

## PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD COBERTURA DE EMERGENCIAS MÉDICAS

La Mundial de Seguros, C.A., que en adelante será denominada el Asegurador, con Registro de Información Fiscal RIF N° J-000846448, inscrita en el Registro \_\_\_\_\_, representada en este acto por {nombre del representante del Asegurador, cédula de identidad y carácter con que actúa dentro del Asegurador}, en consideración a las informaciones contenidas en la Solicitud de Seguro, firmada por el Asegurado, se compromete a otorgar los beneficios correspondientes a cada una de las coberturas amparadas bajo esta Póliza, con sujeción a lo contenido en las Cláusulas siguientes:

### 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

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: La Mundial de Seguros, C.A., 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 Asegurador, trasladándole los riesgos y obligándose al pago de la prima.

Asegurado: Persona natural expuesta a los riesgos cubiertos y amparados por este contrato.

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

Beneficiario: Persona que tiene el derecho de recibir el pago de la indemnización a que hubiere lugar. En caso de reembolso, el Asegurador pagará la indemnización al Asegurado Titular, independientemente de la persona que haya incurrido en los gastos.

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

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

**Solicitud de Seguro:** Cuestionario que proporciona el Asegurador, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del Tomador, de los Asegurados y de los Beneficiarios, así como también del estado de salud de cada una de las personas que estarán amparadas por la Póliza y demás datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el Tomador o Asegurado Titular, según corresponda, constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión del contrato. **Cuadro Póliza Recibo:** Documento en el que se indica, como mínimo, la siguiente información: número de la Póliza, identificación completa del Asegurador y de su domicilio principal, identificación completa del Tomador, de los Asegurados y de los Beneficiarios, dirección del Tomador, dirección de cobro, dirección del Asegurado Titular, nombre del intermediario de 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 del Tomador.

**Condiciones Particulares:** Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura. **Prima:** Contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración del contrato.

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

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

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

#### CLÁUSULA 6. RENOVACIÓN

El contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período anterior y por un plazo igual, siempre que el Tomador pague la prima correspondiente al nuevo período, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula 7. Plazo de Gracia, de estas Condiciones Generales, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior.

Las partes pueden negarse a la prórroga del contrato mediante una notificación 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 período de duración en curso.

Transcurridos tres (3) años ininterrumpidos desde la celebración del contrato, el Asegurador no podrá negarse a renovar en las mismas condiciones, siempre que el Tomador pague la prima correspondiente.

#### CLÁUSULA 7. PLAZO DE GRACIA

Se conceden 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 8. DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO

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

El Asegurador deberá participar al Tomador, en un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud de seguro, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá 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 el Asegurado Titular. En caso de resolución, ésta se producirá a partir del decimosexto (16<sup>0</sup>) día siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de seguros, correspondiente al período que falte por transcurrir se encuentre a disposición del Tomador en la caja del Asegurador. Corresponderán al Asegurador las primas relativas al período transcurrido hasta el momento en que se haga esta notificación. El Asegurador no podrá resolver el contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

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

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 9. FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE

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

En caso de falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario en la reclamación del siniestro, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato y exoneran 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 10. PAGO DE INDEMNIZACIONES

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

#### CLÁUSULA 11. RECHAZO DEL SINIESTRO

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

#### CLÁUSULA 12. SUBROGACIÓN DE DERECHOS

El Asegurador que ha pagado la indemnización, queda subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto de ésta, 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 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 el Beneficiario no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de exigir a otras personas la reparación por los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado.

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

Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario incumpliere lo establecido en esta cláusula, perderá el derecho al pago que le otorga 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 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.

#### 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.

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 15. CADUCIDAD

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

1. Del rechazo, total o parcial, del siniestro.
2. De la decisión del Asegurador sobre la inconformidad del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario respecto 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 16. PRESCRIPCIÓN

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

#### CLÁUSULA 17. MODIFICACIÓN Y REHABILITACIÓN

El contrato de seguro puede ser rehabilitado a solicitud del Tomador o el Asegurado Titular, siempre que los Asegurados se encuentren en buen estado de salud, según declaración de salud o reconocimiento 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, 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 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 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 el deducible, y por parte del Tomador o el 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 al 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 del 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 18. AVISOS

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a este contrato deberá hacerse mediante comunicación escrita o medio electrónico, con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal o sucursal del Asegurador o a la dirección del Tomador o del Asegurado que conste en la Póliza, según sea el caso. Las comunicaciones 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 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 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:** Episodio o suceso violento, súbito o inesperado, externo y ajeno a la intencionalidad del Tomador o del Asegurado, que le cause a este último lesiones corporales.

**Emergencia Médica:** Estado de Salud 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.

**Año Póliza:** Período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de inicio de la duración del seguro.

**Enfermedad:** Condición de salud que resulte de la acción de agentes patógenos 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:** Es la patología 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 el Asegurado al momento de la suscripción del contrato.

**Enfermedad, Defecto o Malformación Congénita o hereditaria:** Alteración o disfunción del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo u órgano 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 duración del contrato o de la inclusión del Asegurado en el seguro.

**Institución médica:** Establecimiento permanente con permiso sanitario vigente para suministrar asistencia médica, autorizada por el organismo público competente. No serán consideradas instituciones médicas 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), discapacitados mentales o alteraciones 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.

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

1. No haya sido aceptado como seguro, confirmativo y apropiado para el tratamiento médico de patologías 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 médica que posea valor o beneficio terapéutico; o Esté bajo estudio, investigación, en un período de prueba o en cualquier fase de un experimento o ensayo clínico.

**Tratamiento Médico:** Conjunto de ordenes médicas indicadas por un médico que se ponen en práctica para la sanación o alivio o atenuación de una patología o lesión, incluyendo medicamentos prescritos, insumos o prótesis.

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

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

**Costo Razonable:** Es el promedio calculado por el Asegurador de los gastos cubiertos por tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas de Instituciones médicas 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 con 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.

**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 insumo 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.
5. **Red de Proveedores:** Médicos, Instituciones médicas y prestadores de servicios de salud que han acordado con el Asegurador la atención médica a los asegurados.

## CLÁUSULA 2. ALCANCE DE LA COBERTURA

El Asegurador indemnizará los Costos Razonables cubiertos en que incurra el Asegurado por atenciones médicas, hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas según lo establecido en la Cláusula 4. Gastos Cubiertos de estas Condiciones Particulares, como consecuencia de enfermedad, accidente o patología ocurrida durante la vigencia de la Póliza que constituya una emergencia médica y que sean ocasionados por las patologías descritas en la Cláusula 3. Patologías Amparadas de estas Condiciones Particulares. La cantidad por indemnizar será como máximo la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo por asegurado y año póliza.

## CLÁUSULA 3. PATOLOGÍAS AMPARADAS

Se considerarán como emergencias médicas cubiertas por esta Póliza, las siguientes afecciones o patologías:

1. Afecciones o lesiones como consecuencia directa de accidentes.
2. Síndrome coronario agudo.
3. Crisis Hipertensiva descompensada que no cede con el uso de tratamiento antihipertensivo.
4. Insuficiencia cardíaca congestiva descompensada.
5. Signos clínicos de Enfermedad vascular cerebral (EVC).
6. Cefalea con afectación neurológica o cefalea migrañosa.
7. Episodios convulsivos.
8. Infecciones respiratorias de vías bajas (IRB) con alteración hemodinámica.
9. Asma en crisis.
10. Bronquiolitis o broncoespasmo en pediátricos.
11. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en exacerbación.
12. Cólico nefrítico o renal.
13. Pielonefritis aguda.
14. Cólico biliar complejo.
15. Apendicitis.
16. Peritonitis.
17. Pancreatitis.
18. Hemorragias digestivas superior e inferior.
19. Politraumatismos.
20. Traumatismo craneoencefálico.
21. Fracturas óseas.
22. Luxaciones o esguinces de II o III grado.
23. Reacciones de hipersensibilidad.

24. Accidentes escorpiónicos, ofídicos, o apismo.
25. Heridas o laceraciones.
26. Quemaduras.
27. Quemaduras de 3er grado.
28. Quemaduras en más de 20% de la superficie corporal total.
29. Síndrome febril agudo.
30. Meningitis y encefalitis.
31. Infecciones de piel y partes blandas con signos de severidad.
32. Faringitis o faringoamigdalitis.
33. Dengue con signos de alarma.
34. Varicela.
35. Diabetes Mellitus descompensada.

#### CLÁUSULA 4. DEFINICIONES DE LAS PATOLOGÍAS AMPARADAS

Las afecciones o patologías amparadas tendrán el significado siguiente o estarán referidas a:

1. Afecciones o lesiones como consecuencia directa de accidentes: Lesiones que puedan ocurrir como consecuencia directa de un accidente.
2. Síndrome coronario agudo: Afección provocada por una reducción repentina y brusca o un bloqueo del flujo sanguíneo al corazón; provocando una isquemia miocárdica.
3. Crisis Hipertensiva descompensada que no cede con el uso de tratamiento antihipertensivo: Elevación aguda o brusca de la presión arterial (PA), acompañada de alteraciones orgánicas graves de órgano diana, con riesgo de lesión irreversible y compromiso de la vida. Según la presencia o no de esta afectación, se clasifica en emergencia hipertensiva (EH) o urgencia hipertensiva (UH), respectivamente. Urgencia hipertensiva: Evaluación de paciente asintomático o con síntomas inespecíficos con alteración leve o moderada de órgano diana.
4. Insuficiencia cardíaca congestiva descompensada: Afección crónica que se produce cuando el músculo cardíaco no bombea suficiente sangre oxigenada a todo el organismo con la eficacia necesaria, puede producirse cuando el corazón no bombea (sístole) o no se llena (diástole) correctamente.
5. Signos clínicos de enfermedad vascular cerebral (EVC): Alteración sistema nervioso central, provocada por disminución de flujo sanguíneo en el cerebro, con alteraciones neurológicas que pueden ser de manera momentánea o permanente. Signos clínicos: dificultad para articular, hablar y entender, confusión, parálisis, parestesia o entumecimiento de la cara y/o miembro, alteraciones motoras o de coordinación.
6. Cefalea con afectación neurológica o cefalea migrañosa: Cefalea de inicio reciente, explosiva, que tiene un inicio brusco y que alcanza su máxima intensidad en los primeros minutos, con alteración neurovascular suele acompañarse de fotofobia o sensibilidad a la luz, el sonido, náuseas y vómitos.

7. Episodios convulsivos: Descargas eléctricas repentinas, excesivas, no controladas que pueden producirse en diferentes partes del cerebro. Las convulsiones pueden ir desde episodios de ausencia o de contracciones musculares, hasta convulsiones prolongadas y graves, provocando cambios en el comportamiento, movimientos del cuerpo y estado de conciencia.
8. Infecciones respiratorias de vías bajas (IRB) con alteración hemodinámica: Infección de las vías bajas del aparato respiratorio con obstrucción, disminución de esfuerzo, alteración de la función pulmonar y hemodinámica como fiebre, taquicardia, inapetencia y malestar general.
9. Asma en crisis: Enfermedad pulmonar crónica que afecta las vías respiratorias como los alvéolos que transportan el aire estrechándose las vías respiratorias causando sibilancia, tiraje intercostal y/o subcostal y en ocasiones tiraje universal, alteración hemodinámica, taquicardia con alteración de la saturación de oxígeno.
10. Bronquiolitis o broncoespasmo en pediátricos: Infección viral aguda de las vías respiratorias inferiores que afecta a lactantes menores de veinticuatro (24) meses y se caracteriza por dificultad respiratoria, sibilancias y/o estertores crepitantes.
11. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en exacerbación: Enfermedad pulmonar inflamatoria crónica que causa la obstrucción del flujo de aire de los pulmones. Los síntomas incluyen dificultad para respirar, tos, producción de moco (esputo) y sibilancias.
12. Cólico nefrítico o renal: Dolor súbito de gran intensidad en la región lumbar, producto de una obstrucción de las vías urinarias causada por cálculos o piedras, impidiendo las micciones espontáneas.
13. Pielonefritis aguda: Inflamación del riñón, causada por bacterias que colonizan en las vías urinarias, que puede ocasionar sepsis o fallo múltiple del órgano.
14. Cólico biliar complejo: Dolor intenso que se localiza en la parte superior derecha y media del abdomen, causado por una obstrucción del conducto cístico, impidiendo que salga la bilis.
15. Apendicitis: Inflamación del apéndice conectado al intestino grueso (colon), ubicado en la parte inferior derecha del abdomen, causada por una obstrucción del apéndice, inflamándose y llenándose de pus.
16. Peritonitis: Inflamación del peritoneo, membrana que cubre las paredes abdominales, producida por una infección bacteriana o micótica y otras causas.
17. Pancreatitis: Inflamación del páncreas, de inicio repentino o súbito, desencadenada por la activación inapropiada de enzimas pancreáticas, produciendo lesión tisular.
18. Hemorragias digestivas superior e inferior: Es la pérdida de sangre del sistema digestivo. Las hemorragias digestivas superior o altas son las que se originan en esófago, estómago y duodeno y el sangrado es rojo rutilante. Las hemorragias digestivas inferior o bajas se originan en el intestino delgado y en el colon y el sangrado es digerido de apariencia oscura (negra).
19. Politraumatismos: Conjunto de lesiones múltiples, que afectan dos o más órganos del cuerpo, suelen ser graves y pueden ocasionar el fallecimiento del individuo.

20. Traumatismo craneoencefálico: Lesión física producida sobre el tejido cerebral que altera la función cerebral (temporal o permanentemente) y puede producir una disminución del nivel de conciencia y alterar las habilidades cognitivas, físicas y emocionales de la persona.
21. Fracturas óseas: Es una solución de continuidad de la sustancia ósea, pudiendo ser total o parcial, que ocurre cuando ésta recibe una fuerza superior, a la que puede resistir.
22. Luxaciones o esguinces de II o III grado:  
Los esguinces se producen cuando hay un estiramiento o pérdida de la tensión en una articulación, que puede ir o no acompañado del ligamento o fibra muscular. Grado II: Rotura parcial del ligamento. Grado III: Rotura total del ligamento.  
Las luxaciones se presentan cuando el hueso se sale de la articulación. Habitualmente aparecen como consecuencia de traumatismos o accidentes.
23. Reacciones de hipersensibilidad: Son respuestas inmunes específicas, con expresión clínica (síntomas) a ciertos medicamentos, proteínas o alérgenos. Trayendo una respuesta inmune exagerada como la anafilaxia, colocando en riesgo la vida de la persona.
24. Accidentes escorpiónicos, ofídicos, o apismo: Cuadro agudo, que se inicia inmediatamente posterior a un emponzoñamiento accidental de un escorpión.  
Accidente ofídico: Es aquel causado por la mordedura de serpientes que poseen e inoculan sustancias tóxicas, las cuales lesionan los tejidos y provocan alteraciones fisiopatológicas en la víctima.  
Apismo: Envenenamiento producido por abejas que no sólo causa efecto o daño local sino además puede producir o desencadenar otros efectos graves como son reacciones tóxicas, anafilácticas y sistémicas, comprometiendo la vida del huésped y provocando muchas veces la muerte en pocos minutos.
25. Heridas o laceraciones: Es un corte o abertura en la piel. Puede o no afectar los tejidos más profundos. De causas múltiples, por fricción, radiación o contacto con productos químicos.
26. Quemaduras: Son lesiones de la piel y otros tejidos orgánicos provocadas por el contacto térmico, radiación, químicos o eléctricos.
27. Quemaduras de 3er grado: Cuando se queman las tres capas de la piel, observándose blanca, marrón o parecida al cuero.
28. Quemaduras en más de 20% de la superficie corporal total: Quemaduras de II grado hasta III grado, no presenta daño de las capas más profundas, no hay daño en las glándulas. Hay presencia de dolor y flictenas o ampollas.
29. Síndrome febril agudo: Inicio repentino de fiebre repentino con menos de siete (7) días de evolución donde no se ha identificado signos ni síntomas relacionados con un foco infeccioso aparente.
30. Meningitis y encefalitis:  
Meningitis: Es la inflamación del líquido y las membranas (meninges) que rodean al cerebro y a la médula espinal a causa de una infección bacteriana.  
Encefalitis: Es una inflamación de las meninges, por causa viral o autoinmune. Con síntomas neurológicos como convulsión, alteración del estado mental, alteración de la motricidad, visión y audición.



31. Infecciones de piel y partes blandas con signos de severidad: Es una afección de la piel provocada por agentes bacterianos o micóticos, con un amplio cuadro clínico, afectando tejido celular subcutáneo, fascia y músculo, con signos de flogosis.
32. Faringitis o faringoamigdalitis:  
Faringitis: Dolor e irritación en la garganta con dificultad para tragar (disfagia).  
Faringoamigdalitis: Infección aguda de la faringe y las amígdalas palatinas, causando síntomas como odinofagia, linfadenopatía cervical, fiebre, absceso periamigdalino. Es una acumulación de pus, expandiendo el proceso hacia el cuello y pecho.
33. Dengue con signos de alarma: Infección viral transmitida por un vector (mosquito *Aedes Aegypti*). El paciente puede presentar dolor abdominal intenso, vómitos persistentes, sangrados, hepatomegalias, aumento progresivo de hematocrito que puede llevar a la muerte del paciente.
34. Varicela: Es una infección sistémica aguda causada por el virus de la varicelazóster (*Virus Herpes Humano Tipo 3*). Es una enfermedad característica de la infancia, contagiosa. La varicela sobreinfectada es una complicación, con alta letalidad, caracterizada por vesículas infectadas con contenido purulento; neumonía, deshidratación, mialgia, otialgia, encefalitis.
35. Diabetes Mellitus descompensada: Se caracteriza por una glicemia mayor de 250mg/dL con acidosis PH menor a 7,3, originado por un déficit de insulina. Cetoacidosis es una complicación grave de la diabetes, debido a una elevación de cetonas, hiperglucemia y ácidos en el cuerpo.

#### CLÁUSULA 4. GASTOS CUBIERTOS

Queda entendido que el Asegurador cubre el ciento por ciento (100%) de los gastos amparados ocasionados durante la vigencia del contrato, sujeto al costo razonable y hasta la suma asegurada contratada.

La suma asegurada de cada Asegurado será aplicada por año póliza, por tanto, toda indemnización que se efectúe como consecuencia de una enfermedad o accidente, durante una misma vigencia de Póliza, disminuirá la suma asegurada y, en consecuencia, la responsabilidad del Asegurador por posibles reclamos dentro del mismo año póliza, estará limitada al remanente entre la suma asegurada y el monto o los montos indemnizados con anterioridad.

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, junto con los demás beneficios cubiertos por este contrato, están sujetos a la suma asegurada contratada por año póliza.





LA MUNDIAL  
de Seguros

RIF: J000846448

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 73

PÁGINA 15 DE 21

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.
5. Los gastos por concepto de honorarios médicos por intervención quirúrgica están limitados a un (1) cirujano principal, un (1) ayudante y un (1) anesthesiólogo. El Asegurador reconocerá los honorarios ocasionados por un (1) segundo y un tercer ayudante, siempre que la participación de estos en la intervención quirúrgica esté justificada médicamente. Los gastos cubiertos por honorarios médicos correspondientes al primer ayudante, el anesthesiólogo, serán como máximo el cuarenta por ciento (40%) de los del cirujano principal, para cada uno. En el caso de ser necesaria la participación de un segundo ayudante, los honorarios serán como máximo el treinta por ciento (30%) de los honorarios del cirujano principal y en el supuesto de un tercer ayudante los honorarios serán como máximo el veinte por ciento (20%) de los honorarios del cirujano principal.  
Si en el curso de una misma hospitalización o acto quirúrgico, el Asegurado es atendido por dos o más cirujanos, o si se efectúan dos o más intervenciones quirúrgicas por la misma enfermedad o accidente, éstas serán consideradas como una sola a los efectos de la indemnización y si se presentan accidentes y/o complicaciones y patologías 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.
6. Están cubiertos los gastos por atención médica recibida en Instituciones médicas 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.
7. Están cubiertos los gastos por Servicios de Analgesia Post Operatoria, siempre que sea requerido por una enfermedad o accidente cubierto por la Póliza y el médico tratante lo considere médicamente necesario.



#### CLÁUSULA 4. PLAZOS DE ESPERA

Los Asegurados inscritos en el seguro tienen derecho a gozar de las coberturas y beneficios establecidos en esta Póliza, una vez transcurridos siete (7) días, los cuales serán contados a partir de la fecha en que se realice el pago de la prima.

#### 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 patologías 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 patologías 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 del Asegurado en actos delictivos, motín, conmoción civil, disturbios populares, saqueos, disturbios laborales o conflictos de trabajo.
5. Cualquier enfermedad, afección o patología distinta a las mencionadas en la Cláusula 3. Patologías Amparadas de estas Condiciones Particulares.
6. El suicidio o sus tentativas, así como las lesiones que el Asegurado se cause intencionalmente.
7. Lesiones ocasionadas como consecuencia de la participación 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.
8. Lesiones ocasionadas como consecuencia de la práctica del Asegurado de los siguientes deportes o actividades de alto riesgo: caza, automovilismo, motociclismo, motocross, karting, Scooter, 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 Icaro, 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 jit su, 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.

9. Patologías 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.
10. 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 patologías originadas por el consumo de alcohol o el uso de drogas no prescritas médicamente.
11. Trasplantes de órganos o tejidos.
12. Patologías que hayan sido ocasionadas por un trasplante de órgano o tejido.
13. Tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas sobre órganos sanos con fines profilácticos.
14. Curas de reposo, tratamientos de patologías 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.
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 con excepción de lo establecido en la Cláusula 3. Patologías Amparadas, de estas Condiciones Particulares.
16. Estados gripales y aplicación de vacunas. Acupuntura, medicina naturista, homeopática o cualquier otro tratamiento no aceptado por la Federación Médica Venezolana.
17. Tratamiento experimental o investigativo.
18. El traslado del Asegurado desde y hasta la institución hospitalaria.
19. Embarazo, parto, cesárea, aborto y legrado uterino por aborto, sus consecuencias y complicaciones. Consultas y exámenes pre y post natal.
20. 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.
21. Impuestos, gastos de cobranza, limpieza, microfilm, historias clínicas, estacionamiento, misceláneos y otros costos no definidos ni relacionados con el tratamiento de la afección declarada.
22. 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).
23. Medicamentos sin prescripción facultativa, ni medicamentos con prescripción facultativa no relacionadas con la enfermedad o lesión tratada.
24. La adquisición de los siguientes equipos médicos utilizados para controles de salud y/o prevención: tensiómetro, glucómetro, cepillos dentales, humidificador, irrigador dental, colchón de aire anti escaras y equipos de resucitación.

#### CLÁUSULA 7. OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD

El Asegurador no estará obligado al pago de la indemnización si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no notificare el siniestro o no entregare los documentos solicitados por el Asegurador dentro de los plazos establecidos en la Cláusula 8. Procedimiento en caso de Activación de la Cobertura, de estas Condiciones Particulares, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario.

#### CLÁUSULA 8. PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE LA COBERTURA

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

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

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberá notificar el siniestro, dentro del plazo máximo de diez (10) días hábiles siguientes de haber recibido los productos y/o servicios o a su egreso de la institución hospitalaria, según sea el caso, utilizando los formularios usuales del Asegurador, y consignar los recaudos antes señalados, dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes de haber efectuado la notificación. Asimismo, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario se comprometen a suministrar al Asegurador, en especial en los casos de tratamiento continuado o prolongado, mensualmente, en original, las facturas y comprobantes de pago por los productos y/o servicios recibidos y amparados por esta Póliza.

Cuando el Asegurado reciba los servicios fuera de la República Bolivariana de Venezuela, las facturas deberán ser traducidas al idioma castellano, si fuere el caso, y estar selladas por el respectivo Consulado o Embajada de la República Bolivariana de Venezuela. La indemnización se efectuará al costo razonable que tengan los servicios en la República Bolivariana de Venezuela, en moneda nacional a la tasa de cambio oficial de venta vigente, establecida por el Banco Central de Venezuela, para la fecha en que el Asegurador efectúe el pago, siempre que la reclamación resulte válida según las condiciones de esta Póliza. El Asegurador podrá solicitar documentos adicionales a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad, la solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos en los dos párrafos anteriores. Sin embargo, si del análisis de los documentos consignados se derivare, razonablemente, la necesidad de exigir documentación complementaria, el Asegurador podrá solicitarla dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos adicionales. En estos casos, se establece un plazo de treinta (30) días continuos para la

presentación de los recaudos solicitados por el Asegurador, contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario.

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

2. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario podrá solicitar Carta Aval al Asegurador. En este supuesto, deberá suministrar el presupuesto detallado de los gastos médicos por los productos y los servicios a ser prestados por el proveedor, así como los resultados de los exámenes preoperatorios y el informe médico donde se señale el diagnóstico, el tratamiento médico y/o la intervención quirúrgica a efectuarse. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberá remitir estos documentos, como mínimo, con siete (7) días hábiles de anticipación a la fecha en que deba realizarse el tratamiento médico y/o la intervención quirúrgica.

El Asegurador podrá solicitar, a su costo, una segunda evaluación médica y/o documentos adicionales a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad. La solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos en el párrafo anterior. En este caso, se establece un plazo de cinco (5) días hábiles para que el Asegurado se someta a la segunda evaluación médica y/o para que sean consignados los nuevos recaudos solicitados por el Asegurador, según sea el caso, contados a partir de la fecha de solicitud, salvo causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario. El Asegurador está obligado a ofrecer un listado de por lo menos tres (3) médicos especialistas, con la finalidad de que el Asegurado escoja quién efectuará la evaluación médica.

El Asegurador se compromete a entregar la Carta Aval al Asegurado dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que fueron consignados los documentos antes mencionados y se hubiere concluido la evaluación médica, si fuere el caso.

3. En los supuestos de emergencia médica, a solicitud de la Institución Hospitalaria, el Asegurador debe informar de forma inmediata, a través de cualquier mecanismo previsto para ello, que el Asegurado se encuentra amparado por esta Póliza.
4. El Asegurador utilizará todos los mecanismos necesarios para procurar que el Asegurado reciba atención inmediata.
5. El Asegurado tiene el derecho a escoger libremente el proveedor que le prestará los servicios o suministros garantizados por esta Póliza. El Asegurador podrá suscribir contratos con proveedores que aseguren la prestación de estos servicios o suministros. En este supuesto, indicará trimestralmente, mediante avisos colocados en cada una de sus oficinas de atención al público y en los medios de información electrónicos, los referidos proveedores.
6. Cualquiera sea el caso, la indemnización estará sujeta a un análisis previo realizado por el Asegurador, a fin de que éste pueda determinar que la lesión o enfermedad que originó la solicitud está cubierta por la Póliza.
7. El Asegurado autoriza al médico tratante y a la Institución Hospitalaria para dar información acerca de su estado físico, historia clínica y demás circunstancias que originaron la reclamación, relevándolos de guardar el secreto médico.

8. Si después de haberse hecho efectivo el pago, resultare que los gastos incurridos por el Asegurado y pagados por el Asegurador, fueren originados o relacionados con algunas de las exclusiones o limitaciones de esta Póliza, el Asegurador procederá a recuperar del Asegurado Titular o de la persona que haya recibido la indemnización, el monto que haya sido pagado indebidamente.

#### CLÁUSULA 9. PERSONAS ASEGURABLES

Son asegurables bajo la presente Póliza el Asegurado Titular y las siguientes personas, siendo que el género masculino incluirá también al femenino, los cuales deben estar identificados en el Cuadro Póliza Recibo:

1. El cónyuge del Asegurado Titular o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.
2. Los hijos menores de veinticinco (25) años 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.

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

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

1. Cuando el cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho con el Asegurado Titular termine su relación con él.
2. Si el hijo del Asegurado Titular o de su cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho, cumple la edad de veinticinco (25) años, contraiga matrimonio o mantenga unión estable de hecho.
3. Cuando alguna de las personas mencionadas en el numeral 4. de la cláusula anterior, deje de depender económicamente del Asegurado Titular.
4. Por aviso escrito del Tomador o el Asegurado Titular, comunicando al Asegurador la decisión de no renovar la Póliza o el seguro de algún Asegurado. En los supuestos antes señalados, la terminación procederá al finalizar la vigencia del contrato.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, para que sea procedente la renovación del contrato, cualquier Asegurado, familiar del Asegurado Titular fallecido y mayor de edad, podrá figurar como Asegurado Titular, con la condición de que la designación sea notificada al Asegurador a más tardar dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha de terminación de la vigencia en curso. El Asegurador está obligado a aceptar la designación del nuevo Asegurado Titular.

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

Si un Asegurado, conforme con lo indicado en los numerales anteriores, quedare excluido de la Póliza, podrá solicitarse al Asegurador, a más tardar dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha en que sea efectiva la terminación del contrato, la emisión de una póliza de seguro de salud, sujeto al pago de la prima correspondiente, y el Asegurado no perderá los derechos de antigüedad adquiridos con la póliza anterior, en lo que se refiere a la misma suma asegurada o plan vigentes para el momento de la

terminación del seguro. Si el Asegurado estuvo amparado ininterrumpidamente por tres (3) años a la fecha de terminación del seguro, el Asegurador queda obligado a emitir la póliza de seguro solicitada.

#### CLÁUSULA 11. ÁMBITO DE LA COBERTURA

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

#### CLAUSULA 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 EL ASEGURADOR

EL TOMADOR