recibido en la oficina de la Empresa de Seguros, toda la documentación requerida.

En los casos en que el gasto sea ocasionado en el exterior, toda la documentación a presentar debe estar legalmente traducida al idioma Castellano y las facturas debidamente canceladas deberán ser selladas por el Consulado o Embajada de la República Bolivariana de Venezuela en el País donde se prestaron los servicios. Los gastos generados por traducción y autenticación correrán por cuenta del Asegurado. La indemnización se efectuará en moneda nacional a la tasa de cambio oficial vigente, establecida por el Banco Central de Venezuela, para el momento de la ocurrencia del siniestro, siempre y cuando la reclamación resulte válida según las Condiciones Generales, Particulares y Anexos de esta póliza. La base del cálculo para la indemnización será como si dicha intervención quirúrgica, hospitalización o tratamiento se hubiese efectuado en la República Bolivariana de Venezuela en la fecha que ocurrió el evento.

CLAUSULA 12. CARTA AVAL

Sin perjuicio a lo establecido en la Cláusula 1: COBERTURA, de estas Condiciones Particulares, el Asegurado está obligado a obtener de la Empresa de Seguros una certificación de los beneficios pagaderos por esta Póliza, por los gastos ocasionados por Hospitalización, Cirugía y Ambulancia derivados de las enfermedades amparadas en esta Póliza. Para obtener la pre-certificación, el Asegurado o la persona que actúe en su nombre, deberá comunicarse con la Empresa de Seguros, por lo menos setenta y dos (72) horas antes de la fecha señalada para el procedimiento quirúrgico o tratamiento médico, la hospitalización. En caso de que dicho procedimiento quirúrgico o tratamiento médico sea requerido como consecuencia de una emergencia y que la misma condición de emergencia impidiese la debida notificación con antelación a La Empresa de Seguros, el Asegurado o la persona que actúe en su nombre, deberá comunicarse con la Empresa de Seguros personalmente, en cuanto le sea posible y dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la ocurrencia del evento de origen al procedimiento quirúrgico o tratamiento médico, a los efectos de obtener la certificación correspondiente a los gastos ya incurridos o por incurrir, salvo por causas extrañas no imputables al Asegurado. Si después de la Pre-Certificación inicial, fueran necesarios días adicionales de hospitalización, el médico de cabecera deberá antes de haber transcurrido el último de los días certificados originalmente, ponerse en contacto con La Empresa de Seguros para efectuar la Pre-Certificación de los días de hospitalización adicionales medicamente necesarios.

Cuando el Asegurado no cumpla con los requisitos de Pre-Certificación, dentro de los lapsos de tiempo mencionados, La Empresa de Seguros indemnizará solo el setenta y cinco por ciento (75%) de los gastos usuales, razonables y acostumbrados por concepto de servicios médicos prestados en las zonas donde fueron efectuados, cuando dichos gastos fueren causados fuera de la República Bolivariana de Venezuela.

Cuando se trate de Ambulancia Aérea y el asegurado no cumpla con la Pre-Certificación en los lapsos de tiempo arriba mencionados, El Asegurador indemnizará solo el veinticinco por ciento (25%) de los gastos usuales, razonables y acostumbrados por concepto de Ambulancia Aérea.

CLAUSULA 13. FORMAS DE LA INDEMNIZACIÓN

La Empresa de Seguros pagará la indemnización que corresponda bajo cualquiera de las siguientes opciones:

a) Mediante el reembolso al Asegurado Titular de los gastos usuales, razonables y acostumbrados incurridos en caso intervención quirúrgica, hospitalización o tratamiento

médico cubierto según las Condiciones Generales, Particulares y Anexos, que hubiesen sido cancelados por él o cualquiera de los beneficiarios. La reclamación deberá formularse a la Empresa de Seguros dentro de los treinta (30) días continuos siguientes de haber recibido la atención médica o de su egreso del Centro Clínico u Hospitalario.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular antes de haberse hecho efectivo el pago, el reembolso se hará al Asegurado que recibió la atención médica, o a la persona que se autorice para tal fin.

b) En caso de intervención quirúrgica o atención médica electiva, La Empresa de Seguros prestará el servicio que requiere el Asegurado mediante la emisión de la Pre-certificación y respectiva Carta Aval otorgada a favor de un Médico o de un Centro Clínico u Hospitalario legalmente autorizados. Mediante la emisión de la Carta Aval La Empresa de Seguros se hará responsable por los gastos cubiertos que correspondan según las condiciones y límites establecidos en la póliza.

La Empresa de Seguros se reserva el derecho de someter al Asegurado a reconocimiento o control de los médicos designados por ésta, así como a visitarlo durante la hospitalización y exigir toda la documentación que considere necesaria para el análisis del reclamo.

CLAUSULA 14. RECAUDOS PARA LA INDEMNIZACION

Las indemnizaciones según la presente Póliza se pagarán sobre la base de los siguientes recaudos:

- a) Declaración de siniestro debidamente completada, firmada por el Asegurado y el Médico Tratante.
- b) Informes y certificaciones de Médicos e instituciones hospitalarias legalmente autorizadas. Los informes y certificaciones deberán estar firmados y sellados por el médico tratante.
- c) Original del resultado de los estudios clínicos efectuados, con su respectivo informe sellado y firmado por el profesional de la medicina que lo practicó.
- d) Prescripciones de los exámenes médicos debidamente firmados y sellados por el médico tratante
- e) Récepes de indicación médica y documentos originales concernientes a servicios expresamente cubiertos por esta póliza y dispensados al Asegurado.

f) Facturas originales de servicio, honorarios médicos, medicamentos u otros insumos relacionados debidamente detallados en la misma, con el diagnóstico médico, debidamente selladas por el médico tratante y/o Centro Hospitalario y que cumplan con las exigencias de Ley.

g) Copia de la Cédula de Identidad del Asegurado Titular y Beneficiario.

h) En los casos de emergencias y/o accidentes deberán anexar carta narrativa indicando fecha, hora, lugar y circunstancias en las cuales se produjo la misma. Así mismo deberán anexar informe de las autoridades competentes que participaron en el levantamiento del accidente y/o denuncia formulada ante los organismos competentes.

i) En los casos de tratamientos continuos y/o prolongados, el Asegurado se compromete a suministrar mensualmente a la Empresa de Seguros, en original, los informes médicos evolutivos de la afección y las facturas debidamente canceladas que cumplan con las exigencias de Ley y comprobante de pago, por los servicios médicos amparados, médicamente necesarios recibidos.

En los casos en que La Empresa de Seguros requiera documentos adicionales para la evaluación del Siniestro, éste podrá solicitarlos dentro de los quince (15) días continuos contados a partir de la fecha en que se haya recibido la documentación anterior, esto se hará por escrito y por una sola vez, la cual deberá ser entregada por parte del Asegurado, dentro de los diez (10) días continuos contados a partir de la fecha de la solicitud.

Si el Asegurado no hiciere la reclamación en los lapsos indicados, a menos que compruebe que la misma dejó de realizarse por una causa extraña no imputable al Asegurado, perderá el derecho a la indemnización que le otorgue esta póliza.

En cualquier momento, La Empresa de Seguros tiene el derecho de solicitar a los Proveedores de Servicios Médicos Asistenciales, Médicos Tratantes, Centro Clínico u hospitalario, Autoridades respectivas y otras entidades que asistieron al Asegurado, cualesquiera otras informaciones adicionales que estime necesarias que se requieran para la evaluación de la reclamación.

CLAUSULA 15. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO Y BENEFICIARIO

a) Llenar la solicitud de Seguros y declarar con sinceridad todas las circunstancias necesarias solicitadas por la Empresa de Seguros, para apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en el contrato.

- b) Pagar la prima en la forma, frecuencia y tiempo convenido, en el Cuadro Póliza.
- c) Probar la ocurrencia del siniestro.
- d) Permitir que se tomen todas las medidas necesarias que fuesen posibles adoptar a objeto de reducir al mínimo las consecuencias del accidente o enfermedad cubierta por la Póliza, incluyendo las medidas de control de costos, evaluación de servicios y cualquier otra medida considerada como necesaria por la Empresa de Seguros.
- e) Llenar la Solicitud de Reclamos de siniestro, certificando la exactitud de su reclamación y de cuantos aspectos estén consignados en la misma.
- f) Autorizar al Médico Tratante y al Centro Clínico u Hospitalario para dar información acerca del estado físico, historia clínica y demás circunstancias que originaron la reclamación, relevándolos de guardar el secreto médico.
- g) Notificar por escrito a la Empresa de Seguros el advenimiento de cualquier incidente que afecte su responsabilidad, expresando claramente las causas y circunstancias de lo ocurrido.
- h) Cumplir con toda y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran la póliza.

El incumplimiento de estas obligaciones, exonerará a la Empresa de Seguros del pago de la Indemnización, salvo en el caso que compruebe que dejó de realizarse por una causa extraña no imputable al asegurado.

CLÁUSULA 16 EXTENSION TERRITORIAL

Los beneficios que otorga esta póliza tienen validez en cualquier lugar del mundo donde se encuentre el Asegurado Titular y demás Asegurados para la atención médica de una enfermedad amparada en la presente póliza, y la Empresa de Seguros garantiza el pago de las indemnizaciones previstas en las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y los Anexos de acuerdo a los términos y condiciones establecidos en los mismos, siempre que el país de Residencia del Asegurado Titular y demás Asegurados se ala República Bolivariana de Venezuela.