

## CONTRATO DE SEGURO DE SALUD

### CONDICIONES GENERALES

LA ADMINISTRADORA sociedad mercantil domiciliada en la Avenida Francisco de Miranda, Edificio Seguros Venezuela, piso 9, Urbanización Campo Alegre, Municipio Chacao del Estado Miranda, inscrita en el Registro Mercantil de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal (ahora Capital) y Estado Miranda en fecha 26 de julio de 1948, bajo el Nro. 602, Tomo 3-C, reformados sus Estatutos Sociales y refundidos en un solo texto conforme consta de documento inscrito en el Registro Mercantil Primero del Distrito Capital, en fecha 16 de julio de 2012, bajo el Nro. 26, Tomo 132-A, Registro Único de Información Fiscal Nro.J-000340366 e inscrita ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el Nro. 24, representada en este acto por la ciudadana **CARMEN ALICIA GUILLÉN CONTRERAS**, venezolana, mayor de edad, domiciliada en Caracas, Distrito Capital, titular de la cédula de identidad Nro. V- 10.782.837, en su carácter de **Presidenta Ejecutiva**, y el Tomador, identificado en la Factura Fiscal, han convenido en suscribir el presente contrato de seguro, el cual está conformado y se regirá por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Factura Fiscal, la Solicitud de Seguro y los demás documentos que formen parte integrante del mismo.

#### CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO

El Administrador se compromete a asumir los riesgos indicados en el contrato de seguro, hasta la suma asegurada señalada en la Factura Fiscal.

#### 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 este Contrato se desprenda una interpretación diferente:

**Asegurador:** El Administrador, quien asume los riesgos cubiertos en este Contrato.

**Tomador:** Persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena, contrata el seguro con el Administrador, trasladándole los riesgos y obligándose al pago del aporte.

**Asegurado:** Persona natural expuesta a los riesgos cubiertos y amparada por este Contrato. El Asegurado debe estar identificado en la Factura Fiscal.

**Asegurado Titular:** Persona indicada con este carácter en la Factura Fiscal, 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 Administrador 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 del Contrato.

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

**Solicitud de Seguro:** Cuestionario que proporciona el Administrador, 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 el Contrato 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.

**Factura Fiscal:** Documento en el que se indica, como mínimo, la siguiente información: número de Contrato, identificación completa del Administrador 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 del aporte, forma de

pago, vigencia del contrato, fecha de emisión del contrato, deducible, si lo hubiere, y firmas del Administrador y del Tomador.

La Factura Fiscal será entregada al Tomador conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los anexos, si los hubiere, y los demás documentos que formen parte integrante del Contrato.

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.

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

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

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

**Suma Asegurada:** Límite máximo de responsabilidad del Administrador, indicado en la Factura Fiscal. La suma asegurada de cada Asegurado será aplicada por enfermedad o accidente y vigencia del contrato.

### CLÁUSULA 3. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

El Administrador 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 este Contrato.
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 Administrador 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 Administrador en lo que respecta al Contrato.
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 Administrador.
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 Administrador.
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 Administrador estipulados en este Contrato.
9. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares del Contrato.

### CLÁUSULA 4. VIGENCIA DEL CONTRATO

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

### CLÁUSULA 5. PAGO DEL APORTE

El Tomador debe pagar el primer aporte anual en el plazo de diez (10) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia del contrato. Si el aporte no es pagado o se hace imposible su cobro por causa

imputable al Tomador en el plazo establecido, el Administrador tendrá derecho a exigir el pago correspondiente o resolver el Contrato. 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 del aporte, el Administrador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague antes de su vencimiento el aporte correspondiente.

Contra el pago del aporte, el Administrador entregará al Tomador la Factura Fiscal correspondiente, firmado y sellado por el mismo.

Los aportes pagados en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del Administrador por el exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses del excedente, aun cuando aquellas hubieren sido aceptadas formalmente por el Administrador.

Los aportes correspondientes a este contrato serán pagados directamente en las oficinas del Administrador. No obstante, éste podrá cobrar los aportes 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.

Los aportes podrán ser pagados 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 el aporte 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 Administrador no podrá anular o negarse a renovar en las mismas condiciones, siempre que el Tomador pague el aporte correspondiente.

#### **CLÁUSULA 7. PLAZO DE GRACIA**

Se conceden treinta (30) días continuos de gracia para el pago del aporte de renovación, contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia del contrato anterior. Si ocurriese un siniestro en este plazo, el Administrador pagará la indemnización, previa deducción del aporte correspondiente. Si el monto del siniestro es menor al aporte de renovación, el Administrador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague el aporte en el plazo de gracia concedido. Si el aporte no es pagado 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 Administrador 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<sup>o</sup>) día siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional del aporte, 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 Administrador.

Corresponderán al Administrador los aportes relativos al período transcurrido hasta el momento en que se haga esta notificación. El Administrador 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 Administrador haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre el aporte convenido 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 actúan con dolo o culpa grave, el Administrador quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución del aporte.

Cuando la reserva o inexactitud se contrajese sólo a una o varias de las personas cubiertas por el Contrato, 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 Administrador de haberlas conocido no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

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

El Administrador 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 Administrador.

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

El Administrador 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.

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 12. SUBROGACIÓN DE DERECHOS**

El Administrador 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 Administrador, 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 incumplieren 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 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 Administrador la existencia de cualquier otro contrato de salud que ampare al Asegurado que activó la cobertura del Contrato.

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 perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra el Administrador 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 Administrador sobre la inconformidad del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario respecto al monto de la indemnización.

A los efectos de esta disposición, se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea consignado el libelo de demanda por ante los órganos jurisdiccionales.

#### **CLÁUSULA 16. PRESCRIPCIÓN**

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

#### **CLÁUSULA 17. MODIFICACIÓN Y REHABILITACIÓN**

El Contrato puede ser rehabilitado 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 Administrador y el pago del aporte pendiente, entrando el contrato nuevamente en vigor en la fecha indicada en la Factura Fiscal. El Administrador 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 este Contrato, 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 Administrador 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 Administrador la modificación o rehabilitación de este contrato haga necesario un reconocimiento médico. El requerimiento del Administrador 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 Administrador con la emisión de la Factura Fiscal, 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 del aporte 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 al Contrato deberá hacerse mediante comunicación escrita, telegrama o medio electrónico, con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal o sucursal del Administrador o a la dirección del Tomador o del Asegurado que conste en el Contrato, 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 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 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 el contrato, 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 el 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, 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 Administrador 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 este Contrato 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 Administrador 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 Administrador 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 el Contrato, 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 el Contrato. 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 privada para el cuidado del paciente estará amparado, siempre que haya sido previamente autorizado por el Administrador. 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 Administrador 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 Administrador.

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 el Contrato.
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 del Contrato.

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 Administrador, 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 el Contrato.
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) 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 Administrador 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 este Contrato.
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 el presente Contrato.
15. Están amparados los gastos por concepto de intervención quirúrgica de tipo reconstructiva originada por un siniestro cubierto por el Contrato.  
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 el Contrato 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 el Contrato y el médico tratante lo considere médicamente necesario.
18. Los hijos del Asegurado Titular, nacidos durante la vigencia del Contrato, 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 el Contrato en el referido lapso y pagar la parte proporcional del aporte correspondiente al período que falte por transcurrir, conforme con lo establecido en las Condiciones Generales del Contrato; caso en el cual, el Administrador no aplicará los plazos de espera y exclusiones temporales previstos en este Contrato.
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 Neumonólogo; 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 este Contrato, 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 el Contrato y las siguientes enfermedades infecciosas agudas: fiebre reumática, apendicitis, bronquitis, gastroenteritis, abscesos (intraabdominales, intratoraxicos 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 éste Contrato, una vez transcurridos los Plazos de Espera que se especifican a continuación, los cuales serán contados a partir de la fecha de comienzo del Contrato 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 este Contrato.

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 Administrador 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 del Contrato 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, fístulas, esofagogastroduodenopatías, glaucoma, hallux valgus, hepatopatías, hernias, hipertrofia de cornetes, malformaciones arterio-venosas, neumopatías profesionales, osteoartrosis, osteoporosis, otesclerosis, 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 Administrador 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 Administrador no estará obligado al pago de la indemnización si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no notificaren el siniestro o no entregare los documentos solicitados por el Administrador 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 este Contrato, se tomará en cuenta lo siguiente:

1. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario podrá solicitar el reembolso de los gastos incurridos. El Administrador 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 este Contrato 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 Administrador 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, utilizándolos formularios usuales del Administrador, 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 Administrador, 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 este Contrato.

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 este Contrato.

El Administrador 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 Administrador 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 Administrador, 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 Administrador. 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 Administrador 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 Administrador, 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 Administrador 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 Administrador debe informar de forma inmediata, a través de cualquier mecanismo previsto para ello, que el Asegurado se encuentra amparado por este Contrato.
4. El Administrador 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 este Contrato. El Administrador 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 Administrador, a fin de que éste pueda determinar que la lesión o enfermedad que originó la solicitud está cubierta por el Contrato.
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 Administrador, fueren originados o relacionados con algunas de las exclusiones o limitaciones de este Contrato, el Administrador 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 Contrato el Asegurado Titular y las siguientes personas, siendo que el género masculino incluirá también al femenino, los cuales deben estar identificados en la Factura Fiscal:

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 del presente Contrato, en las mismas condiciones y sin pago del aporte.

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

El seguro bajo este Contrato 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.
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 Administrador la decisión de no renovar el Contrato 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 Administrador a más tardar dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha de terminación de la vigencia en curso. El Administrador está obligado a aceptar la designación del nuevo Asegurado Titular.

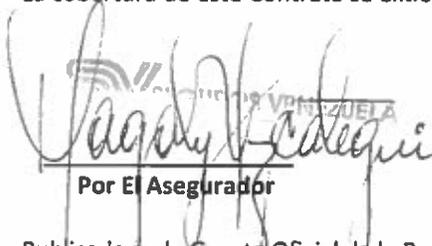
La terminación se efectuará sin perjuicio del derecho del Asegurado o del Beneficiario a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación.

Si un Asegurado, conforme con lo indicado en los numerales anteriores, quedare excluido del Contrato, podrá solicitarse al Administrador, 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 un Contrato de seguro de salud, sujeto al pago del

aporte correspondiente, y el Asegurado no perderá los derechos de antigüedad adquiridos con el Contrato 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 Administrador queda obligado a emitir el Contrato de seguro solicitado.

**CLÁUSULA 11. ÁMBITO DE LA COBERTURA**

La cobertura de este Contrato se extiende a cualquier parte del mundo.



Por El Asegurador

\_\_\_\_\_  
El Tomador

Publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela  
N° 5.990 Extraordinario de fecha 29 de julio de 2010, reimpressa y publicada por error material en fecha 5 de agosto de 2010, en la Gaceta Oficial la República Bolivariana de Venezuela N° 39.481