

Entre LA VENEZOLANA DE SEGUROS Y VIDA, C.A., número de Registro de Información Fiscal J-00021447-6, inscrita en el Registro Mercantil Segundo de la Circunscripción Judicial del Distrito Capital y Estado Miranda, en fecha 21 de abril de 1955, bajo el N° 70, tomo 4-A Sgdo., domiciliada en Caracas; Distrito Capital, que en adelante se denominará el Asegurador, representada por el ciudadano ADOLFO ALDANA en su carácter de Presidente Ejecutivo, facultado según consta en documento inscrito ante la Notaria Pública Primera del Municipio Baruta del Estado Miranda bajo el N° 40, tomo 115, en fecha 05 de noviembre de 2008, y el Tomador, identificado en el Cuadro Póliza Recibo, han convenido en suscribir el presente contrato de seguro, el cual está conformado y se regirá 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.

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

El Asegurador se compromete a asumir los riesgos indicados en el contrato de seguro, hasta la suma asegurada señalada en el Cuadro Póliza Recibo.

#### **CLÁUSULA 2. DEFINICIONES**

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

**Asegurador:** LA VENEZOLANA DE SEGUROS Y VIDA, C.A., quien asume los riesgos cubiertos en esta Póliza.

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

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

**Asegurado Titular:** Persona indicada con este carácter en el Cuadro Póliza Recibo, quien ejerce los derechos de los Asegurados ante el Asegurador.

**Beneficiario:** Persona que tiene el derecho de recibir el pago de la indemnización a que hubiere lugar. En caso de reembolso, el Asegurador pagará la indemnización al 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.

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

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

**Cuadro Póliza Recibo:** Documento en el que se indica, como mínimo, la siguiente información: número de la Póliza, identificación completa del Asegurador y de su domicilio principal, identificación completa del Tomador, de los Asegurados y de los Beneficiarios, dirección del Tomador, dirección de cobro, dirección del Asegurado Titular, nombre del intermediario de seguros, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma de pago, vigencia del contrato, fecha de emisión del contrato, deducible, si lo hubiere, y firmas del Asegurador y del Tomador.

El Cuadro Póliza Recibo será entregado al Tomador conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los anexos, si los hubiere, y los demás documentos que formen parte integrante de la Póliza. En la renovación la obligación procederá para los nuevos documentos o para aquellos que hayan sido modificados.

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

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

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

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

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

### **CLÁUSULA 3. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**El Asegurador no estará obligado al pago de la indemnización en los siguientes casos:**

- 1. Si el Tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios relacionados con esta Póliza.**
- 2. Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario.**
- 3. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario. No obstante, el Asegurador estará obligado al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el Asegurador en lo que respecta a la Póliza.**

4. Si el siniestro se inicia antes de la vigencia del contrato y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador.
5. Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no empleare los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro, siempre que este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador.
6. Si el Tomador o el Asegurado Titular actúa con dolo o culpa grave, según lo señalado en la Cláusula 8. Declaraciones en la Solicitud de Seguro, de estas Condiciones Generales.
7. Si el Asegurado o el Beneficiario incumpliere lo establecido en la Cláusula 12. Subrogación de Derechos, de estas Condiciones Generales, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.
8. Si el Tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, actuando con dolo o culpa grave, obstaculiza los derechos del Asegurador estipulados en esta Póliza.
9. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares de la Póliza.

#### **CLÁUSULA 4. VIGENCIA DEL CONTRATO**

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

#### **CLÁUSULA 5. PAGO DE LA PRIMA**

El Tomador debe pagar la primera prima anual en el plazo de diez (10) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia del contrato. Si la prima no es pagada o se hace imposible su cobro por causa imputable al Tomador en el plazo establecido, el Asegurador tendrá derecho a exigir el pago correspondiente o resolver la Póliza. En caso de resolución, 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 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 ajustar o resolver 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 declaró con inexactitud el Tomador o el Asegurado Titular. En caso de resolución, ésta se producirá a partir del decimosexto (16°) día siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de seguros, correspondiente al período que falte por transcurrir se encuentre a disposición del Tomador en la caja del Asegurador. Corresponderán al Asegurador las primas relativas al período transcurrido hasta el momento en que se haga esta notificación. El Asegurador no podrá resolver el contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haber conocido la verdadera entidad del riesgo. Igualmente, si ocurre un siniestro antes del vencimiento de los plazos de un (1) mes o de dieciséis (16) días antes mencionados, según sea el caso, el pago de la prestación también se reducirá en los términos mencionados en este párrafo. Si el Tomador o el Asegurado Titular actúa con dolo o culpa grave, el Asegurador quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la prima.

Cuando la reserva o inexactitud se contrajese sólo a una o varias de las personas cubiertas por la Póliza, ésta subsistirá con todos sus efectos respecto a las restantes, si ello fuera técnicamente posible.

#### **CLÁUSULA 9. FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE**

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

#### **CLÁUSULA 10. PAGO DE INDEMNIZACIONES**

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

#### **CLÁUSULA 11. RECHAZO DEL SINIESTRO**

El Asegurador deberá notificar por escrito al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario, en el plazo señalado en la cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifiquen el rechazo, total o parcial, de la indemnización exigida.

#### **CLÁUSULA 12. SUBROGACIÓN DE DERECHOS**

El Asegurador queda subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto pagado, en los derechos y acciones del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario contra los terceros responsables.

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

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

En caso de siniestro, el Asegurado o el Beneficiario está obligado a realizar a expensas del Asegurador, cuantos actos sean necesarios y todo lo que éste pueda razonablemente requerir, con el objeto de permitir que ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago.

Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario 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**

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

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

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

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

#### **CLÁUSULA 18. AVISOS**

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

Las comunicaciones entregadas al intermediario de seguros 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.

## **CLÁUSULA 1. INTERPRETACIÓN DE TÉRMINOS**

A los efectos de esta Póliza, los términos que se señalan a continuación tendrán el siguiente significado:

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

**Emergencia Médica:** Condición que compromete la vida o la integridad física del Asegurado, cuya atención no puede ser diferida y su diagnóstico ha sido hecho por un médico calificado de la institución hospitalaria prestadora de los servicios de salud.

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

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

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

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

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

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

1. No haya sido aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento médico de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional; o
2. Su uso esté restringido a objetivos clínicos disciplinados que posean valor o beneficio para propósitos clínicos de la disciplina y estudios científicos; o



3. No se haya probado de manera objetiva que posea valor o beneficio terapéutico; o
4. Esté bajo estudio, investigación, en un período de prueba o en cualquier fase de un experimento o ensayo clínico.

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

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

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

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

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

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

Este concepto es aplicable a toda adquisición de insumos, suministros, instrumentos especiales o equipos médicos.

**Medicamento Necesario:** Conjunto de medidas o procedimientos ordenados y suministrados por un médico o institución hospitalaria, que se ponen en práctica para el tratamiento, curación o alivio de una enfermedad o lesión, bajo las siguientes características:

1. Que sea apropiado para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del Asegurado.
2. Que sea congruente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina en la República Bolivariana de Venezuela y por la Federación Médica Venezolana o por la comunidad médica del país donde se presta 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.

## CLÁUSULA 2. GASTOS CUBIERTOS

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

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

Están cubiertos los gastos generados por tratamiento médico, intervención quirúrgica (incluyendo el tratamiento postoperatorio), servicios hospitalarios, procedimiento médico, medicamentos, suministros, equipos e instrumentos especiales, médicamente necesarios para la atención de las alteraciones a la salud del Asegurado amparadas por la Póliza. Queda además entendido que:

1. Los gastos por concepto de pago de honorarios médicos, conjuntamente con los demás beneficios cubiertos por esta Póliza, están sujetos a la suma asegurada contratada.
2. Los medicamentos deben haber sido indicados bajo prescripción médica específica, ser necesarios para el tratamiento médico de la enfermedad y/o lesión que causa el reclamo del Asegurado y ser adquiridos en un establecimiento autorizado para el expendio de productos farmacéuticos.
3. El material médico quirúrgico y los suministros serán indemnizados contra la presentación del desglose de su consumo y costo facturado por parte de la Institución Hospitalaria, siempre que hayan sido necesarios para el tratamiento de la enfermedad, lesión o procedimiento realizado al Asegurado.
4. Los gastos hospitalarios cubiertos se refieren exclusivamente al servicio de habitación corriente (distinta a habitaciones especiales o de lujo, suites y semi-suites), los cuales incluyen la alimentación del paciente, conforme a la prescripción facultativa, y hasta por el máximo del costo de la habitación privada corriente en la institución hospitalaria. Además están cubiertos los gastos por uso de teléfono (llamadas locales), admisión, uso de la televisión del cuarto ocupado por el Asegurado hospitalizado y el costo de pernoctas del acompañante, cuando ocupe la misma habitación que el paciente Asegurado. No se consideran gastos cubiertos otros gastos hospitalarios diferentes a los antes mencionados y los que genere el acompañante por concepto de alimentación.
5. El servicio de enfermera particular estará amparado, siempre que sea prestado dentro de la institución hospitalaria y ordenado por el médico tratante, dada la gravedad del paciente y la necesidad de atención especializada. El Servicio de enfermera privada para el cuidado del paciente estará amparado, siempre que haya sido previamente autorizado por el Asegurador. La enfermera debe ser profesional graduada, legalmente facultada para ejercer la profesión.
6. Están cubiertos los gastos por concepto de adquisición e implantación de prótesis: oculares, de cadera, de miembros superiores e inferiores, cardiovasculares, articulares, de vías digestivas,

derivaciones ventriculoperitoneales, marcapasos cardíacos, así como las dentales, auditivas, testiculares, de mamas y cualquier otra, que podrían ser requeridas por la pérdida de órganos o miembros como consecuencia de enfermedades y/o lesiones sufridas por el Asegurado, que hayan sido diagnosticadas, tratadas y amparadas durante la vigencia del contrato y cuya indicación médica sea de carácter permanente.

Con respecto a las prótesis auditivas, está cubierta una (1) cada tres (3) años, salvo en aquellos casos en que la pérdida auditiva progrese y requiera, antes de ese lapso, de una prótesis de mayor ganancia o potencia en decibeles.

El Asegurador podrá suministrar la prótesis requerida de acuerdo con la disponibilidad y/o existencia de la misma en su red de proveedores de suministros médicos-quirúrgicos. En caso que no exista disponibilidad de la prótesis en la referida red, el Asegurado podrá adquirirla, previo acuerdo con el Asegurador.

7. Están cubiertos los gastos para la adquisición de muletas y sillas de ruedas manuales que se requieran para uso permanente como consecuencia de una alteración a la salud del Asegurado amparada por la Póliza.
8. Están cubiertos los gastos de alquiler por concepto de aparatos ortopédicos, sillas de ruedas manuales y camas especiales, así como equipos para la administración de oxígeno, respiradores artificiales, otros equipos para el tratamiento médico de parálisis respiratoria y, en general, todos aquellos relacionados con cualquier clase de equipos e instrumentos especiales, siempre que no sean consecuencia de alteraciones de la salud del Asegurado ocurridas con anterioridad a la contratación de la Póliza. Cuando el costo del alquiler por el tiempo estimado de uso, de acuerdo al criterio del médico tratante, supere el costo de adquisición, el Asegurador podrá efectuar la compra de estos y una vez culminado el proceso de rehabilitación del Asegurado o su utilización, éste deberá, a solicitud del Asegurador, efectuar su devolución dentro de los treinta (30) días continuos.
9. Están cubiertos los gastos por concepto de quimioterapia, radioterapia, fluoroscopias, radiografías, isótoposradioactivos, pruebas de metabolismo, electrocardiogramas, ultrasonidos, resonancias magnéticas, tomografías, exámenes de laboratorio y otros similares, que guarden relación con la causa u origen del tratamiento médico o de la hospitalización, siempre que se requieran en el diagnóstico o atención de una alteración a la salud del Asegurado amparada por la Póliza.
10. La cobertura que ofrece el presente contrato se extiende a tratamientos odontológicos que sean originados como consecuencia de un accidente que ocurra durante su vigencia, siempre que estos tratamientos se realicen, como máximo, dentro de los noventa (90) días continuos y siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.
11. Están cubiertos los gastos por atención ambulatoria.
12. Los gastos por concepto de honorarios médicos por intervención quirúrgica están limitados a un (1) cirujano principal, un (1) ayudante y un (1) anesthesiólogo. El Asegurador reconocerá los

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

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

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

13. Están cubiertos los gastos por atención médica recibida en instituciones hospitalarias públicas e instituciones benéficas, los cuales serán pagados exclusivamente contra la presentación de facturas y soportes originales que demuestren la cancelación de los gastos incurridos, siempre que la enfermedad y/o lesión que los originó esté amparada por esta Póliza.
14. Están cubiertos los gastos por concepto de rehabilitación, prescrita por el médico tratante y practicada por profesionales autorizados en la materia, destinada a la recuperación de la capacidad física perdida como consecuencia de un siniestro amparado por la presente Póliza.
15. Están amparados los gastos por concepto de intervención quirúrgica de tipo reconstructiva originada por un siniestro cubierto por la Póliza. La intervención quirúrgica deberá ser realizada dentro de los ciento ochenta (180) días continuos siguiente a la ocurrencia del siniestro. Este plazo podrá extenderse si a juicio del médico tratante la reconstrucción deba efectuarse en una fecha posterior, siempre que la póliza se mantenga en vigor para el momento en que se realice la intervención quirúrgica.
16. Están cubiertos los gastos por concepto de ambulancia terrestre dentro del Territorio Nacional, siempre que el médico tratante lo considere necesario.
17. Están cubiertos los gastos por Servicios de Analgesia Post Operatoria, siempre que sea requerido por una enfermedad o accidente cubierto por la Póliza y el médico tratante lo considere médicamente necesario.

18. Los hijos del Asegurado Titular, nacidos durante la vigencia de la Póliza, estarán cubiertos durante los primeros treinta (30) días continuos de vida bajo la cobertura básica de la madre, siempre que ésta se encuentre vigente para el momento del nacimiento. Para que los hijos puedan continuar con la cobertura, el Tomador deberá solicitar su inclusión en la Póliza en el referido lapso y pagar la parte proporcional de la prima correspondiente al período que falte por transcurrir, conforme con lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza; caso en el cual, el Asegurador no aplicará los plazos de espera y exclusiones temporales previstos en esta Póliza.
19. Están cubiertos los gastos de intervención quirúrgica por obesidad mórbida, basada en un índice de masa corporal superior a 40 Kg./m<sup>2</sup>, previo cumplimiento del siguiente protocolo: dos (2) evaluaciones de un Nutricionista, con una diferencia de al menos treinta (30) días continuos entre cada evaluación; una (1) evaluación de un Endocrinólogo; una (1) evaluación de un Neumólogo; una (1) evaluación de un Psicólogo, una (1) evaluación de un Psiquiatra y una (1) evaluación de un Médico Internista, que incluya un informe de chequeo cardiovascular.  
  
Queda entendido que el protocolo debe tener una vigencia no mayor de noventa (90) días antes de la solicitud de la intervención quirúrgica.  
  
Asimismo, corresponde al Asegurado cumplir con el referido protocolo y los gastos que se generen estarán amparados por esta Póliza, siempre que exista un diagnóstico positivo de la enfermedad.
20. Están cubiertos los gastos para tratamientos de las enfermedades originadas como consecuencia directa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

### CLÁUSULA 3. COBERTURA INMEDIATA

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

### CLÁUSULA 4. PLAZOS DE ESPERA

Los Asegurados inscritos en el seguro tienen derecho a gozar de las coberturas y beneficios establecidos en ésta Póliza, una vez transcurridos los Plazos de Espera que se especifican a continuación, los cuales serán contados a partir de la fecha de comienzo de la Póliza o la inclusión del Asegurado, según sea el caso:

1. Once (11) meses para las siguientes enfermedades: adenoiditis no infecciosa, cefaleas vasculares (migraña), vértigo o laberintitis, faringo - amigdalitis (sola o combinada) no infecciosa, hemorroides, hidrocele, incontinencia urinaria, otitis no infecciosa, trastornos de la laringe, trastornos de piel y anexos (no infecciosos), tumores de piel y del tejido celular subcutáneo y virus de papiloma

humano, salvo por lo dispuesto en la Cláusula 3. Cobertura Inmediata, de estas Condiciones Particulares.

2. Diez (10) meses para intervención quirúrgica por obesidad mórbida y para las enfermedades del aparato reproductor femenino que requieran intervención quirúrgica.
3. Tres (3) meses para cualquier otra alteración a la salud del Asegurado, siempre que no esté excluida temporal o permanentemente en esta Póliza.

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

#### CLÁUSULA 5. EXCLUSIONES TEMPORALES

Los Asegurados inscritos en el seguro están amparados por los siguientes casos o alteraciones a la salud, una vez transcurridos dieciocho (18) meses, contados a partir de la fecha de comienzo de la Póliza o la inclusión del Asegurado en la misma, según corresponda: pruebas alérgicas y tratamientos desensibilizantes para las alergias, tumores benignos de mamas, gigantomastia juvenil que provoque evidente trastornos a nivel de la columna cervical y dorsal, aneurisma, arritmia cardíaca, arterosclerosis, discopatías degenerativas, artropatías, bronquiectasias, calacio (chalazion), cáncer, cardiopatía isquémica, cataratas, enfermedad cerebro vascular, trastornos causados por colesterol y triglicéridos, hipertensión arterial, diabetes y sus complicaciones, enfermedad biliar y sus complicaciones, enfermedad bronco pulmonar obstructiva crónica, síndrome de hiperreactividad bronquial, enfermedad de d'quervain, enfermedades desmielinizantes, enfermedades difusas del tejido conjuntivo, enfermedad diverticular y sus complicaciones, enfermedades endocrinas, enfisema pulmonar, estenosis de canal medular, estrabismo, eventración, fimosis o parafimosis, enfermedades de próstata, enfermedades del testículo, fistulas, esofagogastroduodenopatías, glaucoma, hallux valgus, hepatopatías, hernias, hipertrofia de cornetes, malformaciones arterio-venosas, neumopatías profesionales, osteoartrosis, osteoporosis, otosclerosis, tumores y ptosis del párpado, pólipos, pterigión, quiste de cápsula articular, valvulopatías, enfermedades renales, retinopatías, rinosinusopatías, septoplastia funcional, síndrome de compresión radicular, síndrome de los recesos laterales, síndrome de vías urinarias y sus complicaciones, síndrome del túnel del carpo, síndrome neurológico de alteración de la vía piramidal o extrapiramidal, enfermedades de tiroides, defectos de refracción (la cobertura se limita al tratamiento quirúrgico de la miopía e hipermetropía, superior a 3 dioptrías), trastornos hematológicos primarios, tromboembolismo pulmonar, tumoraciones diferentes a las indicadas en el numeral 1 de la Cláusula 4. Plazos de Espera de estas Condiciones Particulares, várices, varicocele, enfermedades del intestino delgado, grueso, recto y ano, no mencionadas en el numeral 1 de la Cláusula 4. Plazos de Espera, de estas Condiciones Particulares. Si el Tomador o el Asegurado solicitare un incremento en la suma asegurada o cambio de plan, para las cantidades en exceso comenzará a considerarse nuevamente el lapso de dieciocho (18) meses, contados a partir de la fecha en que se produjo el incremento o cambio de plan, por tanto de ocurrir un siniestro antes del vencimiento de este plazo, el Asegurador indemnizará

sobre la base de la suma asegurada o plan contratado antes de la modificación, siempre que el plazo de dieciocho (18) meses previamente aplicable hubiere vencido.

## CLÁUSULA 6. EXCLUSIONES

El Asegurador no cubre los gastos relacionados con:

1. Lesiones ocasionadas como consecuencia o se den en el curso de: guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con alguna organización que realice actividades dirigidas a la sustitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.
2. Lesiones o enfermedades producidas por radiación nuclear, fisión, fusión, radiaciones ionizantes o contaminación radiactiva, salvo que se originen por una causa extraña no imputable al Asegurado.
3. Lesiones o enfermedades causadas por terremoto, temblor de tierra, maremoto, tsunami, inundación, movimientos de masas, flujos torrenciales, huracanes, tornado, tifón, ciclón, eventos climáticos, granizo, erupción volcánica o cualquier otra convulsión de la naturaleza o perturbación atmosférica.
4. Lesiones ocasionadas como consecuencia de la participación activa del Asegurado en actos delictivos, motín, conmoción civil, disturbios populares, saqueos, disturbios laborales o conflictos de trabajo.
5. El suicidio o sus tentativas, así como las lesiones que el Asegurado se cause intencionalmente.
6. Lesiones ocasionadas como consecuencia de la participación activa del Asegurado en duelos o riñas, a menos que se compruebe que no han sido provocados por el Asegurado o que éste actuó en legítima defensa.
7. Lesiones ocasionadas como consecuencia de la práctica del Asegurado de los siguientes deportes o actividades de alto riesgo: caza, automovilismo, motociclismo, motocross, karting, scooters, competencia de ciclismo, benji, buceo, submarinismo, esquí acuático, esquí en nieve, rafting, descensos de rápidos, surf, windsurf, remo, pesca en alta mar, pesca submarina, motonáutica, navegación en aguas internacionales en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, fútbol americano, rugby, saltos ornamentales, paracaidismo, vuelo en ícaro, vuelo a vela, vuelo en globo, vuelo en parapente, vuelo en planeador, vuelo en ultraligero, velerismo, vuelo delta, coleo, competencia de equitación, polo, hipismo, rodeo, boxeo, lucha, artes marciales, jiu jitsu, viet vo dao, full contact, competencia de levantamiento de pesas, tiro, espeleología, alpinismo y escalada, salvo que el Asegurador convenga con el Tomador la cobertura de estos gastos.
8. Enfermedades decretadas como epidémicas por el organismo público competente, en lo que se refiere a los gastos que se hayan ocasionado luego de haber sido declaradas como tales.
9. Tratamientos contra la dependencia del alcohol, de drogas estupefacientes y psicotrópicas y sus complicaciones, agudas o crónicas, el etilismo; así como los accidentes ocurridos bajo la influencia

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



- tratamientos de cualquier índole de la articulación temporomaxilar. No obstante, queda a salvo lo dispuesto en el numeral 10 de la Cláusula 2.- Gastos Cubiertos, de estas Condiciones Particulares.
24. Embarazo, parto, cesárea, aborto y legrado uterino por aborto, sus consecuencias y complicaciones. Consultas y exámenes pre y post natal.
  25. Tratamientos médicos o intervención quirúrgica por disfunciones o insuficiencias sexuales, infertilidad, inseminación artificial, fertilización in vitro, impotencia, Peyronie, frigidez, esterilización, inversión de la esterilización, cambio de sexo y las complicaciones que se deriven de ellos, así como tratamientos anticonceptivos y sus consecuencias.
  26. Tratamientos para la obesidad o reducción de peso. No obstante, queda a salvo lo establecido en el numeral 19 de la Cláusula 2. Gastos Cubiertos, de estas Condiciones Particulares.
  27. Estudios, tratamientos y hospitalizaciones por alteraciones hormonales con repercusión en el crecimiento y/o desarrollo.
  28. Tratamientos para el Virus Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). No obstante, queda a salvo lo establecido en el numeral 20 de la Cláusula 2. Gastos Cubiertos, de estas Condiciones Particulares.
  29. Honorarios como consecuencia de cualquier tratamiento, proporcionado por un médico o enfermera que tenga parentesco con el Tomador o el Asegurado, dentro del segundo grado de consanguinidad o afinidad, o que viva con éstos.
  30. Tratamientos para terapia ocupacional, educacional o de lenguaje. Tratamientos fisioterapéuticos. No obstante, queda a salvo lo establecido en el numeral 14 de la Cláusula 2.- Gastos Cubiertos, de estas Condiciones Particulares.
  31. Impuestos, gastos de cobranza, limpieza, microfilm, historias clínicas, estacionamiento, misceláneos y otros costos no definidos ni relacionados con el tratamiento de la afección declarada.
  32. Tratamiento médico, intervención quirúrgica, servicios hospitalarios, procedimiento médico, medicamentos, suministros, equipos e instrumentos especiales, cuyas facturas no cumplan con las exigencias del Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (SENIAT).
  33. Medicamentos sin prescripción facultativa, ni medicamentos con prescripción facultativa no relacionadas con la enfermedad o lesión tratada.
  34. La adquisición de los siguientes equipos médicos utilizados para controles de salud y/o prevención: tensiómetro, glucómetro, cepillos dentales, humidificador, irrigador dental, colchón de aire anti escaras y equipos de resucitación.

#### CLÁUSULA 7. OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD

El Asegurador no estará obligado al pago de la indemnización si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no notificare el siniestro o no entregare los documentos solicitados por el Asegurador dentro de los plazos establecidos en la Cláusula 8. 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 8. PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE LA COBERTURA**

Si cualquier Asegurado requiere la prestación de servicios garantizados por esta Póliza, se tomará en cuenta lo siguiente:

1. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario podrá solicitar el reembolso de los gastos incurridos. El Asegurador pagará la indemnización al Asegurado Titular con base en los documentos originales de: las certificaciones médicas, informaciones del proveedor del servicio, facturas, récipes con indicación médica concernientes a los productos y/o servicios expresamente cubiertos por esta Póliza y dispensados al Asegurado, que cumplan con las exigencias legales. Si otra empresa de la actividad aseguradora hubiere pagado parte de los gastos incurridos por el Asegurado, deben entregarse al Asegurador el finiquito y las facturas originales indemnizadas, con el sello correspondiente.

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario 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 especial en los casos de tratamiento continuado o prolongado, mensualmente, en original, las facturas y comprobantes de pago por los productos y/o servicios recibidos y amparados por esta Póliza.

Cuando el Asegurado reciba los servicios fuera de la República Bolivariana de Venezuela, las facturas deberán ser traducidas al idioma castellano, si fuere el caso, y estar selladas por el respectivo Consulado o Embajada de la República Bolivariana de Venezuela. La indemnización se efectuará al costo razonable que tengan los servicios en la República Bolivariana de Venezuela, en moneda nacional a la tasa de cambio oficial de venta vigente, establecida por el Banco Central de Venezuela, para la fecha en que el Asegurador 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.

2. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario podrá solicitar Carta Aval al Asegurador. En este supuesto, deberá suministrar el presupuesto detallado de los gastos médicos por los productos y los servicios a ser prestados por el proveedor, así como los resultados de los exámenes preoperatorios y el informe médico donde se señale el diagnóstico, el tratamiento médico y/o la intervención quirúrgica a efectuarse. El

Tomador, el Asegurado o el Beneficiario 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.

3. 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.
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 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:

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

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

#### **CLÁUSULA 10. TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA CADA ASEGURADO**

El seguro bajo esta Póliza terminará cuando se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

1. Cuando el cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho con el Asegurado Titular termine su relación con él.
2. Si el hijo del Asegurado Titular o de su cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho, cumple la edad de veinticinco (25) años, contraiga matrimonio o mantenga unión estable de hecho. Cuando alguna de las personas mencionadas en el numeral 4 de la cláusula anterior, deje de depender económicamente del Asegurado Titular.
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, 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.

**CLÁUSULA 11. ÁMBITO DE LA COBERTURA**

La cobertura de esta Póliza se extiende a cualquier parte del mundo.

POR EL ASEGURADOR

EL TOMADOR

## **PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL ANEXO DE COBERTURA DE ACCIDENTES PERSONALES**

---

Para ser adherido y formar parte integrante de la Póliza de Seguro de Salud Individual N° \_\_\_\_\_, contratada por: \_\_\_\_\_ y emitida a nombre de \_\_\_\_\_ es válido únicamente para las personas inscritas en el cuadro póliza, con vigencia desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.

### **CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO**

EL Asegurador garantiza las indemnizaciones con respecto a lesiones corporales provenientes de accidentes sufridos por El Asegurado durante la vigencia de la Póliza, que ocasionen o den lugar a la muerte o a la incapacidad permanente que pudiere contraer El Asegurado, según los términos y condiciones descritos en este anexo, pero únicamente y exclusivamente contra aquellos riesgos que se señalen específicamente cubiertos en el Cuadro Póliza Recibo y hasta los límites indicados en el mismo, conforme con los términos y condiciones que se señalan en este Anexo. A su vez, el Tomador y/o Asegurado Titular se obliga a pagar la prima adicional correspondiente de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza a la cual se adhiere este Anexo.

### **CLÁUSULA 2. DEFINICIONES PARTICULARES**

**MUERTE ACCIDENTAL:** Se refiere al fallecimiento de El Asegurado como consecuencia de un accidente amparado por este Anexo.

**INVALIDEZ PERMANENTE:** La pérdida anatómica o impotencia funcional permanente de miembros u órganos que sean consecuencia de lesiones corporales por un accidente cubierto por este Anexo.

### **CLÁUSULA 3. COBERTURAS Y BENEFICIOS**

**La Cobertura y beneficios otorgados por este Anexo son aquellos que figuran en el Cuadro de Póliza Recibo, para los cuales se haya pagado la prima correspondiente a cada uno de ellos, indicados a continuación:**

**3.1. MUERTE ACCIDENTAL:** Si a consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado y amparado por la Póliza a la cual se adhiere este Anexo y ocurrido durante la vigencia de la misma, le sobreviniera la muerte dentro de un (1) año contado a partir de la fecha de ocurrencia del mismo, El Asegurador pagará a los Beneficiarios designados, El Capital Asegurado indicado en el Cuadro Póliza Recibo, vigente para el momento del Accidente.

**3.2. INVALIDEZ PERMANENTE:** Si a consecuencia de un accidente sufrido por El Asegurado y amparado por la Póliza a la cual se adhiere este Anexo y ocurrido durante la vigencia de la misma, le sobreviniera dentro de un (1) año contado a partir de la fecha de ocurrencia del mismo, cualquiera de los casos de invalidez señaladas en la Escala de Indemnizaciones, El Asegurador pagará la cantidad resultante de aplicar el porcentaje estipulado en dicha escala, al Capital Asegurado indicado en el Cuadro Póliza Recibo, vigente para el momento del Accidente.

**ESCALA DE INDEMNIZACIÓN**

Muerte	100%
Invalidez total y permanente, Parálisis completa	100%
Pérdida por amputación o inutilización absoluta de ambos pies, ambas manos, ambas piernas, ambos brazos, un brazo y pierna o un pie, una pierna y un brazo o una mano	100%
Enajenación mental incurable	100%
Ceguera absoluta de ambos ojos	100%
Pérdida Total de la audición (sordera total bilateral y el habla)	100%
Inutilización de un brazo o una pierna o una mano	60%
Pérdida Total del habla	56%
Sordera total bilateral	50%
Inutilización total de la visión de un ojo	40%
Pérdida de todos los dedos de la mano	40%
Pérdida de la articulación de la rodilla	25%
Pérdida de los dedos pulgar e índice de la mano	25%
Pérdida de la función del hombro, de la muñeca, del codo, de la articulación tibiotarsiana	20%
Pérdida de más de dos dedos de la mano que no sean pulgar e índice	20%
Sordera total unilateral	15%
Pérdida de un dedo de la mano que no sea pulgar e índice	10%
Pérdida total del dedo gordo del pie	10%

Los casos de invalidez no mencionados específicamente en la escala de Indemnizaciones, serán indemnizadas de acuerdo a su gravedad, comparándolas de ser posible con los casos previstos.

Los casos de enajenación mental, pérdida del habla y sordera a parte de su condición de ser irreparable para ser considerados como tales, es preciso que hayan tenido una duración interrumpida de ciento ochenta (180) días por lo menos, contados desde la fecha del accidente.

En caso de varias pérdidas o inutilizaciones a consecuencias de un mismo accidente, se sumaran los importes correspondientes a cada una de ellas, sin que el total pueda exceder del beneficio de invalidez permanente.

La evaluación de la invalidez por lesiones en miembros u órganos sanos, sufrida en un accidente, no puede ser aumentada por el estado de invalidez de otros miembros u órganos no afectados en el accidente.

En el caso de que varias pérdidas o inutilizaciones afecten a un mismo miembro, la indemnización no podrá exceder del valor fijado por la pérdida total de dicho miembro. Cuando la incapacidad así establecida alcance el 80% se considera incapacidad total permanente y se pagara por consiguiente el ciento por ciento (100%) de la suma asegurada.

Los defectos físicos que el Asegurado hubiese tenido antes de la entrada en vigencia de la presente póliza, no darán lugar a indemnizaciones.

Si las consecuencias de un accidente fueren agravadas por efecto de una enfermedad, complejión, o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, desconociendo El Asegurador tal circunstancias, la indemnización se fijara de acuerdo con las consecuencias que, presumiblemente el mismo accidente

hubiere producido sin la mencionada agravación, salvo que este fuere la consecuencia del accidente cubierto por la Póliza y ocurrido la vigencia de la misma.

En ningún caso se podrá pagar más del 100% del monto de la cobertura contratada para este Anexo.

#### **CLÁUSULA 4. EXCLUSIONES**

Adicionalmente a las exclusiones contempladas en el Condicionado General y Particular de la Póliza a la cual se adhiere este Anexo, a los efectos de este Anexo, no se considerará accidente los causados por:

- a) Las enfermedades y lesiones con ellas relacionadas siempre que no sean producidas a consecuencia de un accidente cubierto por este Anexo.
- b) Como consecuencia de desvanecimientos, síncope, infartos, ataques de apoplejía, epilepsia, estado de sonambulismo o desarreglo mental o Delirium tremens y accidentes a consecuencia de invalidez existente antes de la entrada en vigencia de este Anexo.
- c) Insolaciones o congelaciones, siempre y cuando sean a consecuencia de la negligencia, imprudencia o impericia del Asegurado.
- d) Viajes aéreos como piloto, tripulante o pasajero de cualquier tipo de aeronave privada, salvo como pasajeros en líneas aéreas comerciales regulares.
- e) Como consecuencia de picaduras de animales o insectos que transmiten o producen enfermedades y pandemias.
- f) Como consecuencia de accidentes ocurrido antes de la entrada en vigencia de este Anexo, aunque este se manifieste durante la vigencia del mismo.
- g) La infracción de leyes o de reglamentos vigentes, por parte del Asegurado.
- h) El uso de motos, motocicletas, motonetas y vehículos similares cuando al Asegurado sea conductor o pasajero.
- i) Practica no profesional de deportes alto riesgo.
- j) Práctica profesional de deporte no declarado en la solicitud.
- k) Daño moral o lucro cesante a que estén obligados a pagar los padres o representante legal del Asegurado por Daños a terceros.

#### **CLÁUSULA 5. BENEFICIARIOS**

##### **5.1. Beneficiario en caso de muerte Accidental**

En caso de fallecimiento accidental de uno de los Asegurados inscritos diferente al Titular, el capital asegurado será pagado al Asegurado Titular en un 100%. En caso de fallecimiento accidental de El Asegurado Titular, estando la Póliza en pleno vigor, dentro de los términos y condiciones de este Anexo, El Asegurador se compromete a pagar el Capital Asegurado para El Asegurado a el(los) Beneficiario(s) indicado(s) en el Cuadro Póliza recibo según sea el caso, de acuerdo a las estipulaciones y condiciones que se establecen en la presente Cláusula.



Una vez presentada de reclamación y demostrado con prueba fehaciente el fallecimiento de El Asegurado Titular, la cualidad o condición de Beneficiario(s) o Heredero(s) Legal(es), según sea el caso, así como los demás documentos estipulados en la CLÁUSULA 7 PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO de este Anexo, El asegurador procederá a indemnizar a El(los) Beneficiario(s) designado(s) o a El (los) Heredero(o) Legal(es), según sea el caso, el monto indicado en el Cuadro Póliza Recibo, como Capital Asegurado para el Asegurado. Si El Asegurado Titular o su Representante Legal, según sea el caso designado a más de un Beneficiario, Salvo estipulación en contrario, la distribución del Capital Asegurado, se hará en partes iguales entre los Beneficiarios.

En el supuesto que algún Beneficiario designado falleciere antes o simultáneamente con El Asegurado Titular, la parte correspondiente a este acrecerá en favor de los Beneficiarios sobrevivientes, distribuyéndose la parte correspondiente al Beneficiario fallecido, en forma proporcional entre el resto de los Beneficiarios sobrevivientes, de conformidad con los porcentajes estipulados para cada uno por El Asegurado Titular o en partes iguales si no hubiere estipulación expresa sobre la distribución del Capital Asegurado. Si todos los Beneficiarios nombrados hubieren fallecido antes o simultáneamente con El Asegurado Titular, el Capital Asegurado se pagará a El(los) Heredero(s) Legal(es) de El Asegurado Titular, los cuales deberán demostrar tal condición.

En caso de inexactitud o error en el nombre de algún(os) Beneficiario(s) que haga imposible su identificación, dará derecho a acrecer la prestación convenida a favor de los demás Beneficiarios designados.

El Asegurado Titular o su Representante Legal, según sea el caso, puede revocar en cualquier momento la designación de El(los) Beneficiario(s), de la misma forma en que fue(ron) designado(s), siempre y cuando no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.

Queda entendido y convenido que única y exclusivamente cuando no exista ningún Beneficiario designado por El Asegurado Titular o su Representante Legal, el pago que correspondiente se hará a su(s) Heredero(s) Legal(es) salvo en el caso que habiendo El Asegurado Titular o su Representante Legal designado uno o más Beneficiario(s) el porcentaje o la sumatoria de los porcentajes estipulados para cada Beneficiario(s) sea inferior al cien por ciento (100%) de la suma Asegurada, en cuyo caso podrán concurrir el(los) Heredero(s) Legal(es) por la cantidad resultante de deducir a la Suma Asegurada la proporción que le correspondiera a El(los) Beneficiarios(s) designado(s).

Si el Capital Asegurado corresponde pagársele a El(los) Heredero(s) Legal(es) de El Asegurado Titular, El Asegurador queda autorizado por este a distribuir en partes iguales el pago a que hubiere lugar, y solo quedará obligado con respecto a aquellos herederos que durante el periodo de treinta días (30) días continuos siguientes, contados a partir de la fecha de la notificación por el fallecimiento de El Asegurado, hubiesen concurrido ante El Asegurador alegando tal carácter, quedando El Asegurador relevado de toda responsabilidad para con cualesquiera otro(s) Heredero(s) Legal(es) que pudieran existir y que no hubiesen concurrido a presentar su reclamo por escrito en el plazo anteriormente señalado y comprobado según lo establecido en la Cláusula 7 PROCEDIMIENTOS EN CASO DE SINIESTRO de este Anexo.

## **5.2. Beneficiario en caso de invalidez Permanente**

En caso de que el Asegurado quedara inválido de manera permanente, y que conforme a los términos y condiciones de este Anexo tuviere derecho a recibir la correspondiente indemnización, El Asegurador solo estará obligado a realizar la misma directamente a este, o a su Representante Legal si El Asegurado fuera menor de edad.

Si como consecuencia de la invalidez Permanente El Asegurado mayor de edad quedará imposibilitado para recibir la indemnización a que hubiere lugar y a firmar el finiquito correspondiente, El Asegurador hará entrega de la mencionada indemnización a que se contrae la Cobertura por invalidez Permanente, a El Representante Legal de El Asegurado, liberándose así de su obligación frente a El Asegurado.

## **CLÁUSULA 6. CAMBIO DE BENEFICIARIO**

El Asegurado Titular tiene derecho durante la vigencia de este Anexo, a designar nuevo beneficiario, siempre que no exista cesión alguna sobre la póliza, en cuyo efecto participará por escrito al Asegurador de dicha designación. No obstante, el cambio solicitado se hará efectivo el día hábil siguiente a la fecha de recepción de la referida solicitud, siempre y cuando para el momento de dicha recepción el Asegurado no haya fallecido.

## **CLÁUSULA 7. PROCEDIMIENTOS EN CASO DE SINIESTRO**

En caso de Accidente, que cause o no muerte del Asegurado, éste o su Representante Legal deberá dar aviso por escrito al Asegurador en un plazo no mayor de diez (10) días continuos, contados a partir de la fecha de haber tenido conocimiento del accidente.

El Asegurado, su Representante Legal o el(los) Beneficiario(s), según sea el caso, deberá, dentro de los veinte (20) días continuos a partir de la fecha del Aviso de Siniestro o dentro de cualquier plazo mayor que, por escrito, le hubiese concedido El Asegurador, entregar la siguiente documentación:

- a) Un informe escrito con todas las circunstancias relativas a la ocurrencia del siniestro.
- b) El o los formularios que para tal efecto disponga El Asegurador.
- c) Informe de la autoridad competente que intervino en el accidente, si fuese el caso.
- d) Una relación detallada de cualesquiera otros seguros vigentes de Accidentes Personales, de Vida, de Salud que ampare(n) dicho siniestro. Adicionalmente deberá consignar los recaudos que a continuación se especifican según el motivo de la reclamación:

### **En caso de Muerte Accidental:**

1. Acta de defunción
2. Cédula de identidad del fallecido (Partida de Nacimiento si es menor de edad y no tiene Cédula de Identidad)
3. Copia certificada del Informe Forense y Copia certificado del Informe del informe Policial, Judicial o Fiscalía si fuese el caso.
4. Cédula de Identidad de El(los) beneficiario(s) designado(s)

5. Autorización emitida por un Tribunal de Menores (en caso de que el Beneficiario o Heredero sea menor de edad).
6. En el caso que no haya sido designados Beneficiarios y corresponda indemnizar a los Herederos Legales, Declaración de Únicos y Universales Herederos emanado de tribunal Competente, así como Copia certificada de los documentos que acrediten la filiación con El Asegurado tales como Acta de Nacimiento, o similares, según sea el caso.

**En caso de invalidez Permanente:**

1. Informe detallado del médico que atendió a El asegurado en el momento del accidente.
2. Los informes médicos y certificados médicos que acrediten la invalidez resultante, su origen, el tipo y duración.
3. Certificación que acredite la invalidez emitida por autoridad competente (Ejm. Organismo de Seguridad Social). Si fuere el caso.
4. Informe médico de alta.

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 entrego el último de los documentos requerido 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 diez (10) días hábiles siguiente a la fecha en que se entrego el último de los documentos adicionales. En estos casos, se establece un plazo de treinta (30) días continuos para la presentación de los recaudos solicitados por el Asegurador, contados a partir de la fecha de la solicitud de los mismos, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario.

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

**CLÁUSULA 8. EXÁMENES MÉDICOS**

El Asegurador se reserva el derecho de solicitar y El Asegurado se obliga, a ser evaluado y que se le practiquen los exámenes médicos necesarios, en la Institución pública o privada o por profesional de la medicina, que designe El Asegurador, bien para la contratación, renovación de la Póliza o para la tramitación de cualquier reclamación. En el supuesto de que El Asegurador solicite la evaluación y exámenes indicados, el costo de los mismos será por cuenta de éste.

En el caso que El Asegurador solicitare la evaluación indicada anteriormente, para la tramitación de un reclamo y conforme al resultado de dicha evaluación, existiera discrepancia con el diagnóstico y certificación del médico tratante, de común acuerdo el Asegurado Titular o algun representante de éste y El Asegurador elegirá una institución pública o privada o profesional de la medicina, a fin de que realice una tercera evaluación, diagnóstico y certificación del estado de salud de El Asegurado afectado. El resultado de la tercera evaluación se considerará como definitivo a los efectos de la reclamación y el costo de la misma será pagado por El Asegurado Titular y El Asegurador en partes iguales.

### **CLÁUSULA 9. OTRAS EXENCIONES DE RESPONSABILIDAD**

La presente Póliza se celebra bajo el principio de buena fe sobre información suministrada por parte de El Tomador y El Representante legal de El Asegurado al tiempo de solicitar el seguro, en consecuencia, El Asegurador queda relevado de toda responsabilidad, y El Representante Legal de El Asegurado o el(los) Beneficiario(s) o Heredero(s) Legal(es), según sea el caso, perderán todo derecho a prestación por el siniestro objeto de la reclamación, en caso que:

- a) Si algún(os) Heredero(s) Legal(es), según no concurre con (el)los otro(s) Heredero(s) Legal(es) dentro del lapso establecido en este Anexo para alegar su condición o cualidad de tal, conforme se estipula en la **CLÁUSULA 5: BENEFICIARIOS** de este Anexo, El Asegurador no será responsable frente a El(los) Heredero(s) que no hubiesen concurrido;
- b) Si El Tomador, El Asegurado, el Beneficiario o cualquier otra persona que obre por cuenta de ellos, no entregase la documentación correspondiente para la tramitación de un reclamo, dentro de los términos y lapsos previstos en la **CLÁUSULA 7 PROCEDIMIENTOS EN CASO DE SINIESTRO** de este Anexo, a menos que se demuestre la existencia de cualquier causa extraña no imputable que impidan su cumplimiento.
- c) Si El Asegurado o su Representante Legal asumieren cualquier tipo de responsabilidad frente a tercera personas, sin el previo consentimiento de EL Asegurador.

### **CLÁUSULA 10. INTRANSMISIBILIDAD**

El presente Anexo de Seguros es intransmisible, en consecuencia, ningún fideicomiso, depósito, traspaso, negociación, Contrato u acto similar que tenga por objeto la cesión de derechos sobre las coberturas y beneficios de este Anexo tendrá efectos frente a El Asegurador, quedando este liberado de toda responsabilidad y obligación respecto a cualquier diferente a El Asegurado, su Representante Legal, Beneficiario(s) o Heredero(s) Legal(es), según sea el caso, indicados en la Póliza.

### **CLÁUSULA 11. CONDICIONES APLICABLES**

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

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

El presente anexo, forma parte de la Póliza Integral Individual, emitida únicamente para las personas inscritas en el Cuadro-Recibo de la Póliza.

Las indemnizaciones derivadas de las prestaciones de este Anexo tendrán en todo caso, carácter complementario de las que puedan corresponder al Tomador y/o Asegurado Titular por otros seguros de cualquier clase que tenga contratados con La Compañía.

### **CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO**

Mediante esta cobertura, La Compañía se compromete a cubrir lo señalado en la Cláusula 3 del presente Anexo, como consecuencia del fallecimiento del Asegurado Titular o cualquiera de los Asegurados inscritos en el Cuadro-Recibo de la Póliza de cual forma parte esta cobertura, hasta por la Suma Asegurada indicada como límite en el Cuadro Recibo y bajo los términos y condiciones contemplados.

### **CLÁUSULA 2. DEFINICIONES**

**UNIDAD DE ATENCIÓN PERMANENTE:** se refiere a la Central Telefónica de la Compañía indicada en el Cuadro Recibo a la cual el Asegurado podrá solicitar, durante las 24 horas del día y los 365 días del año , incluyendo días no hábiles, los servicios amparados en este Anexo.

**RED DE PROVEEDORES:** personas e instituciones legalmente autorizadas para suministrar servicios funerarios al Asegurado. Queda entendido que los proveedores de servicios son contratistas independientes y la presentación de los mismos no generará responsabilidad para La Compañía.

### **CLÁUSULA 3. COBERTURA**

**Como consecuencia del fallecimiento del asegurado, La Compañía se obliga a cubrir los siguientes servicios:**

#### **A) SERVICIO FUNERARIO**

- 1. Preparación y arreglo normal del cadáver;**
- 2. Ataúd tipo C-4 angelical;**
- 3. Almacenamiento del cadáver máximo por veinticuatro (24) horas ;**
- 4. Capilla velatoria en la funeraria o en el domicilio;**
- 5. Cafetín;**
- 6. Oficios religiosos;**
- 7. Habitación de descanso**
- 8. Una (1) cruz de flores;**
- 9. Tramitación de certificado de defunción;**

**10. Gestiones necesarias para la inhumación o cremación del fallecido.**

**B) SERVICIO DE TRANSPORTE**

1. Desde el lugar del fallecimiento a la funeraria o domicilio para el velatorio y desde este al cementerio a nivel nacional;
2. Carroza fúnebre;
3. Dos (2) vehículos para acompañantes.

**C) SERVICIO DE CEMENTERIO**

1. Lápida sencilla sin foto;
2. Parcela en cementerio municipal con capacidad para dos (2) puestos o cremación por un máximo de seis (6) horas;
3. Gastos de inhumación.

**CLÁUSULA 4. ASEGURADOS**

Están amparados bajo este Anexo el Asegurado Titular de la Póliza y sus familiares, debidamente identificados en el Cuadro Recibo, siempre que gocen de buena salud, convivan y dependan económicamente del Asegurado Titular.

- a) Cónyuge o persona con quien mantenga unión estable de hecho, hasta los sesenta y seis (66) años.
- b) Hijos(as) solteros(as) mayores de treinta (3) días de nacido (a) y hasta los veinte y cinco (25) años.
- c) Padres hasta los sesenta y seis (66) años.
- d) Hermanos(as) solteros(as) mayores de un (1) año de edad, hasta los veinte y cinco (25) años.

**CLÁUSULA 5. PLAZOS DE ESPERA**

Esta cobertura para los Asegurados indicados en el Cuadro Recibo comenzará a surtir efecto después de **haberse cumplirse** un plazo de sesenta (60) días continuos, contados a partir de la fecha de comienzo de la póliza. En aquellas circunstancias en las cuales la incorporación del algún dependiente de haga después de la entrada en vigencia de la póliza, el plazo de espera del nuevo asegurado será de noventa (90) días.

Los plazos indicados no serán aplicables en caso de que el fallecimiento sea como consecuencia única y exclusivamente de un accidente.

**CLÁUSULA 6. EXCLUSIONES**

La Compañía no prestará los servicios contemplados en esta cobertura cuando el fallecimiento de los asegurados indicados en el Cuadro Recibo sobrevengan a consecuencia de:

- a) Daños o lesiones ocasionados por guerra, armas nucleares, contaminación radioactiva, acto de terrorismo o cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con cualquier organización

que realice actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo.

- b) Fisión o fusión nuclear, radiaciones ionizantes o contaminación radioactiva o contaminación ambiental de todo tipo.
- c) El suicidio de alguno de los Asegurados, si el mismo ocurre dentro de los primeros doce (12) meses ininterrumpidos de cobertura, contados a desde la fecha de celebración de la póliza de la cual forma parte esta cobertura.
- d) Provocado por intoxicaciones, Pandemias o enfermedades bacteriales.

#### **CLÁUSULA 7. OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD**

La Compañía quedara relevada de toda responsabilidad y se perderá todo derecho a indemnización, cuando:

- a) Se utilicen servicios de personas o instituciones no afiliadas a la Red de Proveedores.
- b) Al momento de requerir los servicios funerarios, no haya sido pagada la prima de la póliza de la cual forma parte esta cobertura.
- c) Este cancele directamente el servicio de los gastos funerarios.
- d) No hayan transcurrido los plazos de espera respectivos, indicados en la Cláusula 5 de esta cobertura.
- e) El fallecimiento ocurra como consecuencia de:
  - 1. La participación activa en la comisión de actos delictivos u ocurra cuando el mismo participe activamente en duelos, riñas, siempre que este último no sea en defensa propia.
  - 2. Estar sometido a presidio, prisión o cualquier pena privativa de la libertad.

#### **CLÁUSULA 8. OBLIGACIÓN EN CASO DE SINIESTRO**

Al ocurrir un siniestro amparado por este anexo, el Tomador y/o asegurado Titular o su representante legal estarán obligados a notificar en forma inmediata a la unidad de atención permanente el fallecimiento del Asegurado, indicando en forma inmediata los datos del mismo: nombre, apellidos, cédula de identidad, lugar donde se encuentra el fallecido, posibles causas del deceso y número telefónico de contacto.

#### **CLÁUSULA 9. PRESTACIÓN DE SERVICIO**

Los servicios descritos en la Cláusula 3, Cobertura, serán cubiertos a través de la Red de Proveedores establecida por La Compañía; en tal sentido, el Asegurado podrá escoger la funeraria de su preferencia de aquellas ofrecidas por la red de Proveedores. Queda entendido que durante la vigencia de esta Cobertura, dicho listado podrá sufrir modificaciones sin que por esta razón se afecte la prestación del servicio.

Por otra parte, los riesgos cubiertos no serán indemnizados por La Compañía en ningún caso por vía de reembolso.

#### **CLÁUSULA 10. EXTENSIÓN TERRITORIAL**

La presente cobertura cubre los servicios exclusivamente en la República Bolivariana de Venezuela.

**CLÁUSULA 11. APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES**

Todos los términos y condiciones aplicables a este Anexo se regirán por lo establecido en las Condiciones generales y Particulares de la Póliza a la cual se adhiere, a menos que surjan contradicciones entre ambas, en cuyo caso prevalecerán las de este anexo.



Para ser adherido y formar parte integrante de la Póliza de Seguro de Salud N° \_\_\_\_\_ contratada por: \_\_\_\_\_ y emitida a nombre de \_\_\_\_\_, es válido únicamente para las personas inscritas en el cuadro póliza, con vigencia desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.

### **CLÁUSULA 1. OBJETO DEL ANEXO**

El Asegurador garantiza los costos por servicios profesionales Odontológicos u Oftalmológicos, si fuera el caso, que requieran durante la vigencia del presente Anexo sufridos por El Asegurado durante la vigencia del mismo, según los términos y condiciones descritos en la Póliza a la cual se adjunta, pero únicamente y exclusivamente de acuerdo al Plan elegido y hasta los límites indicados en el mismo, conforme con los términos y condiciones que se señalan en este anexo.

A su vez, EL Tomador y/o Asegurado Titular se obliga a pagar la prima adicional correspondiente de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales de esta Póliza.

### **CLÁUSULA 2. DEFINICIONES PARTICULARES**

Los términos establecidos a continuación, tendrán en este documento los siguientes significados, entendiéndose que los plurales incluyen a los singulares:

1. **Accidente:** Hecho fortuito en el cual El Asegurado sufre una lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad de éste, que amerite la necesidad de requerir los Servicios Odontológicos a los que se refiere este Anexo.
2. **Afección Buco-Dental:** Cualquier alteración de la Salud Buco-Dental que sufra El Asegurado y que origine tratamientos, procedimientos o servicios amparados por este Anexo.
3. **Central de Llamadas (Call Center):** Es la línea telefónica para la recepción de llamadas **que El Asegurador y de Los Asegurados** para que estos puedan solicitar los servicios que se ofrecen mediante este Anexo.
4. **Centros Odontológicos:** Cualquier consultorio o grupo dedicado a la prestación de servicios odontológicos, de carácter privado, legalmente establecido y autorizado por las autoridades competentes para prestar servicio de atención odontológica.
5. **Centro Oftalmológico:** Cualquier Clínica, Centro de Salud, Consultorio o Grupo dedicado a la prestación de servicios oftalmológicos, de carácter privado, legalmente establecido y autorizado por las autoridades competentes para prestar servicios de atención oftalmológicas especializadas.
6. **Consulta diagnóstica Odontológica:** Es aquella por la cual el odontólogo obtiene la narración clara, precisa, dejando constancia escrita, detallada y ordenada de los signos y síntomas que presenta El Asegurado, apoyándose en exámenes complementarios tales como Rx, a fin de obtener la información necesaria para establecer un diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento (Historia Clínica).
7. **Consulta Médica diagnóstica:** Es la realización de la Historia Clínica, donde incluye el interrogatorio respectivo al paciente adulto o pediátrico, obteniéndose la información necesaria para el diagnóstico oftalmológico y odontológico.

8. **Día:** Significa un día calendario gregoriano y corresponde al periodo de veinticuatro (24) horas consecutivas que se inicia a las 12:00 a.m. hora local. **Días:** se refiere a varios días calendario, dos o más. **Días Bancarios:** se refiere a los días hábiles de actividad bancaria en Venezuela. **Días Feriados:** se refiere a los días definidos como tales en la legislación venezolana.
9. **Emergencia odontológica:** Situación imprevista caracterizada por dolor agudo y espontáneo con o sin afección de los tejidos blandos, a causa de infección pulpar, fractura por traumatismo o avulsión dentaria, que hace necesaria la asistencia odontológica inmediata. Las condiciones dolorosas que requieren atención de urgencia son de tipo endodóntica, periodontal y/o protésica.
10. **Emergencia oftalmológica:** Se refiere a consulta motivado a una urgencia y podrá ser: Diurna atendida de manera ambulatoria en el consultorio del médico oftalmólogo dentro del horario de trabajo fijado por el respectivo profesional afiliado a la red de proveedores; y Nocturna atendida vía telefónica por un médico oftalmólogo, garantizándose en todo caso y durante la jornada diurna laboral inmediatamente siguiente, la atención personal de la emergencia en cualquier consultorio de los oftalmólogos afiliados a la red de prestadores de servicios oftalmológicos.
11. **Enfermedad:** Alteración de la salud de El Asegurado que origina reducción de su capacidad funcional. A los efectos del presente Anexo, únicamente se consideraran las alteraciones de la salud de tipo odontológico y oftalmológico.
12. **Fuerza Mayor o causa Extraña No imputable:** Todo acontecimiento que no se puede prever ni resistir por las Partes en los términos establecidos por el derecho común.
13. **Lesión:** Todo daño corporal causado exclusivamente por un hecho violento, accidental, externo y visible, ocurrido a El Asegurado y que sea constatable por un profesional de la salud. A los efectos del presente Anexo, únicamente se considerarán las lesiones de tipo odontológico u oftalmológico.
14. **Mes o Meses:** Significa el tiempo consecutivo transcurrido desde cualquier fecha de un mes calendario a la fecha correspondiente del siguiente mes. Para los efectos del presente Anexo se considerará como tal el mes calendario que se inicia y culmina el primer día y último día de cada mes respectivamente. El calendario será el oficial adoptado por la República Bolivariana de Venezuela.
15. **Odontólogo:** Profesional de la Odontología debidamente titulado e inscrito en el Ministerio del Poder Popular para la Salud ( M.P.P.S.) o ante la autoridad que legalmente corresponda para ejercer dicha profesión en el territorio de la República Bolivariana de Venezuela, cuya especialidad esté directamente vinculada con la afección o lesión odontológica de El Asegurado.
16. **Médico Oftalmólogo:** el médico especialista que estudia las patologías del globo ocular, la musculatura ocular, sistema lagrimal, párpados y sus tratamientos. El oftalmólogo(a) deberá estar debidamente titulado e inscrito en el Ministerio del Poder Popular para la Salud (M.P.P.S) o ante la autoridad que legalmente corresponda para ejercer dicha profesión en el territorio de la República Bolivariana de Venezuela.
17. **Plan de Tratamiento:** Se refiere al conjunto de procedimientos odontológicos y oftalmológicos previstos en los Planes establecidos en este Anexo, que deban ser practicados a El Asegurado que solicita los servicios antes mencionados, siempre que tales procedimientos hayan sido prescritos por un Odontólogo y un Oftalmólogo pertenecientes a la Red de Prestadores de Servicios Odontológicos y Médicos.
18. **Red de Prestadores de Servicios Odontológicos y Oftalmológicos:** Son aquellos prestadores de Servicio odontológicos y oftalmológicos, que ofrece el Asegurador para la prestación de los servicios relacionados con el objeto de este Anexo. Serán considerados dentro de esta categoría las clínicas, centros de salud, consultorios y profesionales específicamente autorizados para la prestación de tales servicios de tales servicios de salud.

19. **Sistema:** Lo constituye todo el plan proyectado, diseñado, ejecutado y puesto en marcha por El Asegurador para proveer y garantizar la prestación de los servicios profesionales odontológicos y oftalmológicos de conformidad a lo establecido en el presente Anexo de prestación de servicios. El Sistema incluye tanto el diseño y ejecución del mismo, así como el conjunto de condiciones para hacer efectiva la prestación de dichos servicios: Red de prestadores de Servicios Odontológicos y Oftalmológicos, formatos, verificación de identidad de los Asegurados, hojas de reporte diario de tratamiento, baremo de precios y hojas de diagnóstico y plan tratamiento.

### **CLÁUSULA 3. BENEFICIOS**

Los beneficios otorgados por este Anexo son aquellos que figuran en el Plan elegido por el Asegurado, y para los cuales se haya pagado la prima correspondiente a cada uno de ellos y se encuentre especificado en el Cuadro Póliza Recibo.

Queda entendido y convenido que este Anexo ampara los gastos incurridos por el asegurado a consecuencia de emergencia odontológica u oftalmológica, por lo que no se aplicarán plazos de espera.

#### **PLAN ODONTOLÓGICO MD PLUS/ MASTERDENTAL- PLAN BÁSICO**

- Diagnóstico (Examen e Historia Clínica; Diagnóstico y Plan de tratamiento).
- Periodoncia (Tartrectomía Simple, Limpieza o Remoción del Cálculo Dental).
- Profilaxis (Pulido o Remoción de la Placa Bacteriana).
- Aplicación Tópica de Fluor. (Hasta 12 años de Edad).
- Educación y Técnica de Cepillado.
- Sellantes de Fosas y Fisuras. (Hasta los 12 años de Edad).
- Exodencias Simples.
- Exodoncias Quirúrgicas (Extracción de terceros Molares (Cordales).
- Rayos X Coronales.
- Operatoria (Resinas en Anteriores y Posteriores, amalgamas según el caso)
- Endodoncias (Mono y Multiradiculares / Tratamientos de conducto).
- Endodoncia en Pacientes infantiles.
- Emergencias Odontológicas: Periodontales / Protésicas / Endodònticas.
- Red Nacional Emergencias Odontológicas Nocturna atendida vía telefónica por un médico Odontólogo.

#### **A) PLAN OFTALMOLÓGICO ONV BÁSICO / ONET VISIÓN:**

- Contempla los servicios oftalmológicos siguientes:
- Diagnóstico (Examen e Historia Clínica).
- Estudio de la Agudeza Visual.
- Refracción Pre y Post Ciclopejía.
- Balance de los Movimientos Oculares.
- Discriminación de Colores.

- **Biomicroscopia:** Lámpara de hendidura para estudiar Cornea, Conjuntiva, Cámara Anterior, Pupila y Cristalino.
- **Gonoscopía.**
- **Fondo de Ojo.**
- **Emergencia:** Diurna atendida de manera ambulatoria en el consultorio del médico oftalmólogo y Nocturna atendida vía telefónica por un médico oftalmólogo.

#### **CLÁUSULA 5. EXCLUSIONES**

Adicionalmente a las Exclusiones contempladas en el Condicionado General y Particular de la Póliza a la cual se adhiere este Anexo, a los efectos de este Anexo, quedan excluidos los gastos, procedimientos, tratamientos y/o servicios que sean a consecuencia de:

- a) **Tratamientos y/o servicios no contemplados específicamente en la CLÁUSULA 3 BENEFICIOS del presente Anexo.**
- b) **Tratamientos odontológicos originados por accidentes ocurridos en fecha anterior a la suscripción de este Anexo.**
- c) **Tratamientos y/o servicios odontológicos y oftalmológicos recibidos fuera del territorio de la República Bolivariana de Venezuela.**
- d) **Tratamientos, procedimientos y/o servicios recibidos por centros, clínicas, consultorios o por profesionales de la odontología y oftalmología no amparados bajo el plan contratado bajo la vigencia de este Anexo.**
- e) **Anestesia general o sedación.**
- f) **Patologías que involucren la articulación temporomandibular (ATM) y maxilares. (Cirugías Maxilo-Faciales)**
- g) **Estudios Histopatológicos o biopsias, radioterapia y/o quimioterapia, exceptuando lo estipulado el Plan contratado y vigente**
- h) **Ortodoncia interceptiva o correctiva.**
- i) **Procedimientos protésicos y/o restauradores y sus materiales.**
- j) **Cualquier otro procedimiento quirúrgico que no sea la exodoncia quirúrgica individual de cualquier diente según lo estipulado en el Plan contratado.**
- k) **Estudios de imágenes y/o laboratorios incluso si fueran necesarios para diagnosticar una patología amparada en el Plan contratado.**
- l) **Todo tipo de medicamento.**
- m) **RX Panorámicos (salvo acuerdo especial entre las partes).**

#### **CLÁUSULA 6. RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS Y MÉDICOS**

La prestación de servicios a los que se refiere este Anexo se realizarán única y exclusivamente en los centros, clínicas, consultorios y por Profesionales de la Odontología u Oftalmología, si fuera el caso, identificados en el listado denominado Red de Prestadores de Servicio. Queda entendido que durante la vigencia del Anexo, dicho listado podrá sufrir cambios y/o modificaciones sin que por esta razón se afecte la prestación del servicio.

En caso de que el Asegurado requiera de los tratamientos amparados por este Anexo y no existan, en la localidad donde él se encuentre, Centro o Consultorios oftalmológicos u odontológicos afiliados a la red de proveedores establecida por el Asegurador, el Asegurado podrá recibir el Servicio odontológico u oftalmológico necesario para la atención de emergencia en el centro odontológico, consultorio o por parte del odontólogo escogido por él. Dichos gastos serán reembolsados de acuerdo a los “gastos razonables” en que hubiera incurrido el Asegurado por los servicios oftalmológicos u oftalmológicos, prestado en la Red de Proveedores.

#### **CLÁUSULA 7. PROCEDIMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

Los Asegurados que requieran los servicios de cualesquiera de los Prestadores de Servicios Odontológicos u Oftalmológicos de las Redes, si fuera el caso, de acuerdo a lo establecido en CLÁUSULA 3 BENEFICIOS de este Anexo, podrán hacerlo cuando así lo decidan bajo las siguientes condiciones:

- a) Los tratamientos deberán ser realizados por los Odontólogos y Médicos afiliados a las distintas redes de proveedores. Los Asegurados podrán escoger el Prestador de Servicios Odontológico y Médico de su preferencia o conveniencia siempre que sea de los autorizados por el Asegurador. En caso de que el Asegurado escoja un proveedor de servicios odontológicos u oftalmológicos fuera de la Red de Proveedores o en otros centros, clínicas, consultorios diferentes a los establecidos en las distintas Redes, los gastos cubiertos por este Anexo se pagaran de acuerdo a lo establecido en la Cláusula 8 PAGO DE INDEMNIZACIONES POR REEMBOLSO.
- b) El Asegurador tendrá a disposición de los Asegurados un servicio telefónico de emergencia las veinticuatro (24) horas del día (Call Center), con Odontólogos u Oftalmólogos, si fuera el caso, de guardia para atender las emergencias los fines de semana, días feriados. Las emergencias nocturnas, serán orientadas telefónicamente y de ser el caso, se atenderán a primera hora del día siguiente.
- c) Cuando Los Asegurados requieran alguno de los tratamientos previstos en los Planes señalados en este Anexo, deberá solicitar su cita telefónicamente con un plazo no menor a cuarenta y ocho (48) horas de anticipación y luego dirigirse al Prestador de Servicios de las distintas Redes escogido, donde previamente identificado con su cedula de identidad, recibirá la atención del Odontólogo y oftalmólogo seleccionado por él. Dicho Prestador solicitará al Asegurador la clave de autorización para iniciar el tratamiento al Asegurado.
- d) Los Asegurados que no puedan acudir a las citas previamente acordadas con el Odontólogo u Oftalmólogo, si fuera el caso, deberán notificarlos **con**
- e) **al menos cuatro** (4) horas de antelación. Las inasistencias e impuntualidades no notificadas por los Asegurados según lo indicado, podrán originar el cambio de la fecha de la cita por parte del Odontólogo u Oftalmólogo, si fuera el caso.
- f) Cualquier reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos, deberán realizarlos Los Asegurados al Asegurador por escrito y en un lapso no mayor de quince (15) días hábiles, después de

haberse recibido el servicio o de haber tenido conocimiento de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación. La indemnización estará sujeta a un análisis previo realizado por el Asegurador, a fin de que este pueda determinar que la lesión que origino la solicitud esta cubierta por este Anexo. El Asegurador deberá notificar por escrito al Asegurado, en un lapso de treinta (30) días continuos, las causas de hecho y de derecho que en caso de reclamación, observación o queja en relación con los servicios recibidos.

#### **CLÁUSULA 8. PAGO DE INDEMNIZACIONES POR REEMBOLSO**

En caso de que algún Asegurado, requiera de alguno de los servicios y/o tratamientos previstos en el Plan elegido por este, El Asegurado tendrá derecho a asistir al proveedor de servicios odontológicos u oftalmológicos de su elección.

En el caso de que requiera solicitar el reembolso de los gastos en el que haya incurrido por el servicio odontológico u oftalmológico, haya recibido por el profesional escogido por él, dicho gasto se pagará de acuerdo al "Costo Razonable" definido en la CLÁUSULA 1: INTERPRETACIÓN DE TÉRMINOS de las Condiciones Particulares de la Póliza de Salud Individual.

Para que El Asegurado pueda tener derecho a reembolso, deberá presentar la factura original, informe del Odontólogo y/u Oftalmólogo y los exámenes correspondientes.

A los efectos de este Anexo queda entendido y convenido entre las partes que Los Aseguradores no tendrán derecho a reembolso alguno por los servicios y/o tratamientos no previstos en los planes establecidos en éste, aun cuando los mismos sean realizados por algún Prestador de Servicios afiliado a las distintas Redes.

#### **CLÁUSULA 9. CONDICIONES APLICABLES**

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

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

POR EL ASEGURADOR

EL TOMADOR

Para ser adherido y formar parte integrante de la Póliza de Seguro de Salud N° \_\_\_\_\_, contratada por: \_\_\_\_\_ y emitida a nombre de \_\_\_\_\_, es válido únicamente para las personas inscritas en el cuadro póliza, con vigencia desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.

### CAPÍTULO I. DISPOSICIONES PREVIAS

#### 1.1. Definiciones:

- a) **Accidente:** Todo acontecimiento que provoque daños corporales a “EL ASEGURADO” causado única y directamente por una causa externa, violenta, fortuita y evidente (excluyendo la enfermedad).
- b) **Enfermedad:** Cualquier enfermedad contraída por “EL ASEGURADO” y originada después de su fecha de salida del país de residencia.
- c) **“EL ASEGURADO”:** Toda persona física o jurídica que suscriba los servicios y productos de asistencia al viajero internacional, en carácter de titular o beneficiario y tenga su domicilio habitual y permanente en la República Bolivariana de Venezuela.
- d) **“LA PRESTADORA”:** Empresa autorizada para la prestación del servicio de Asistencia al viajero a nivel mundial.
- e) **Equipo Médico de “LA PRESTADORA”:** Es el equipo médico adecuado a cada intervención, determinado por el asesor médico de “LA PRESTADORA” y el médico local.
- f) **Servicios de Asistencia:** Los servicios asistenciales que son prestados por “LA PRESTADORA” a “LOS ASEGURADOS” en los términos y condiciones que se estipulan en este anexo, para los casos de situaciones de asistencia de “EL ASEGURADO”.
- g) **Situación de Asistencia:** Cualquier suceso, situación o hecho de los descritos en este anexo– Capítulo II – que otorgue derecho a “EL ASEGURADO” a recibir los servicios de asistencia.
- h) **Residencia:** País en el cual “EL ASEGURADO” tiene fijado su domicilio, y lo ha informado ante la “LA EMPRESA”.

#### 1.2. Alcance:

Prestaciones o servicios de asistencia a que tienen derecho “LOS ASEGURADOS” que se encuentran descritos en el cuadro póliza. “LA PRESTADORA” se hará cargo de los gastos, hasta el tope máximo establecido de acuerdo al plan contratado indicado al final del presente anexo.

#### 1.3. Ámbito Territorial de los Servicios de Asistencia:

El derecho de “LOS ASEGURADOS” al servicio establecido en este Anexo se extenderá a todo el mundo, fuera de la frontera de la República Bolivariana de Venezuela, para “LOS ASEGURADOS” residentes en Venezuela.

#### 1.4. Vigencia de los Servicios de Asistencia:

“LOS ASEGURADOS” recibirán los Servicios de Asistencia al Viajero los primeros treinta (30) días continuos contados desde la fecha de inicio del viaje con un máximo de cobertura que se detalla al final del presente anexo de acuerdo al Plan contratado. A la finalización de ese plazo, no será válida cualquier solicitud de

asistencia que se realice y cesarán todos los servicios de Asistencia en Viaje, salvo los ya iniciados o en curso. “LA PRESTADORA” podrá requerir a “EL ASEGURADO” que acredite encontrarse dentro del plazo de cobertura, mediante la presentación a “LA PRESTADORA” de la documentación pertinente.

### **1.5. Disponibilidad:**

LA EMPRESA DE SEGUROS a través de LA PRESTADORA se compromete a prestar el servicio de Asistencia en Viaje disponible en forma permanente, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, las veinticuatro (24) horas del día, incluyendo feriados y días inhábiles.

### **Los topes de cobertura indicados en este Anexo, se entiende que son aplicables por cada viaje.**

Se deja expresamente aclarado que los alcances previstos en este Capítulo son de aplicación exclusiva fuera de las fronteras de la República Bolivariana de Venezuela.

### **2.1. Asistencia Sanitaria por Lesión o Enfermedad:**

En el caso que “EL ASEGURADO” sufra un accidente o una enfermedad, “LA PRESTADORA” pagará los gastos médicos y hospitalarios que sean necesarios hasta un máximo del servicio de asistencia al viajero internacional, y que se detalla al final del presente anexo de acuerdo al plan contratado, incluyéndose en esta cifra el importe de los medicamentos que hubieran sido prescritos durante su asistencia.

Dichos gastos comprenden: atención médica de urgencia, consultas en ambulatorio, honorarios médicos, alojamiento y habitación en el hospital, estudios, intervenciones quirúrgicas, terapia intensiva, servicios y suministros varios de médicos y enfermeras. Quedan excluidos los costos de prótesis y órtesis de cualquier naturaleza así como las intervenciones quirúrgicas para su colocación, (lentes de contacto, gafas o anteojos, aparatos auditivos, dentaduras, muletas, etc.) y de cirugía plástica. También están excluidos los gastos médicos realizados en el exterior pero prescritos en el país de residencia antes de comenzar el viaje, y los gastos médicos ocurridos en el país de residencia, después del retorno de “EL ASEGURADO”, aunque sean consecuencia de un accidente o enfermedad sufridos durante el viaje por el exterior. También se excluyen los gastos de asistencia psiquiátrica o psicológica.

### **2.2. Medicamentos en Ambulatorio:**

En ambulatorio, hasta un máximo del servicio de asistencia al viajero internacional que se detalla al final del presente anexo de acuerdo al servicio contratado. “LA PRESTADORA” se encargará de la localización y, en su caso, del envío de los medicamentos indispensables, de uso habitual de “EL ASEGURADO”, siempre que no sea posible obtenerlos localmente o sustituirlos por otros equivalentes.

Serán por cuenta de “EL ASEGURADO” los importes correspondientes al precio del medicamento y los gastos, tributos y derechos de aduana relativos a su obtención. El equipo médico de “LA PRESTADORA” determinará la equivalencia o no de un medicamento similar en el país donde se encuentre “EL ASEGURADO”. En caso que la obtención del medicamento o su similar, requiera prescripción o receta emitida por un médico local, “LA PRESTADORA” organizará la consulta a tal efecto, correspondiéndole a “EL ASEGURADO” abonar el costo de la misma.



### **2.3. Urgencia Odontológica:**

Se cubre la emergencia odontológica hasta un máximo del servicio de asistencia al viajero internacional que se detalla al final del presente anexo de acuerdo al Plan contratado.

### **2.4. Urgencia Oftalmológica:**

Se cubre la emergencia oftalmológica hasta un máximo del servicio de asistencia al viajero internacional que se detalla al final del presente anexo de acuerdo al Plan contratado.

### **2.5. Búsqueda y localización de equipajes en vuelos comerciales:**

En el caso de robo o extravío de equipajes ocurridos en el exterior, "LA PRESTADORA" asesorará a "EL ASEGURADO" para la denuncia. Si éstos aparecieran, "LA PRESTADORA" los remitirá al lugar que indique "EL ASEGURADO" mientras continúe su viaje o, a su residencia permanente. El tope será hasta el máximo del servicio de asistencia al viajero internacional que se detalla al final del presente anexo de acuerdo al servicio contratado.

### **2.6. Traslado Sanitario:**

En caso que "EL ASEGURADO" sufra una enfermedad o accidente tal que el equipo médico de "LA PRESTADORA" en contacto con el médico tratante, recomienden hospitalización, "LA PRESTADORA" organizará y pagará:

- a) El traslado de "EL ASEGURADO" al centro hospitalario más cercano, y
- b) Si fuera necesario por razones médicas: El traslado de "EL ASEGURADO" bajo supervisión médica, por los medios más adecuados, ambulancia, avión de línea regular y/o ambulancia aérea si fuera necesario, al centro hospitalario más apropiado según las particularidades de las heridas o de la enfermedad de "EL ASEGURADO".

Si las condiciones médicas permiten la repatriación de "EL ASEGURADO", el equipo médico de "LA PRESTADORA" organizará y pagará la repatriación de "EL ASEGURADO" bajo supervisión médica y el avión de línea regular, al hospital o centro médico más cercano a su residencia permanente. El equipo de "LA PRESTADORA" y el médico tratante aportarán las disposiciones necesarias para dicha repatriación. El avión sanitario se utilizará en caso de que la herida o enfermedad sea de tal gravedad que este medio sea el más adecuado según el criterio del médico tratante y del equipo médico de "LA PRESTADORA". Según las circunstancias, un médico o enfermera acompañará a "EL ASEGURADO" en caso de ser necesario. El tope de esta prestación será hasta un máximo del servicio de asistencia al viajero internacional que se detalla al final del presente anexo de acuerdo al servicio contratado.

### **2.7. Hospedaje para un familiar de "EL ASEGURADO":**

En caso de que la hospitalización de "EL ASEGURADO", fuere superior a los diez (10) días, "LA PRESTADORA" pagará al familiar mencionado en la cláusula anterior, los gastos de hotel, con un máximo de diez (10) días. El tope de esta prestación será hasta el máximo del servicio de asistencia al viajero internacional que se detalla al final del presente anexo de acuerdo al servicio contratado.

## **2.8. Gastos de hotel por convalecencia:**

Cuando de acuerdo con el Departamento Médico de la Central Operativa de "LA PRESTADORA", "EL ASEGURADO" hubiese estado internado en un hospital al menos cinco (5) días y a su salida deba obligatoriamente guardar reposo, "LA PRESTADORA" cubrirá los gastos de hotel en caso que este cubierto por las condiciones particulares del servicio y/o producto y hasta el monto indicado en las Garantías Particulares, con un máximo de diez (10) días, lo que ocurra primero, hasta el máximo del servicio de asistencia al viajero internacional que se detalla al final del presente anexo de acuerdo al servicio contratado.

**PARÁGRAFO ÚNICO:** Tanto para lo dispuesto en esta cláusula como para cualquier otra que cubra gastos de hotelería, se entiende que los mismos estarán limitados al hospedaje simple, sin gastos de restaurante, lavandería u otro cualquiera.

## **2.9. Repatriación Funeraria:**

En caso de fallecimiento de "EL ASEGURADO" en el exterior como consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por estas Condiciones Generales, "LA PRESTADORA" realizará todas las formalidades necesarias y se hará cargo de:

- a) La repatriación del cadáver o sus cenizas hasta el lugar de inhumación en su país de residencia. Tomará a su cargo los gastos de ataúd de traslado, trámites y gastos de transporte. Se excluyen los gastos de inhumación y de entierro.
- b) A petición expresa y fehaciente de los herederos o representantes de "EL ASEGURADO" se realizará la inhumación en el país donde haya fallecido. En este caso, "LA PRESTADORA" sólo tomará a cargo los gastos hasta el límite de la equivalencia del costo en caso de repatriación del cuerpo prevista en el apartado anterior. Si fuese necesario, "LA PRESTADORA" se hará cargo también del traslado de un familiar, en primer grado de consanguinidad, por avión de línea regular (clase económica) u otro medio adecuado, a su domicilio en el país de Residencia, siempre y cuando no pudiera utilizar el medio de transporte que inicialmente había previsto.
- c) El tope de esta prestación es hasta el máximo del servicio de asistencia al viajero internacional que se detalla al final del presente anexo de acuerdo al servicio contratado.

## **2.10. Transmisión de Mensajes Urgentes:**

"LA PRESTADORA" se ocupará de transmitir los mensajes urgentes a los familiares, que se deriven de una situación de asistencia a "EL ASEGURADO", según las indicaciones de "EL ASEGURADO" o sus representantes.

## **2.11. Indemnización por pérdida de equipaje:**

"EL ASEGURADO" registrado por "LA EMPRESA", cuyo servicio estuviera vigente, que sufre la pérdida de su equipaje durante su transporte internacional despachado en bodega en avión de línea regular y el mismo no fuera localizado, "LA PRESTADORA" le pagará una compensación económica complementaria a la que le haya pagado la compañía aérea. La indemnización se refiere al equipaje despachado en bodega de aeronave, en vuelo comercial sujeto a la reglamentación de la IATA. La suma de la indemnización de la compañía aérea y la

compensación de “LA PRESTADORA” no podrá superar de ninguna manera el tope económico detallado en la tabla de servicios al final del presente Anexo.

Debido que la indemnización prevista es complementaria, para tener derecho a la misma deberán cumplirse ante “LA PRESTADORA” los siguientes requisitos:

- a) “EL ASEGURADO” haya dado aviso a “LA PRESTADORA” del extravío, dentro de las veinticuatro (24) horas de ocurrida la pérdida.
- b) Que el equipaje haya sido extraviado durante su transporte en vuelo regular internacional.
- c) Que el equipaje extraviado haya sido debidamente despachado en la bodega del avión.
- d) Que la pérdida de equipaje haya ocurrido entre el momento en que el mismo fue entregado al personal autorizado de la línea aérea para ser embarcado y el momento en que debió ser devuelto al pasajero al finalizar el viaje.
- e) Que la línea aérea se haya hecho cargo de su responsabilidad por la pérdida del mencionado equipaje y haya abonado a “EL ASEGURADO” la indemnización prevista por ella.
- f) El tope máximo de la indemnización complementaria será abonado siempre que el pesaje del equipaje despachado, conforme lo informado por la línea aérea, no supere los 30 Kg.
- g) En caso que la línea aérea le ofreciera a “EL ASEGURADO” como indemnización la posibilidad de optar entre percibir un valor en dinero o uno o más pasajes, “LA PRESTADORA” procederá a pagar la compensación económica por extravío de equipaje, una vez que dicha opción sea ejercida.

“EL ASEGURADO” tendrá derecho a una (1) única compensación por pérdida de equipaje sin importar la cantidad de pérdidas de equipajes que puedan suceder durante la vigencia del presente “CONTRATO”. La suma de las indemnizaciones de la compañía aérea y de la compensación de “LA PRESTADORA” no podrá superar de ninguna manera el tope económico detallado en la tabla de servicios al final del presente Anexo.

#### **2.12. Adelanto de Fianza:**

Si “EL ASEGURADO” fuese encarcelado como consecuencia de un accidente de tránsito, “LA PRESTADORA” gestionará el envío de las cantidades de dinero especificadas en este “anexo” para hacer frente al pago de la fianza penal, debiendo previamente ser depositado el monto referido en la cuenta bancaria de “LA PRESTADORA”, por cuenta de “EL ASEGURADO”.

La gestión de “LA PRESTADORA” se limita únicamente a la transferencia del dinero por giro postal u otros medios de transferencia de dinero. “LA PRESTADORA” no cubre el pago de las sumas de dinero solicitadas o el pago de la fianza. El “Servicio” se limita única y exclusivamente a la transferencia de fondos.

#### **2.13 Duración de la Cobertura por viaje:**

Hasta el máximo de días que se detalla al final del presente anexo de acuerdo al Plan contratado.

### **CAPÍTULO III. OBLIGACIONES DE “EL ASEGURADO”**

#### **3.1. Solicitud de Asistencia:**

En cualquier caso de una situación de asistencia y antes de iniciar cualquier acción, “EL ASEGURADO” llamará a la Central de Alarma de “LA PRESTADORA”, facilitando los siguientes datos:

- a) Su nombre y apellido, número de documento de identificación y fecha de inicio del viaje.
- b) Indicará el lugar en que se encuentra y número de teléfono donde “LA PRESTADORA” pueda continuar contactando a “EL ASEGURADO” o a su representante.
- c) Descripción del problema o dolencia que lo aqueja y el tipo de ayuda que solicita.

“LA PRESTADORA” se reserva el derecho de comprobar la veracidad de los anteriores datos y al efecto “LA EMPRESA DE SEGUROS” acepta la obligación de comprobar y confirmar a “LA PRESTADORA”, cuando ésta lo solicite, el carácter de “EL ASEGURADO” del solicitante y la vigencia de su cobertura. Si fuese necesario “LA EMPRESA DE SEGUROS” también informará el domicilio y teléfono de “EL ASEGURADO” en su país de residencia y datos de su historia clínica de poseerlos.

### **3.2. Imposibilidad de Notificación a “LA PRESTADORA”:**

- a) En caso en que peligre la vida: En situación de peligro de muerte, “EL ASEGURADO” o su representante deberán actuar siempre con la máxima celeridad para organizar el traslado del herido o enfermo al hospital más cercano del lugar donde se haya producido el accidente o enfermedad con los medios más adecuados e inmediatos y tomar las medidas más oportunas, y tan pronto como les sea posible, dentro de las 24 horas de producido el hecho, contactarán con la Central de Alarma de “LA PRESTADORA” que corresponda para notificar la situación.
- b) Hospitalización sin previa notificación a “LA PRESTADORA”: En caso de accidente o enfermedad que requiera la hospitalización de “EL ASEGURADO” sin previa notificación a “LA PRESTADORA”, el mismo o su representante, tan pronto como sea posible, deberán contactarse con la Central de Alarmas de “LA PRESTADORA” dentro de las 24 horas siguientes al accidente o enfermedad. En caso de que no se efectúe la comunicación dentro de dicho plazo, “LA PRESTADORA” quedará relevada de su obligación de cubrir los gastos de dicho evento.

**3.3.** Tener al momento de la celebración y mantener durante la vigencia del Servicio de Asistencia en Viaje, domicilio real y residencia habitual y permanente en la República Bolivariana de Venezuela.

**3.4.** No ceder, ni autorizar o facultar el uso de los Servicios de Asistencia en Viaje, por parte de terceros, en razón del carácter personal e intransferible de la calidad de ASEGURADO. El incumplimiento de dicha obligación, hará a “EL ASEGURADO” solidariamente responsable de los gastos, daños y perjuicios en los que incurriere o se causaren al prestador por ello.

**3.5.** Permitir o facilitar a “LA PRESTADORA” o a su representante o al personal que éste indique, el libre acceso a la historia clínica de “EL ASEGURADO”, así como el contacto con las personas o entidades que lo asistan, con la finalidad de verificar la adecuación a las condiciones de prestación de los Servicios de Asistencia en Viaje.

## **CAPÍTULO IV. VARIOS**

### **4.1. Mitigación:**

“LOS ASEGURADOS” están obligados a tratar de mitigar y limitar los efectos de las situaciones de asistencia.

#### **4.2. Cooperación con “LA PRESTADORA”:**

“LOS ASEGURADOS” deberán cooperar con “LA PRESTADORA” para facilitar la recuperación de los pagos efectuados en las diferentes intervenciones, aportando a “LA PRESTADORA” los documentos necesarios, ayudar a “LA PRESTADORA” y con cargo a “LA PRESTADORA” a cumplimentar las formalidades necesarias.

#### **4.3. Prescripción de las Reclamaciones:**

Cualquier reclamación relativa a una situación de asistencia, debe ser presentada dentro de los treinta (30) días de la fecha en que se produzca, prescribiendo cualquier acción legal transcurrido dicho plazo.

#### **4.4. Subrogación:**

“LA PRESTADORA” quedará subrogada, hasta el límite de los gastos realizados y de las cantidades pagadas, en los derechos y acciones que correspondan a “EL ASEGURADO” contra cualquier responsable de un accidente o enfermedad que haya dado lugar a la prestación de los servicios de asistencia. Cuando los servicios facilitados por “LA PRESTADORA” estén cubiertos en su totalidad o en parte, por cualquier otra cobertura similar a la que ofrece “LA PRESTADORA” o a una póliza de seguros distinta a la de “LA EMPRESA DE SEGUROS”, “LA PRESTADORA” se subrogará en los derechos y acciones que correspondan a “EL ASEGURADO” en base a dicha póliza. Al efecto, “EL ASEGURADO” prestará su absoluta colaboración, sin que comporte ello responsabilidad alguna para la compañía.

#### **4.5. Declaración:**

“EL ASEGURADO” declara estar en condiciones médicas de viajar, no siendo el propósito de su viaje al exterior el tratamiento médico, aceptando los términos, condiciones y exclusiones del servicio de asistencia de “LA PRESTADORA”.

#### **4.6. Responsabilidades:**

“EL ASEGURADO” toma como agentes directos suyos a las personas y/o profesionales designados por “LA PRESTADORA” para su asistencia, sin recurso de naturaleza alguna contra “LA PRESTADORA” y/o “LA EMPRESA DE SEGUROS” en razón de tal designación. Asimismo queda expresamente establecido que “EL ASEGURADO” tramitará y efectuará en forma directa con “LA PRESTADORA” todas las notificaciones, reclamaciones y pedidos de reintegros, etc., derivados de la asistencia en viaje, no siendo responsable “LA EMPRESA DE SEGUROS” por dichos conceptos, ya que las obligaciones emergentes de la Asistencia en Viaje, son de “LA PRESTADORA” frente a “EL ASEGURADO”.

“LA PRESTADORA” acepta expresamente que todo “ASEGURADO” vigente esté amparado por estas condiciones generales y en consecuencia “LA PRESTADORA” dará cumplimiento a sus obligaciones ante el pedido de asistencia de “EL ASEGURADO” que proporcione información coherente relativa a su calidad de cliente de “LA EMPRESA DE SEGUROS”, cuya existencia y vigencia será verificada posteriormente por parte de “LA EMPRESA DE SEGUROS”, debiendo ésta confirmar a “LA PRESTADORA” que al momento de producirse el hecho que originó la asistencia, “EL ASEGURADO” pertenecía a la base de datos “LA EMPRESA DE SEGUROS”, encontrándose su servicio de asistencia al viajero vigente.

## **CAPÍTULO V. EXCLUSIONES**

5.1. Las situaciones de asistencia ocurridas durante viajes o vacaciones realizadas por “LOS ASEGURADOS” en contra de la prescripción del médico de cabecera o posterior a la vigencia del presente “CONTRATO”.

5.2. “LOS ASEGURADOS” tendrán derecho a ser reembolsados por “LA PRESTADORA” solamente cuando hubieran dado aviso a “LA PRESTADORA” dentro de las 24 horas de producido el hecho y hubieran recibido autorización de ésta.

5.3. También quedan excluidas las situaciones de asistencia que sean consecuencia directa o indirecta de:

- a) Guerra, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades (se haya declarado guerra o no), guerra civil, rebelión, insurrección, terrorismo o pronunciamiento, manifestaciones y/o movimientos populares.
- b) Autolesiones o participación de “EL ASEGURADO” en actos criminales.
- c) La participación de “EL ASEGURADO” en combates, salvo en casos de defensa propia.
- d) La práctica de deportes, siendo o no profesional, la participación en competencias oficiales o exhibiciones programadas.
- e) La participación de “EL ASEGURADO” en carreras de caballos, bicicletas, automóviles, motocicletas y/o cualquier carrera, exhibiciones u otros deportes peligrosos.
- f) Las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o de cualquier tipo de accidente producido por combustibles nucleares.
- g) Las enfermedades o lesiones diagnosticadas o conocidas por “EL ASEGURADO” antes de la iniciación del viaje, así como sus consecuencias y agudizaciones. Las mismas serán determinadas por el departamento médico de “LA PRESTADORA” previa consulta con “LA EMPRESA DE SEGUROS”, antes de tomar una decisión en cuanto al servicio a prestar a “EL ASEGURADO”. En todos los casos “LA PRESTADORA” brindará la primera consulta de urgencia.

Se entiende por enfermedad no diagnosticada, toda aquella enfermedad repentina e inesperada, sin sintomatología previa o con estudio anterior negativo. Tales caracteres serán determinados según los criterios del equipo médico de “LA PRESTADORA”. Asimismo, quedan excluidos los tratamientos oncológicos y sus consecuencias y el tratamiento de hipertensión arterial, asma, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), diabetes, excepto los casos en que “EL ASEGURADO” sufra una descompensación aguda.

- h) Embarazos en los últimos tres (3) meses antes de la fecha prevista para el parto, así como éste último y los exámenes prenatales. Durante los primeros seis (6) meses de embarazo sólo se cubrirán episodios agudos y de emergencia relacionados con el embarazo.
- i) Enfermedades mentales o trastornos psicológicos.

- j) Enfermedades o lesiones que sean consecuencia de la acción criminal directa o indirecta de “EL ASEGURADO”.
- k) Enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión intencionada o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
- l) Los chequeos y visitas médicas de control.
- m) Suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio.
- n) Convalecencia o recaídas de afecciones en curso de tratamiento antes del inicio del viaje.
- o) Las lesiones sobrevenidas del ejercicio de una profesión de carácter manual (enfermedades profesionales y sus consecuencias).
- p) Gastos extra de hotel, restaurantes, etc.
- q) El pago de multas o sanciones administrativas.
- r) Erupciones volcánicas, terremotos, inundaciones, maremotos, hundimientos, huracanes, ciclones, tornados.
- s) Las prótesis y órtesis de cualquier naturaleza que sean auto asistencias de cualquier clase no autorizadas expresa y previamente.

5.4. Los servicios que “EL ASEGURADO” haya concertado por su cuenta, sin la previa comunicación o sin consentimiento de “LA PRESTADORA”, salvo en caso de fuerza mayor o de urgente necesidad, siempre que le comunique a “LA PRESTADORA” dentro de las veinticuatro (24) horas de ocurrido el siniestro.

5.5. Los tratamientos homeopáticos, de acupuntura, de kinesioterapia, de curas termales y cualquier otro que implique la utilización de métodos no convencionales, así como los agravamientos de enfermedades o lesiones derivados del incumplimiento por parte de “EL ASEGURADO” de las prescripciones o tratamientos dispuestos por el equipo médico de “LA PRESTADORA”, quien a partir de ese momento se deslinda de toda responsabilidad por cualquier contingencia, daño o perjuicio en la salud de “EL ASEGURADO”, finalizando la cobertura en la asistencia por dicha patología.

5.6. Enfermedades mentales y trastornos psíquicos; parto y estado de embarazo (salvo la urgencia cuando se trate de una complicación clara e imprevisible y en ningún caso a partir del sexto (6°) mes de embarazo); las recaídas y convalecencias de toda afección anterior a la fecha del viaje.

5.7 El suicidio y las enfermedades o lesiones derivadas de intento de suicidio y sus consecuencias; la acción criminal de “EL ASEGURADO”, sea en forma directa o indirecta; la ingestión de drogas, narcóticos, bebidas alcohólicas o medicinas tomadas sin orden médica;

5.8. Las enfermedades o lesiones resultantes de tratamientos hechos por profesionales no pertenecientes a equipos médicos de “LA PRESTADORA” y los gastos originados por visitas médicas de control no autorizadas por “LA PRESTADORA”.

5.9. La asistencia derivada de prácticas deportivas profesionales y deportes invernales practicados fuera de pistas reglamentarias.

**5.10. Erogaciones por compras, modificación, arreglo y reconstrucción de prótesis y órtesis de todo tipo, artículos de ortopedia, audífonos, lentes de contacto, anteojos, férulas, muletas, nebulizadores, marcapasos y cualquier**

**otro medio mecánico de apoyo terapéutico. Asimismo, quedan excluidas las intervenciones quirúrgicas para colocación de los artículos mencionados, salvo en caso que la intervención sea a consecuencia de lesiones por accidente.**

**5.11. Gastos de alimentación, de combustible, de movilidad no previstos expresamente y cualquier otro gasto no autorizado en forma expresa por “LA PRESTADORA”.**

### **CAPÍTULO VI. CESIÓN**

“EL ASEGURADO” cede a “LA PRESTADORA” todos los derechos y acciones que le pudieren corresponder contra terceros por daños y perjuicios que se le hubieren causado. Queda “LA PRESTADORA” subrogada hasta el monto total de los servicios prestados y de sus accesorios.

“EL ASEGURADO” se compromete a prestar toda la colaboración que le sea requerida a fin de instrumentar la subrogación acordada.

### **CAPÍTULO VII. DETALLE DE LAS COBERTURAS**

<b>COBERTURAS</b>	<b>MONTO</b>
Asistencia Sanitaria por lesión o enfermedad	US\$ 20.000
Medicamentos Ambulatorios	\$ 500
Urgencia Odontológica	\$ 300
Urgencia Oftalmológica	\$ 300
Búsqueda y localización de Equipajes en vuelos comerciales	Incluido
Traslado Sanitario	\$ 10.000
Hospedaje para un familiar de EL ASEGURADO	\$ 750
Gastos de Hotel por Convalecencia	\$ 750
Repatriación Funeraria	\$ 10.000
Transmisión de Mensajes	Incluido
Indemnización por Pérdida de Equipaje	\$ 500
Adelanto de Fianza	\$ 2000
Área de Cobertura	Internacional
Deducible	No Aplica
Duración del Viaje	30 días



**CLÁUSULA VIII. CONDICIONES APLICABLES**

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

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

POR EL ASEGURADOR

EL TOMADOR