

Entre, **OCEÁNICA DE SEGUROS C.A.**, R.I.F. J-30620632-9, domiciliada en la ciudad de Caracas, Distrito Capital, inscrita bajo el N° ES - 117 en el Libro de Registro de Empresas de Seguros llevado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular de Economía y Finanzas, debidamente constituida mediante documento inscrito en el Registro Mercantil Primero de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal (hoy Distrito Capital) y Estado Miranda el 14 de noviembre de 1999, bajo el N° 64, Tomo 116-A-Pro, refundidos sus Estatutos Sociales mediante Asamblea Extraordinaria de Accionistas de fecha 24 de mayo de 2011, inscrita ante el Registro Mercantil Primero de la Circunscripción Judicial del Distrito Capital en fecha 22 de julio de 2013, bajo el N° 46, Tomo 148-A, que en adelante se denominará el **ASEGURADOR**, representada por el ciudadano **JONNI DO FAIAL**, titular de la cédula de identidad N° V-16.032.617, en su carácter de Vicepresidente de Comercialización y Negocios, debidamente autorizado para este acto por la Junta Directiva de la empresa, según Sesión N° 541 de fecha 27 de noviembre de 2017, 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.

CONDICIONES GENERALES

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 GENERALES

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 este contrato se desprenda una interpretación diferente:

ASEGURADO: Persona natural expuesta a los riesgos cubiertos amparados por este contrato. El Asegurado debe estar identificado en el Cuadro Póliza Recibo.

ASEGURADOR: **Oceánica de Seguros, C.A.**, quien asume los riesgos cubiertos en este contrato.

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

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.

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.

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

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, Asegurados y Beneficiarios, dirección del Tomador, dirección de cobro, dirección del Asegurado Titular, nombre del intermediario de la actividad aseguradora, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma de pago, duración del contrato, fecha de emisión del contrato, deducible, si lo hubiere, y firmas del Asegurador y Tomador.

DEDUCIBLE: Cantidad indicada en el Cuadro Póliza Recibo que deberá asumir el Asegurado y en consecuencia no será pagada por el Asegurador en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto por este contrato.

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 o modificar la Póliza y los demás documentos que por su naturaleza formen parte del contrato.

GRUPO FAMILIAR: Es el formado por todas aquellas personas que tienen un vínculo común con el Asegurado Titular y que están inscritos y amparados por la presente Póliza y su cobertura.

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

PORCENTAJE DE REEMBOLSO: Porcentaje máximo a indemnizar de los Gastos Razonables cubiertos, indicado en el Cuadro Póliza Recibo, para cada caso de enfermedad, accidente o tratamiento.

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

SINIESTRO: Materialización del riesgo que da origen a la obligación de indemnizar por parte del Asegurador.

SOLICITUD DE SEGURO: Cuestionario que proporciona el Asegurador, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del Tomador, Asegurados y 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 o Asegurado Titular, según corresponda, constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión del contrato de seguro.

SUMA ASEGURADA: Límite máximo de responsabilidad del Asegurador, indicado en el Cuadro Póliza Recibo.

CLÁUSULA 3.- EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

1. Si el Tomador, Asegurado, 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 este contrato.
2. Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, Asegurado o Beneficiario.
3. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, Asegurado o Beneficiario. 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 este contrato.
4. Si el siniestro se inicia antes de la duración de este contrato y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador.
5. Si el Tomador, Asegurado o 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 Asegurado Titular actúa con dolo o culpa grave, según lo señalado en la Cláusula 9. Declaraciones en la Solicitud de Seguro, de estas Condiciones Generales.
7. Si el Asegurado o Beneficiario incumpliére lo establecido en la Cláusula 13. 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, Asegurado, Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, actuando con dolo o culpa grave, obstaculiza los derechos del Asegurador estipulados en este contrato.
9. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares de este contrato.

CLÁUSULA 4.- DURACIÓN DEL CONTRATO

La duración 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 duración 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 el contrato. En caso de resolución, ésta tendrá efecto desde el inicio de la duración 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, previo aviso al Tomador.

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

CLÁUSULA 6.- FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA

Si el pago de la prima es fraccionado, se entiende que tal fraccionamiento es una facilidad de pago y no implica modificación del periodo de duración del contrato

Las partes podrán acordar que el pago de las primas sea mensual, trimestral, semestral, o de cualquier otra duración. En este caso, si el tomador no pagase alguna fracción de prima dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la finalización de la última fracción pagada, el Asegurador tiene derecho a exigir la fracción de prima debida o resolver el contrato con fundamento en la Póliza, y si ocurriese un siniestro amparado durante el mencionado plazo, el Asegurador procederá de conformidad con las siguientes reglas:

1. Descontar del monto indemnizable la fracción de prima vencida. No obstante, si el monto a pagar es por la totalidad de la suma asegurada, el Asegurador podrá deducir las fracciones de primas pendientes para completar la totalidad de la prima del periodo de duración del contrato.
2. Si el monto indemnizable es menor a la fracción de prima vencida, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el tomador pague la referida fracción de prima vencida, antes del plazo dispuesto en esta Cláusula.

CLÁUSULA 7.- RENOVACIÓN

El contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del periodo anterior y por un plazo igual, siempre que el Tomador pague la prima correspondiente al nuevo periodo, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula 8., 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 efectuada a la otra parte en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados, con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación a la conclusión del periodo de duración 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 8.- PLAZO DE GRACIA

Se concede un plazo de gracia de treinta (30) días continuos para el pago de la prima de renovación del contrato, contados a partir de la fecha de terminación de la duración 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 duración del contrato anterior.

CLÁUSULA 9.- DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO

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

El Asegurador deberá participar al Tomador, en un plazo 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 rescindir el contrato mediante comunicación dirigida al Tomador, en el plazo de un (1) mes contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el Tomador o propuesto Asegurado Titular. En caso de resolución, ésta se producirá a partir del decimosexto (16^o) día siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, 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 que el Asegurador haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la indemnización se reducirá en la misma proporción que existe entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Igualmente, si ocurre un siniestro antes del vencimiento de los plazos de un (1) mes o dieciséis (16) días antes mencionados, según sea el caso, el pago de la indemnización también se reducirá en los términos mencionados en este párrafo. Si el Tomador o 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 el contrato esté referido a varias personas y la reserva o inexactitud se contrajese sólo a una o varias de ellas, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto a las restantes, si ello fuere técnicamente posible.

CLÁUSULA 10.- FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador o del Asegurado Titular realizadas en la Solicitud de Seguros, 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.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, Asegurado o Beneficiario en la reclamación del siniestro, serán causa de nulidad absoluta del contrato y exonera del pago de la indemnización al Asegurador.

No hay lugar a la devolución de prima al Tomador en los supuestos de nulidad del contrato contemplados en esta Cláusula.

CLÁUSULA 11.- 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 12.- RECHAZO DEL SINIESTRO

El Asegurador deberá notificar por escrito al Tomador, Asegurado o 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 13.- SUBROGACIÓN DE DERECHOS

El Asegurador que ha pagado la indemnización, queda subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto pagado, en los derechos y acciones del Tomador, Asegurado o Beneficiario contra los terceros responsables. Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará contra las personas de cuyos hechos debe responder civilmente el Asegurado, ni contra el causante del siniestro vinculado con el Asegurado hasta el segundo grado de parentesco por consanguinidad o que sea su cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.

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

En caso de siniestro, el Asegurado o 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, Asegurado o Beneficiario incumpliere lo establecido en esta cláusula, perderá el derecho al pago que le otorga este contrato, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.

CLÁUSULA 14.- OTROS CONTRATOS DE SALUD

Cuando no proceda la cobertura de cualquier reclamo, de acuerdo con lo estipulado en la presente Póliza, el Asegurador deber Al momento de notificar la ocurrencia del siniestro, el Tomador, Asegurado o 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, notificando a todas las empresas la ocurrencia del siniestro en los plazos establecidos en los respectivos contratos de salud, 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.á notificar por escrito al Tomador, el Asegurado o el Beneficiario, en el plazo señalado en la cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo del siniestro.

CLÁUSULA 15.- ARBITRAJE

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato.

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.

Si las partes acuerdan someterse a un procedimiento de arbitraje comercial, la tramitación se ajustará a lo dispuesto en la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLÁUSULA 16.- CADUCIDAD

El Tomador, Asegurado o 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, Asegurado o Beneficiario respecto a la indemnización o al cumplimiento de la obligación a través de proveedores de insumos o servicios.

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 17.- 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 18.- MODIFICACIÓN Y REHABILITACIÓN

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

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

CLÁUSULA 19.- OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO

1. El Tomador y Propuesto Asegurado deberán llenar la Solicitud de Seguro y declarar, con absoluta sinceridad, todas las circunstancias necesarias para identificar a las personas aseguradas y apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en este contrato.
2. El Asegurado deberá prestar toda la colaboración necesaria para facilitar la realización de la evaluación del riesgo.

3. El Tomador deberá pagar la prima en la forma, frecuencia y tiempo convenido en este contrato.
4. El Asegurado deberá emplear el cuidado de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro.
5. El Tomador, Asegurado o Beneficiario le hará saber al Asegurador, dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares, la ocurrencia de un siniestro, expresando claramente las causas y circunstancias de lo ocurrido.
6. El Tomador, Asegurado o Beneficiario deberá declarar, al momento de contratar la Póliza y al tiempo de exigir el pago del siniestro, todos los contratos de seguros que existen y que cubren el mismo riesgo.
7. El Tomador, Asegurado o Beneficiario deberá probar la ocurrencia del siniestro a través de la consignación de toda aquella información necesaria para la indemnización del siniestro, que sea solicitada por el Asegurador.
8. El Tomador o Asegurado, en caso de cambio de dirección de cobro, domicilio, habitación u oficina, según sea el caso, debe notificar por escrito al Asegurador dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de haber efectuado el cambio.
9. El Asegurado debe cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el presente contrato.

CLÁUSULA 20.- OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

El Asegurador deberá:

1. Informar al Tomador o Asegurado, mediante la entrega de la Póliza y demás documentos, la extensión de los riesgos asumidos y aclarar, en cualquier tiempo, todas las dudas y consultas que éste le formule.
2. Entregar el Cuadro Póliza Recibo al Tomador junto con copia de la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los Anexos, si los hubiere, y los demás documentos que formen parte integrante del contrato de seguro. En la renovación la obligación procederá para los nuevos documentos o para aquellos que hayan sido modificados. La entrega de los dichos documentos deberá efectuarla en los términos acordados por las partes.
3. Proceder a la evaluación y liquidación del siniestro, luego de recibida la notificación para la tramitación del mismo, conforme con lo establecido en las Condiciones Particulares de este contrato.
4. Pagar la Suma Asegurada o la indemnización que corresponda en caso de siniestro, en los plazos establecidos en este contrato o rechazar su cobertura, mediante aviso por escrito y debidamente motivado.
5. Cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el contrato de seguro.

CLÁUSULA 21.- AVISOS

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

Las comunicaciones relacionadas con la tramitación de siniestros que sean entregadas al intermediario de la actividad aseguradora producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte.

El intermediario de la actividad aseguradora será administrativa y civilmente responsable en caso de que no haya entregado la correspondencia a su destinatario en un plazo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de su recepción.

CLÁUSULA 22.- DOMICILIO ESPECIAL

Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse de este contrato, las partes eligen como domicilio especial, único y excluyente de cualquier otro, el lugar donde se celebró el contrato de seguros, a cuya Jurisdicción declaran someterse las partes.

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1.

INTERPRETACIÓN DE TÉRMINOS

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

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

ATENCIÓN AMBULATORIA: Es cuando se le suministra atención médica a un Asegurado y 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 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 este contrato de seguro 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, equipos médicos o a cualquier otro gasto médico amparado e incurrido con motivo de la asistencia.

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 acreditado 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 o intervención quirúrgica.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Enfermedad o lesión que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de inicio de la duración del contrato o de la inclusión del Asegurado en el seguro, y sea conocida por el Tomador o Asegurado al momento de la suscripción del contrato.

ENFERMEDAD, DEFECTO O MALFORMACIÓN CONGÉNITA: Iteración 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 Asegurado a la fecha de inicio de la duración del contrato.

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 este contrato de seguro, 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: Persona natural acreditada conforme a la ley para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios, en cualquiera de sus modalidades y especialidades.

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

1. Sea apropiado para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del Asegurado.
2. 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. El nivel de servicio o suministro sea idóneo y pueda ser proporcionado sin riesgo para el Asegurado.
4. No sea primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado, de su familia o de su Médico.

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.

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

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.

CLÁUSULA 2.- GASTOS CUBIERTOS

Queda entendido que el Asegurador cubre el porcentaje de reembolso contratado indicado en el Cuadro Póliza Recibo, de los gastos amparados ocasionados durante la duración 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 duración 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 este contrato, 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 particular 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 duración 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, isótopos radioactivos, pruebas de metabolismo, electrocardiogramas, ultrasonidos, resonancias magnéticas, tomografías, exámenes de laboratorio y otros similares, que guarden relación con la causa u origen del tratamiento médico o de la hospitalización, siempre que se requieran en el diagnóstico o atención de una alteración a la salud del Asegurado amparada por la Póliza.
10. La cobertura que ofrece el presente contrato se extiende a tratamientos odontológicos que sean originados como consecuencia de un accidente que ocurra durante su duración, 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) anestesiólogo. 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 anestesiólogo, 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 duración 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/m², 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 el tratamiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y sus enfermedades oportunistas.

CLÁUSULA 3.- COBERTURA INMEDIATA

Tendrán cobertura inmediata los accidentes amparados por la Póliza y las siguientes enfermedades infecciosas agudas: fiebre reumática, apendicitis, bronquitis, gastroenteritis, abscesos (intrabdominales, intratorácicos e intracraneales), adenoiditis, 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, rubeola, sarampión y varicela.

CLÁUSULA 4.- PLAZOS DE ESPERA

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

1. Once (11) meses para las siguientes enfermedades: adenoiditis no infecciosa, hipertrofia de adenoides y amígdalas, vértigo o laberintitis no infeccioso, hemorroides, hidrocele, incontinencia urinaria, otitis crónica, 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, tumores benignos de mamas, gigantomastia que provoque evidente y comprobable trastornos a nivel de la columna cervical y/o 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, fístulas, esofagogastrroduodenopatías, glaucoma, hallux valgus, hepatopatías, hernias, hipertrofia de cornetes, malformaciones arterio-venosas, neumopatías profesionales, osteoartritis, 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, enfermedad de Parkinson y los trastornos del sueño.
14. Tratamientos o procedimientos médicos para atención de: trastorno de déficit de atención e hiperreactividad, síndrome de Asperger, trastornos del espectro autista (TEA).
15. 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 o tratamiento desensibilizante para las alergias.
16. Tratamiento experimental o investigativo, tratamiento con PRP (plasma rico en plaquetas), ozonoterapia, vendaje neuromuscular o kinesioatepining, terapia neural, cámara hiperbárica. Acupuntura, medicina naturista, homeopática o cualquier otro tratamiento no aceptado por las organizaciones profesionales que estén reconocidas por la comunidad médica nacional o internacional.
17. 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.
18. 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.
19. 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. Queratocono. No obstante, queda a salvo lo establecido en la Cláusula 5. Exclusiones Temporales, de estas Condiciones Particulares.
20. Tratamiento quirúrgico de patología no tumoral de las glándulas mamarias. Mastoplastia con fines estéticos, funcionales o anatómicos, ginecomastia, mama supernumeraria y gigantomastia, salvo lo establecido en la Cláusula 5. Exclusiones Temporales, de estas Condiciones Particulares. Cúmulo de grasa pectoral o lipomastia en hombres.
21. Tratamientos y controles de la menopausia y la andropausia.
22. Chequeos y controles ginecológicos.
23. 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.

24. Enfermedades y tratamientos odontológicos y periodontológicos, intervención quirúrgica de distonías miofaciales por mal posición dentaría 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.
25. Embarazo, parto, cesárea, aborto y legrado uterino por aborto, sus consecuencias y complicaciones. Consultas y exámenes pre y post natal.
26. 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.
27. 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.
28. Estudios, tratamientos y hospitalizaciones por alteraciones hormonales con repercusión en el crecimiento y/o desarrollo.
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, gastos administrativos, limpieza, microfilm, historias clínicas, coordinación de servicios hospitalarios (emergencia, UCI, hospitalización, quirófano), estacionamiento, mantenimiento de infraestructura hospitalaria, desechos biológicos o patológicos, 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. Monitor de glucosa continuo y/o Bomba de infusión de insulina.

CLÁUSULA 7.-

OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD

El Asegurador no estará obligado al pago de la indemnización si el Tomador, Asegurado o 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, Asegurado o 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, Asegurado o 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 diez (10) 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 mensualmente, 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, de su cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho.
3. Los padres del Asegurado Titular, 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, de su cónyuge o de la persona con quien este mantenga unión estable de hecho, cumple la edad de veinticinco (25) años, contraiga matrimonio o mantenga unión estable de hecho.
3. Cuando alguna de las personas mencionadas en el numeral 4 de la cláusula anterior, deje de depender económicamente del Asegurado Titular.

4. Cuando el trabajador deje de prestar servicios para el Asegurado Titular.
5. 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 el año póliza respectivo.

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 duración 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.

CLÁUSULA 12.- DEFENSOR DEL ASEGURADO

En caso de cualquier denuncia, queja, reclamo o sugerencia, el Tomador, Asegurado o Beneficiario podrá acudir a la Oficina de Atención Ciudadana de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, en la cual existe la figura del Defensor del Tomador, Asegurado o Beneficiario, o comunicarse a través de los mecanismos dispuestos para ello.

POR LA EMPRESA DE SEGURO	EL TOMADOR