



PÓLIZA DE SEGURO DE **Salud en el Exterior**

SEGUROS CARACAS, C.A., Sociedad Mercantil, domiciliada en Caracas, antes denominada Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A., e inscrita originalmente como C.A. Venezolana Seguros Caracas, por ante el Registro de Comercio que se llevaba en el Juzgado de Primera Instancia en lo Mercantil del Distrito Federal, el 12 y 19 de mayo de 1943, bajo los Nros. 2134 y 2193, modificado sus Estatutos en diversas oportunidades, las últimas de las cuales se encuentran inscritas por ante el Registro Mercantil Segundo de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda, el 09 de julio de 1999, bajo el N° 16, Tomo 189-A Sgdo., y modificada su denominación comercial por la actual mediante documentos inscritos ante la citada Oficina de Registro el 07 de febrero de 2020, bajo los N° 26 y 33, Tomo 24-A SDO., inscrita en la Superintendencia de Seguros, hoy Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 13 y ante el Registro de Información Fiscal bajo el N° J-00038923-3, representada por el ciudadano **GUSTAVO EDUARDO LUENGO DECARLI**, Venezolano, mayor de edad, domiciliado en Caracas, Distrito Capital, titular de la cédula de identidad N° **V-6.155.477**, y el Tomador, identificado en el Cuadro Póliza Recibo, han convenido en suscribir el presente Contrato de Seguro, el cual está conformado y se registrará por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo, la Solicitud de Seguro y los demás documentos que formen parte integrante del mismo.

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1: OBJETO DEL SEGURO

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

CLÁUSULA 2: DEFINICIONES

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

1. **ASEGURADO:** persona natural expuesta a los riesgos cubiertos y amparada por esta Póliza. El Asegurado debe estar identificado en el Cuadro Póliza Recibo.
2. **ASEGURADO RESIDENTE:** Asegurado que vive en la República Bolivariana de Venezuela, por más de doscientos setenta (270) días acumulativos por año Póliza.
3. **ASEGURADO TITULAR:** persona indicada con este carácter en el Cuadro Póliza Recibo, quien ejerce los derechos de los Asegurados ante el Asegurador.
4. **ASEGURADOR:** Seguros Caracas, C.A., quien asume los riesgos cubiertos en esta Póliza.
5. **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.
6. **CONDICIONES PARTICULARES:** aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.
7. **CUADRO PÓLIZA RECIBO:** documento en el que se indica, como mínimo, la siguiente información: número de la Póliza, identificación completa del Asegurador y de su domicilio principal, identificación completa del Tomador, de los Asegurados y de los Beneficiarios, dirección del Tomador, dirección de cobro, dirección del Asegurado Titular, nombre del Intermediario de Seguros, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la Prima, forma de pago, vigencia del Contrato, fecha de emisión del Contrato, Deducible, si lo hubiere, y firmas del Asegurado y del Tomador.

El Cuadro Póliza Recibo será entregado al Tomador conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los Anexos, si los hubiere, y los demás documentos que formen parte integrante de la Póliza, así mismo estarán a disposición del Asegurado a través de medios electrónicos. En la renovación la obligación procederá para los nuevos documentos o para aquellos que hayan sido modificados.

8. **DEDUCIBLE:** cantidad indicada en el Cuadro Póliza Recibo que deberá asumir el Asegurado y en consecuencia no será pagada por el Asegurador en caso de ocurrencia

de un Siniestro cubierto por la Póliza. El deducible de cada Asegurado será aplicado por enfermedad o accidente y vigencia del Contrato.

- 9. DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO:** las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, el Cuadro Póliza Recibo, los anexos que se emitan para complementar la Póliza y los demás documentos que por su naturaleza formen parte del Contrato.
- 10. EDAD:** es la correspondiente a la fecha de cumpleaños más cercana, anterior o posterior, al momento de emisión o renovación de la Póliza.
- 11. PRIMA:** contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración del Contrato.
- 12. RESIDENCIA HABITUAL:** domicilio permanente del Asegurado, indicado en el Cuadro de la Póliza, el cual debe estar ubicado en la República Bolivariana de Venezuela, entendiéndose como permanente doscientos setenta (270) días acumulativos por año Póliza.
- 13. SINIESTRO:** acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte del Asegurador.
- 14. SOLICITUD DE SEGURO:** cuestionario que proporciona el Asegurador, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del Tomador, de los Asegurados y de los Beneficiarios, así como también del estado de salud de cada una de las personas que estarán amparadas por la Póliza y demás datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el Tomador y/o Asegurado Titular constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión del Contrato de Seguro.
- 15. SUMA ASEGURADA:** límite máximo de responsabilidad del Asegurador, indicado en el Cuadro Póliza Recibo. La suma asegurada de cada Asegurado será aplicada por enfermedad o accidente y vigencia del Contrato.
- 16. 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.

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 estos, presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios relacionados con esta Póliza.**
- 2. Si el Siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario.**
- 3. Si el Siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, del Asegurado o**

del Beneficiario. No obstante, el Asegurador estará obligado al pago de la indemnización si el Siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el Asegurador en lo que respecta a la Póliza.

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

CLÁUSULA 4: VIGENCIA DEL CONTRATO

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

CLÁUSULA 5: PAGO DE LA PRIMA

El Tomador debe pagar la primera prima anual, en la moneda indicada en el Cuadro Póliza Recibo, en el plazo de diez (10) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia del Contrato. Si la Prima no es pagada o se hace imposible su cobro por causa imputable al Tomador en el plazo establecido, el Asegurador tendrá derecho a exigir el pago correspondiente o resolver la Póliza. En caso de resolución, esta tendrá efecto desde el inicio de la vigencia del Contrato, sin necesidad de previo aviso al Tomador. Si ocurriese un Siniestro en el plazo convenido para el pago de la Prima, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague antes de su vencimiento la Prima correspondiente.

Contra el pago de la Prima, el Asegurador entregará al Tomador el Cuadro Póliza Recibo correspondiente, firmado y sellado por el mismo. Las Primas pagadas en exceso, no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del Asegurador por el exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses del excedente, aun cuando aquellas hubieren sido aceptadas formalmente por el Asegurador.

Las Primas correspondientes a este Contrato serán pagadas directamente en las oficinas del Asegurador. No obstante, este podrá cobrar las primas a domicilio y dar aviso de sus vencimientos y, si lo hiciere, no sentará precedente de obligación y podrá suspender esta



gestión en cualquier momento, sin previo aviso.

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

CLÁUSULA 6: RENOVACIÓN

El Contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior y por un plazo igual, siempre que el Tomador pague la Prima correspondiente al nuevo período, de acuerdo a lo establecido en la CLÁUSULA 7: PLAZO DE GRACIA, de estas Condiciones Generales, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo Contrato, sino la prórroga del anterior. Las partes pueden negarse a la prórroga del Contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de vigencia en curso.

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

CLÁUSULA 7: PLAZO DE GRACIA

Se conceden treinta (30) días continuos de gracia para el pago de la Prima de renovación, contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia del Contrato anterior. Si ocurriere un Siniestro en este plazo, el Asegurador pagará la indemnización, previa deducción de la Prima correspondiente. Si el monto del Siniestro es menor a la Prima de renovación, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague la Prima en el plazo de gracia concedido. Si la Prima no es pagada en el referido período, el Contrato quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación de la vigencia del Contrato anterior.

CLÁUSULA 8: DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO

El Asegurador deberá participar al Tomador, en un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la Solicitud de Seguro, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver el Contrato mediante comunicación dirigida al Tomador, en el plazo de un (1) mes contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el Tomador o el Asegurado Titular. En caso de resolución, ésta se producirá a partir del decimosexto (16) día siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la Prima, deducida la comisión pagada al Intermediario de Seguros, correspondiente al período que falte por transcurrir, se encuentre a disposición del Tomador en la cuenta bancaria que a tal efecto haya suministrado en la respectiva Solicitud de Seguro, o en la caja del Asegurador. Corresponderán al Asegurador las Primas relativas al período transcurrido hasta el momento en que se haga esta notificación. El Asegurador no podrá resolver el Contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del Siniestro.

Si el Siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiese establecido de haber conocido la verdadera entidad del riesgo. Igualmente, si ocurre un Siniestro antes del vencimiento de los plazos de un (1) mes o de dieciséis (16) días antes mencionados, según sea el caso, el pago de la prestación también se reducirá en los términos mencionados en este párrafo. Si el Tomador

o el Asegurado Titular actúan con dolo o culpa grave, el Asegurador quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la Prima.

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

CLÁUSULA 9: FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE

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

CLÁUSULA 10: PAGO DE INDEMNIZACIONES

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

CLÁUSULA 11: RECHAZO DEL SINIESTRO

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

CLÁUSULA 12: SUBROGACIÓN DE DERECHOS

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

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

El Asegurado o el Beneficiario no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de exigir a otras personas la reparación por los daños y pérdidas que estas 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 este 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 esta Póliza, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.

CLÁUSULA 13: OTROS CONTRATOS DE SALUD

Al momento de notificar la ocurrencia del Siniestro, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario está obligado a informar al Asegurador la existencia de cualquier otro Contrato de Salud que ampare al Asegurado que activó la cobertura de la Póliza.

Cuando el Asegurado se encuentre amparado por varios Contratos de Salud que estén obligados a pagar la indemnización sobre un mismo Siniestro, escogerá el orden en que presentará las reclamaciones y se deberá indemnizar, según los beneficios y límites de cada uno de ellos, hasta el monto total de los gastos, previa deducción de los montos pagados por los otros Contratos.

CLÁUSULA 14: ARBITRAJE

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

El Superintendente de la Actividad Aseguradora actuará como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de controversias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del Contrato. En este supuesto, la tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en las normas para regular los mecanismos alternativos de solución de conflictos en la actividad aseguradora.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLÁUSULA 15: CADUCIDAD

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

1. Del rechazo, total o parcial, del Siniestro.
2. De la decisión del Asegurador sobre la inconformidad del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario respecto al monto de la indemnización.

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

CLÁUSULA 16: PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA 17: MODIFICACIÓN Y REHABILITACIÓN

La Póliza puede ser rehabilitada a solicitud del Tomador, siempre que los Asegurados se encuentren en buen estado de salud, según declaración de salud o reconocimiento médico a cargo del Asegurado. En este supuesto, se requiere la aceptación del Asegurador y el pago

de la prima pendiente, entrando el Contrato nuevamente en vigor en la fecha indicada en el Cuadro Póliza Recibo. El Asegurador reconocerá la antigüedad obtenida por los Asegurados para efectos de la aplicación de los plazos de espera y exclusiones temporales, pero no estarán amparados los gastos incurridos desde la fecha de resolución del Contrato hasta los tres (3) meses siguientes a la fecha de inicio de su rehabilitación, salvo por los casos de accidentes y enfermedades infecciosas agudas, mencionadas en la CLÁUSULA 1.4 PLAZOS DE ESPERA de la sección de gastos médicos en el exterior, de las Condiciones Particulares de la Póliza, que ocurran a partir de la fecha de rehabilitación. No se convendrá la rehabilitación, una vez transcurridos noventa (90) días continuos desde la fecha de resolución del Contrato.

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

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

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

CLÁUSULA 18: AVISOS

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

Las comunicaciones entregadas al Intermediario de Seguros producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte.

Los Intermediarios de Seguros deben entregar la correspondencia a su destinatario en un lapso de cinco (05) días hábiles, contados a partir de su recepción.

CLÁUSULA 19: DOMICILIO ESPECIAL

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

CLÁUSULA 20. APLICACIÓN DE LAS NORMAS QUE REGULAN LA RELACIÓN CONTRACTUAL EN LA ACTIVIDAD ASEGURADORA.

Las cláusulas establecidas en las Normas Que Regulan La Relación Contractual En La Actividad Aseguradora publicadas en Gaceta Oficial N° 40.973 de fecha 24 de agosto de

2016 serán aplicables al presente Anexo.

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1: INTERPRETACIÓN DE TÉRMINOS

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

1. **ACCIDENTE:** suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del Tomador o del Asegurado, que le cause a este último lesiones corporales.
2. **ATENCIÓN AMBULATORIA:** atención médica suministrada a un Asegurado cuando su permanencia en la Institución Hospitalaria sea menor de 24 horas.
3. **CENTRO DE CONTACTO:** Oficina del Asegurador donde se reciben las llamadas para solicitar las prestaciones que se garantizan mediante esta Póliza, indicado los números de contacto en el Cuadro Póliza Recibo.

4. CENTRO DE TRASPLANTE:

Institución la cual:

1. Está licenciada y funciona como centro de trasplante, de conformidad con las leyes de la jurisdicción donde tiene su domicilio.
 2. Está especialmente equipada para efectuar trasplantes de órganos y trasplantes de tejidos, y es reconocida y aceptada como un centro especializado para efectuar dichos trasplantes por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica en el exterior.
5. **COSTOS RAZONABLES USUALES Y ACOSTUMBRADOS:** Es el monto que usualmente cobraría el proveedor de servicios médicos y/o institución hospitalaria por un servicio igual o similar, el cual no debe exceder de lo que usualmente es cobrado por la mayoría de los proveedores de similar naturaleza, especialidad y condición por el mismo o similar servicio o suministro, dentro de la zona geográfica en la que fue prestado el servicio.
 6. **DONANTE:** Persona viva o fallecida a la cual se le ha extraído uno, o más de uno de los órganos o tejidos de su cuerpo con la finalidad de insertarlos (en forma total o parcial) al cuerpo de otra persona, mediante un procedimiento quirúrgico considerado médicamente necesario.
 7. **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.
 8. **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.

- 9. ENFERMEDAD, DEFECTO O MALFORMACIÓN CONGÉNITA:** alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo humano que existan desde la fecha de nacimiento o antes del mismo. Se considerará enfermedad preexistente si es conocida por el Tomador o el Asegurado a la fecha de inicio de la vigencia del Contrato o de la inclusión del Asegurado en la Póliza.
- 10. ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** enfermedad o lesión que pueda comprobarse que ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del Contrato o de la inclusión del Asegurado en la Póliza, y sea conocida por el Tomador o el Asegurado.
- 11. INSTITUCIÓN HOSPITALARIA:** establecimiento que está licenciado y funciona como un hospital, clínica privada o centro de trasplante, de conformidad con las leyes de la jurisdicción donde tiene su domicilio. No serán consideradas Instituciones Hospitalarias para los efectos de esta Póliza, lugares de descanso, geriátricos, cuidados de enfermería, spas, hidroclínicas y cualquier institución que suministre tratamientos similares, centros exclusivos para tratamiento de farmacodependientes, de dipsómanos (alcohólicos), enfermos mentales o con desordenes de conducta, ni lugares donde se proporcionen tratamientos naturistas, terapias alternativas y acupuntura.
- 12. MEDICAMENTO NECESARIO:** conjunto de medidas o procedimientos ordenados suministrados por un médico o institución hospitalaria, que se ponen en práctica para el tratamiento, curación o alivio de una enfermedad o lesión, que implique una mejora funcional en la salud física del Asegurado, 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 por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.
 3. Que el nivel de servicio o suministro sea el más 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.
- 13. 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.
- 14. PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO:** tratamiento médico, intervención quirúrgica, suministro, medicamento, procedimiento médico u hospitalización que:
- 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 en el exterior.
 - Su uso esté restringido a objetivos clínicos disciplinados que posean valor o beneficio

para propósitos clínicos de la disciplina y estudios científicos.

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

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

16. PROVEEDOR DE SERVICIOS MÉDICOS: médicos, hospitales, clínicas, ambulancias, y cualquier otra entidad prestadora de la asistencia, de acuerdo con una referencia del Asegurador a un Asegurado.

17. RECEPTOR: Persona Asegurada que ha recibido o está en el proceso de recibir un trasplante de órgano o de tejido cubierto bajo esta Póliza.

18. TEJIDO: Conjunto de células similares y especializadas, las cuales están unidas para realizar una función determinada.

19. TRASPLANTE DE ÓRGANO: Procedimiento quirúrgico, médicamente necesario, efectuado durante el período de vigencia de esta Póliza, mediante el cual se inserta en el cuerpo del Asegurado cualquier órgano humano (o parte de uno de ellos), que se menciona a continuación, proveniente de un donante fallecido o vivo. Los únicos trasplantes de órganos que están cubiertos bajo esta póliza son los de:

1. Corazón, pulmón, páncreas, riñón, hígado, o alguna combinación de éstos siempre que sea médicamente necesario.
2. Médula ósea autóloga para:
 - a. Linfoma de no-Hodking, estado III A o B; o estado IV A o B.
 - b. Linfoma de Hodking, estado III A o B; o estado IV A o B.
 - c. Leucemia linfocítica aguda después del primer o segundo relapso.
 - d. Leucemia no-linfocítica aguda después del primer o segundo relapso.
 - e. Tumores de célula germen (gameto).
3. Médula ósea alogénica para:
 - a. Anemia aplástica.
 - b. Leucemia aguda.
 - c. Inmunodeficiencia combinada severa.
 - d. Síndrome de Wiskott-Aldrich
 - e. Osteopetrosis infantil maligna (enfermedad de Albers Schonberg u Osteopetrosis generalizada).
 - f. Neuroblastoma estado III o IV en niños mayores de un año.
 - g. Beta talasemia homocigote (talasemia mayor).

- h. Linfoma de Hodking, Estado III A o B, o Estado IV A o B.
- i. Linfoma de no-Hodking, Estado III o Estado IV.

4. Piel a causa de un accidente.

20. TRATAMIENTO MÉDICO: conjunto de medidas realizadas u ordenadas por un médico que se ponen en práctica para la curación o alivio de una enfermedad o lesión, incluyendo medicamentos prescritos, insumos o prótesis.

CLÁUSULA 2: PERSONAS ASEGURABLES

Son asegurables bajo la presente Póliza las siguientes personas residentes en la República Bolivariana de Venezuela, considerándose que el género masculino incluirá también al femenino, los cuales deben estar identificados en el Cuadro Póliza Recibo:

1. El Asegurado Titular y su cónyuge 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.

CLÁUSULA 3: TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA CADA ASEGURADO

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

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

En los supuestos antes señalados, la terminación procederá al finalizar la vigencia del Contrato.

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

La terminación se efectuará sin perjuicio del derecho del Asegurado o del Beneficiario a

indemnizaciones por Siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación.

Si un Asegurado, conforme con lo indicado en los numerales anteriores, quedare excluido de la Póliza, podrá solicitarle 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 4: TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

El seguro bajo esta Póliza terminará automáticamente para el Asegurado, cuando se produzca la siguiente situación:

- Cuando su residencia no sea la República Bolivariana de Venezuela, según las definiciones contenidas en esta póliza.

CLÁUSULA 5: ÁMBITO DE LA COBERTURA

La cobertura de esta Póliza aplica fuera del territorio de la República Bolivariana de Venezuela.

CLÁUSULA 6: MONEDA DEL CONTRATO

La moneda del Contrato es Dólares de los Estados Unidos de Norteamérica (USD).

Todos los pagos a cargo del Tomador o Asegurado deben ser ejecutados en la moneda del Contrato. A su vez es obligatorio para el Asegurador atender el cumplimiento de sus compromisos en la moneda del Contrato. En caso de trámite de reembolso en moneda diferente a Dólares de los Estados Unidos de Norteamérica (USD), el Asegurador realizará el pago que le corresponda en la moneda del Contrato, a la tasa de cambio oficial vigente para la fecha de dicho pago.

SECCIÓN I: COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS EN EL EXTERIOR

CLÁUSULA 1: RIESGOS CUBIERTOS:

El Asegurador se compromete a indemnizar los costos razonables usuales y acostumbrados, médicamente necesarios, incurridos por el Asegurado amparado bajo esta cobertura, que impliquen o no hospitalización: para tratamiento o intervención quirúrgica, quimioterapia ambulatoria, rehabilitación ambulatoria, radioterapia y otros servicios ambulatorios requeridos como consecuencia de las enfermedades o eventos cubiertos por esta póliza, que ocurran fuera del territorio de la República Bolivariana de Venezuela.

CLÁUSULA 2: BENEFICIOS:

La presente cobertura es válida únicamente para los Asegurados residentes, de acuerdo con la definición prevista en la CLÁUSULA 2: DEFINICIONES de las Condiciones Generales por lo que, en caso de que el Asegurado no cumpla con esta condición, cualquier gasto incurrido o en que pudiera incurrir en el exterior, no estará amparado bajo la cobertura de la presente Póliza.

Una vez cumplidos los plazos de espera indicados en la CLÁUSULA 4: PLAZOS DE ESPERA y según lo señalado en la CLÁUSULA 5: EXCLUSIONES TEMPORALES ambas contenidas en esta sección de cobertura de gastos médicos en el exterior, de estas Condiciones Particulares, El Asegurador reembolsará los gastos incurridos a consecuencia de una enfermedad o un accidente cubierto por esta póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma, sobre la base de los costos razonables usuales y acostumbrados y hasta la cantidad señalada como Suma Asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo.

1) REQUISITOS PARA OBTENER LOS BENEFICIOS:

Para obtener la totalidad de los beneficios cubiertos según esta Póliza será necesario cumplir con los siguientes requerimientos:

1.1. El Asegurado está obligado a obtener por escrito una precertificación previa del Asegurador en relación con los beneficios pagaderos bajo esta Póliza por gastos incurridos por servicios de hospitalización y cirugía como resultado de, o en relación con cualquiera de las enfermedades cubiertas. Para obtener la precertificación, el Asegurado o cualquier otra persona actuando en nombre de éste, deberá ponerse en contacto con El Asegurador, mediante llamada telefónica, correo electrónico, fax, correspondencia, o en forma personal, con al menos diez (10) días hábiles de anticipación a la fecha de admisión a una institución hospitalaria o centro de trasplante, o a la fecha señalada para efectuar un procedimiento quirúrgico, con el propósito de obtener:

1.1.1. Precertificación relacionada con cirugías a efectuarse:

- a) Durante la estancia en una Institución Hospitalaria o Centro de Trasplante;
- b) En el departamento de consulta externa de una Institución Hospitalaria o Centro de Trasplante;
- c) En un centro de cirugía ambulatoria; o

d) En un consultorio médico privado.

1.1.2. Precertificación relacionada con el ingreso en una Institución Hospitalaria o Centro de Trasplante.

1.1.3. Certificación de tratamientos y/o días adicionales: Si después de la precertificación inicial fueran necesarios tratamientos y/o días adicionales de hospitalización, el médico tratante, o un representante oficial del hospital o centro de trasplante donde el Asegurado se encuentre recluido deberá comunicarse con El Asegurador (siempre que dicha comunicación sea hecha antes de haber transcurrido el último de los días originalmente precertificados), para obtener la certificación correspondiente a los días adicionales. El Asegurador revisará dicha solicitud conjuntamente con el médico tratante.

Si por causa de un accidente el Asegurado no cumple el requisito de precertificación, el Asegurado o cualquier otra persona que actúe en nombre de él, deberá notificarlo al Asegurador dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes a la ocurrencia del evento, en cuyo caso El Asegurador, una vez evaluado el caso, podrá considerar otorgar cobertura sobre el caso que se trate, siempre y cuando el mismo se encuentre amparado bajo la cobertura de la presente póliza.

1.2. Con el fin de poder expedir la precertificación, el Asegurado o cualquier otra persona que actúe en nombre de él debe presentar los documentos a continuación detallados y suministrar la siguiente información:

- Diagnóstico positivo hecho por un médico,
- Copias de los exámenes de laboratorio, rayos X y/o cualquier otro reporte o resultado de pruebas del diagnóstico en las que fue basado dicho diagnóstico,
- Tratamiento (previsto),
- Nombre y dirección del médico tratante,
- Nombre y dirección del proveedor (previsto),
- Fecha (prevista) de la intervención,
- Duración del tratamiento (previsto) en días.

1.3. Segunda Opinión Médica: Cuando un médico calificado recomiende que el Asegurado deba recibir un tratamiento hospitalario, El Asegurador tiene el derecho de solicitar una segunda opinión por parte del médico que El Asegurador designe a tales efectos. En caso de que la segunda opinión médica no coincida con la primera, El Asegurador tendrá derecho a solicitar una tercera opinión.

Si la segunda o la tercera opinión confirman lo señalado en la primera opinión, los beneficios del respectivo tratamiento serán pagados de acuerdo a lo previsto en la opinión médica inicial y a lo estipulado en esta Póliza. En los demás casos, se pagarán los beneficios del respectivo tratamiento de acuerdo a lo previsto en la segunda opinión médica y lo estipulado en esta Póliza.

Los costos originados tanto por la segunda como por la tercera opinión quedarán a cargo de El Asegurador. En ambos casos, las opiniones médicas deberán ser necesariamente coordinadas por El Asegurador.

El requisito de precertificación no garantiza o confirma beneficios bajo la presente Póliza.

2) EFECTOS DE LOS REQUISITOS SOBRE LOS BENEFICIOS:

Estando sujeto a todas las disposiciones y limitaciones establecidas en esta Póliza, si el Asegurado satisface los requisitos de precertificación tal como se describen en el numeral anterior, El Asegurador pagará los beneficios correspondientes a los gastos cubiertos incurridos de acuerdo a lo establecido en esta Póliza y en esta sección. En el caso que el Asegurado no cumpla con el requisito de precertificación en relación con una hospitalización o cirugía, el porcentaje de beneficios pagaderos por los gastos cubiertos incurridos por todos los servicios, tratamientos y suministros relacionados con la misma ocurrencia será reducido, y se reembolsará sobre la base del sesenta por ciento (60%) de los gastos razonables y acostumbrados incurridos por dichos servicios.

En caso que el Asegurado no elija los proveedores pertenecientes a la red del Asegurador, el Asegurado podrá acudir al proveedor de su preferencia y recibirá vía reembolso su indemnización sobre la base del sesenta por ciento (60%) de los costos razonables y acostumbrados incurridos por dichos servicios.

En caso de 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.

Las facturas y demás documentos y recaudos 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, del país donde el Asegurado recibió la atención. Igualmente, cualquier factura presentada, debe cumplir con las disposiciones y exigencias tributarias del país de origen, cumpliendo con los extremos de ley pertinentes.

El Asegurado 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 Asegurado se compromete a suministrar al Asegurador, especialmente, en los casos de tratamiento continuado o prolongado, mensualmente, en original, las facturas y comprobantes de pago por los productos y/ servicios recibidos y amparados por 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) hábiles siguientes a la fecha en que el Asegurado entregó el último de los documentos requeridos en el párrafo anterior. 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 Asegurado.

En caso 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.

Si después de haberse hecho efectivo el pago, resultare que los gastos incurridos por el Asegurado y pagado 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 3: GASTOS CUBIERTOS:

Los Gastos Cubiertos según la presente Sección I, son los costos razonables, usuales y acostumbrados, médicamente necesarios, utilizados para el tratamiento médico, intervención quirúrgica con o sin hospitalización, servicios hospitalarios, medicinas, suministros y equipos especiales, requeridos para el tratamiento de enfermedades o consecuencias a la salud por causa de accidente que originen la hospitalización o el tratamiento y sus complicaciones en el curso de la misma, sin que la indemnización exceda de los montos máximos, según la Suma Asegurada señalada en el Cuadro Póliza Recibo. Tales gastos han de ser comprobados mediante recibos y facturas originales y no deben tener su origen en las exclusiones establecidas en la presente Póliza.

1. Los gastos incurridos por el Asegurado en una Institución Hospitalaria o Centro de Trasplante, por concepto de:
 - a. Habitación y comidas, y servicio general de enfermería durante la permanencia en una habitación semi-privada, sala o pabellón, o unidad de cuidado intensivo.
 - b. Otros servicios hospitalarios (se exceptúan artículos de uso personal o que no sean de índole médica, o por servicios de cualquier clase proporcionados a un acompañante o asistente), incluyendo los servicios prestados en el departamento de consulta externa de una institución hospitalaria.
2. Los gastos incurridos por el Asegurado en un centro de cirugía ambulatoria o consultorio, siempre y cuando el tratamiento o cirugía hubiere sido proporcionado inicialmente por una institución hospitalaria y referido posteriormente ha dicho centro.
3. Los gastos incurridos por el Asegurado por la atención de un médico, por concepto de tratamiento, cuidados médicos o cirugía, siempre que esté amparado por esta póliza. En el caso de extirpación de cáncer de la piel, por cualquier método, no se pagarán beneficios si no se adjunta a la factura o cuenta del médico que diagnosticó o removió la lesión, una copia del reporte patológico en el que confirme la naturaleza cancerosa de dicha lesión.
4. Los gastos incurridos 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

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.

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

El Asegurador podrá suministrar la prótesis requerida de acuerdo con la disponibilidad y/o existencia de la misma en su red de proveedores de suministros médicos quirúrgicos. En caso que no exista la disponibilidad de la prótesis en la referida red, el Asegurado podrá adquirirla, previo acuerdo con el Asegurador, y siempre y cuando, el proveedor sea un agente autorizado para la venta de materiales médicos quirúrgicos.

6. Por visitas médicas efectuadas al Asegurado mientras se encuentre recluido en una Institución Hospitalaria o Centro de Trasplante.

7. Por concepto de los siguientes servicios, tratamientos o suministros médicos y quirúrgicos:

- a. Anestesia y su administración, siempre que haya sido proporcionada por un anesthesiólogo profesional que no sea empleado del hospital o centro de trasplante.

- b. Análisis de laboratorio y patología, exámenes de rayos X con fines de diagnóstico, terapia de rayos X, isótopos radioactivos, quimioterapia, electrocardiogramas, ecocardiografías, mielogramas, electroencefalografía, angiografías, tomografías computarizadas, y otras pruebas y tratamientos similares, requeridos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cubiertas, siempre que hayan sido suministrados por un médico, o bajo la supervisión de un médico.

- c. Transfusiones de sangre, aplicación de plasma y sueros.

- d. Gastos originados por consumo de oxígeno, aplicación de soluciones intravenosas e inyecciones.

- e. Los gastos incurridos para la adquisición de muletas y sillas de ruedas manuales que se requieran para su uso permanente como consecuencia de una alteración a la salud del Asegurado amparada por esta Póliza.

- f. Los gastos de alquiler por concepto de aparatos ortopédicos, sillas de ruedas manuales y camas especiales, así como equipos para la administración de oxígeno, respiradores artificiales, otros equipos para el tratamiento médico de parálisis respiratoria y, en general, todos aquellos relacionados con cualquier clase de equipos e instrumentos especiales, siempre que no sean consecuencia de alteraciones de la salud del Asegurado ocurridas con anterioridad a la contratación de la Póliza. Cuando el costo del alquiler por el tiempo estimado de uso, de acuerdo al criterio del médico tratante, supere el costo de adquisición, el Asegurador podrá efectuar la compra de estos y una vez culminado el proceso de rehabilitación del Asegurado o su utilización, éste deberá, a solicitud del Asegurador, efectuar su devolución dentro de los treinta (30) días continuos.

- g. 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. La compra de suministros médicos, estará cubierta siempre y cuando el proveedor sea un agente autorizado para la venta de materiales médicos quirúrgicos.

8. Los gastos incurridos por el Asegurado por el suministro de drogas y medicinas para cuya obtención se requiera una receta o prescripción del médico tratante y siempre que sean dispensadas por un farmacéutico licenciado y adquiridos en un establecimiento autorizado para el expendio de productos farmacéuticos.
9. Por servicios prestados durante el proceso de adquisición de órgano o tejido obtenido de un donante fallecido con el propósito de efectuar un trasplante de órgano o un trasplante de tejidos. Los gastos cubiertos incluyen la remoción, preservación y transporte del órgano o tejido que se intenta trasplantar al Asegurado. Por servicios prestados a un donante vivo durante el proceso de remoción de un órgano o tejido con el propósito de efectuar un trasplante de órgano o de tejido a un Receptor, incurridos por:
 - a. Investigación de donantes potenciales.
 - b. Servicios prestados al donante en una Institución Hospitalaria o Centro de Trasplante, por concepto de habitación semi-privada, sala o pabellón, comidas, servicio general de enfermería, pruebas de laboratorio, y uso de equipos y otros servicios hospitalarios (exceptuándose artículos de uso personal que no sean requeridos durante el proceso de remoción del órgano o tejido que se va a trasplantar); y
 - c. Cirugía y servicios médicos relacionados con la remoción del órgano o tejido del donante, que se intenta trasplantar al Asegurado.
10. Por servicios y materiales suministrados para el cultivo de la médula ósea, en relación con un trasplante de tejido practicado al Asegurado. El Asegurador pagará solamente por los gastos que incurran a partir de la fecha en la que se incurrió en el primer gasto cubierto por concepto de dicho cultivo.
11. 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 medicamente. Los gastos cubiertos por honorarios médicos correspondientes al primer ayudante, el anestesiólogo, serán como máximo el cuarenta por ciento (40 %) de los del cirujano principal, para cada uno. En el caso de ser necesaria la participación de un segundo ayudante, los honorarios serán como máximo el treinta por ciento (30 %) de los honorarios del cirujano principal y en el supuesto de un tercer ayudante los honorarios serán como máximo el veinte por ciento (20 %) de los honorarios del cirujano principal.

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

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

12. Los gastos incurridos como consecuencia de cirugía reconstructiva como resultado de cáncer y politraumatismo mayor, siempre que el evento haya sido amparado bajo la cobertura de la presente Póliza.
13. Están cubiertos los gastos de intervención quirúrgica por obesidad mórbida, basada en un índice de masa corporal superior a 40 Kg./m², previo cumplimiento del siguiente protocolo: dos (2) evaluaciones de un Nutricionista, con una diferencia de al menos treinta (30) días continuos entre cada evaluación; una (1) evaluación de un Endocrinólogo; una (1) evaluación de un Neumólogo; una (1) evaluación de un Psicólogo, una (1) evaluación de un Psiquiatra, una (1) evaluación de un Médico Internista, que incluya un informe de chequeo cardiovascular.

Queda entendido que el protocolo debe tener una vigencia no mayor de noventa (90) días antes de la solicitud de la intervención quirúrgica.

Asimismo, corresponde al Asegurado cumplir con el referido protocolo y los gastos que se generen estarán amparados por esta Póliza, siempre que exista un diagnóstico positivo de la enfermedad.
14. Están cubiertos los gastos para tratamiento de las enfermedades originadas como consecuencia directa del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).
15. Están cubiertos los gastos por concepto de rehabilitación, prescrita por el médico tratante y practicada por profesionales autorizados en la materia, destinada a la recuperación de la capacidad física perdida como consecuencia de un Siniestro amparado por la presente Póliza.

CLÁUSULA 4: PLAZOS DE ESPERA:

Todos los Asegurados inscritos en la presente Póliza tienen derecho a gozar de las coberturas y beneficios establecidos en esta Sección I, una vez transcurridos los Plazos de Espera que se especifican a continuación, los cuales serán contados a partir de la fecha de: contratación de la presente Póliza o la inclusión de un Asegurado en la cobertura de la presente Póliza, siempre y cuando la enfermedad, hospitalización y/o la intervención quirúrgica y/o tratamiento médico, no se encuentren indicados en el CLÁUSULA 6: EXCLUSIONES, de esta sección de Cobertura de Gastos Médicos en el Exterior, de las Condiciones Particulares de la presente Póliza:

1. A consecuencia de Accidentes y por las siguientes enfermedades infecciosas agudas: meningo-encefalitis, fiebre reumática, malaria, neumonía, gastroenteritis, abscesos, apendicitis y pielonefritis, ocurridos, contraídas u originadas después de la fecha de contratación, rehabilitación o inclusión en la presente Póliza, tendrán cobertura inmediata. Si la hospitalización o intervención quirúrgica se debiese a alguna enfermedad existente en el momento de ocurrir un accidente, y ésta agravase las consecuencias del mismo, el caso será considerado a los efectos de esta póliza y la aplicación de los Plazos de

Espera, como un caso de enfermedad y no de accidente.

2. Para cualquier otra enfermedad, tratamiento o intervención, la cobertura surtirá efecto siempre y cuando la misma sea contraída u originada tres (3) meses después de la fecha de contratación de la presente Póliza o la inclusión de un Asegurado en la cobertura de la presente póliza, que den lugar a tratamiento médico, hospitalización o intervención quirúrgica, y siempre que la enfermedad no se encuentre indicada en la CLÁUSULA 5: EXCLUSIONES TEMPORALES de esta Sección I de Gastos Médicos en el Exterior, de las Condiciones Particulares, de la presente Póliza.

CLÁUSULA 5: EXCLUSIONES TEMPORALES:

Todos los Asegurados inscritos en la presente Póliza tienen derecho a gozar de las coberturas y beneficios establecidos en esta Sección I, siempre que la enfermedad, hospitalización y/o la intervención quirúrgica y/o tratamiento médico, no se encuentren indicados en la CLÁUSULA 6: EXCLUSIONES, de esta Sección I de Cobertura de Gastos Médicos en el Exterior, de las Condiciones Particulares de la presente Póliza, de acuerdo a lo siguiente:

1. Enfermedades contraídas u originadas durante los tres (3) primeros meses contados desde la fecha de: contratación de la presente Póliza, cambio de Plan, o la inclusión de un Asegurado en la cobertura de la presente Póliza, excepto las indicadas en el aparte 1 de la CLÁUSULA 4: PLAZOS DE ESPERA, de las Condiciones Particulares de la presente Sección I, tendrán cobertura después de dieciocho (18) meses contados desde la fecha de contratación de la presente Póliza, o la inclusión de un Asegurado en la cobertura de la presente Póliza.
2. Enfermedades y/o anomalías congénitas o hereditarias diagnosticadas durante los primeros tres (3) meses contados desde la fecha de contratación de la presente Póliza, o la inclusión de un Asegurado en la presente Póliza, según sea el caso, y secuelas de eventos ocurridos con anterioridad, tendrán cobertura después de dieciocho (18) meses contados desde la fecha de contratación de la presente Póliza, o la inclusión de un Asegurado en la misma, según sea el caso. Esta exclusión no será válida para los hijos nacidos durante la vigencia de la Póliza, siempre y cuando el parto haya sido amparado por un Anexo de Maternidad contratado con esta Póliza o el titular o la madre haya estado asegurada por lo menos dos (2) años de forma consecutiva bajo la cobertura de la presente Póliza y el Asegurado solicite la inclusión del hijo dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de su nacimiento.
3. Enfermedades adquiridas con anterioridad a la fecha de contratación de la presente Póliza, o la inclusión de un Asegurado en la misma, tendrán cobertura después de dieciocho (18) meses contados desde la fecha de contratación de la presente Póliza, o la inclusión de un Asegurado en la misma, según sea el caso.
4. Tendrán cobertura después de dieciocho (18) meses contados desde la fecha de contratación de la presente Póliza, o la inclusión de un Asegurado en la misma, según sea el caso, las siguientes enfermedades: catarata, sinusopatías, hipertrofia de cornetes, septodesviación nasal, EBPOC, cáncer, intervención quirúrgica por

obesidad mórbida, enfermedades del aparato reproductor femenino que requieran intervención quirúrgica, aneurisma, malformación arterio-venosa, síndrome varicoso y sus complicaciones, hipertensión arterial con repercusión a órgano blanco, cardiopatía isquémica, aterosclerosis, arritmia cardíaca, enfermedad cerebro-vascular, enfermedad ulcero-péptica, litiasis de vías biliares y sus complicaciones, enfermedad diverticular y sus complicaciones, osteoartritis, osteoporosis, síndrome de compresión radicular, síndrome de los recesos laterales, estenosis del canal medular, síndrome del túnel del carpo, enfermedad D`Quervain (tratamiento quirúrgico), litiasis de vías urinarias y sus complicaciones, insuficiencia renal crónica, hiperplasia prostática benigna, varicocele, fimosis, parafimosis, enfermedad inflamatoria pelviana, quistes de ovario, poliposis endometrial, fibromatosis uterina, prolapso genital, incontinencia urinaria al esfuerzo, tumores sólidos benignos mayores de un (01) cm, tratamiento quirúrgico de patologías tumorales de las glándulas mamarias y de mamas supernumerarias médicamente necesarios, previa aprobación por parte del Departamento Médico de El Asegurador.

Si un accidente agrava el curso de una enfermedad, las consecuencias serán consideradas como una enfermedad y no como un accidente para los efectos de esta Cláusula.

CLÁUSULA 6: EXCLUSIONES:

Quedan excluidos de los beneficios otorgados bajo la cobertura de la presente Póliza todos los gastos incurridos relacionados con:

1. Los tratamientos de las llamadas “medicinas alternativas” como son: homeopatía, mesoterapia, acupuntura y similares, o cualquier otro tratamiento que no sea reconocido por la comunidad médica nacional o internacional.
2. Cualquier tratamiento o procedimiento médico considerado experimental, investigativo o electivo; o que haya sido suministrado por una institución o centro de servicios que no esté reconocido como Institución Hospitalaria o Centro de Trasplante.
3. Daños y lesiones ocasionados en: Servicio Militar o Naval de cualquier país en tiempo de guerra o cualquier acto relacionado con ella (haya habido declaración de guerra o no), motines, acto de terrorismo, insurrecciones, guerra civil, rebeliones, huelgas, tumultos, disturbios de toda clase o alteración del orden público y cualquier hecho que las leyes califiquen como delitos contra la seguridad del interior del Estado.
4. Lesiones ocasionadas como consecuencia de participación activa en riñas, duelos, actos delictivos o alteraciones del orden público, a menos que se compruebe que no han sido provocados por el Asegurado o que éste actuó en legítima defensa.
5. Consultas, exámenes u hospitalización con fines exclusivamente de diagnóstico, control, prevención o para chequeo general de la salud, con o sin hospitalización, cuando no haya enfermedad o no guarden relación con la enfermedad que originó la atención médica. Estados gripales y aplicación de vacunas.
6. Tratamiento contra la dependencia del alcohol y 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 medicamente y las consecuencias y/o enfermedades originadas por el consumo de alcohol o el uso de drogas no prescritas medicamente.

7. 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. Gastos por custodia en casos de senilidad o deterioro cerebral. Así mismo, gastos médicos por concepto de rehabilitación como consecuencia de alguna de estas enfermedades.
8. Accidentes ocurridos mientras se encuentre el Asegurado dentro de un avión que no sea de líneas regulares y debidamente autorizadas para el transporte de pasajeros, así como el uso de avionetas o aviones no comerciales, helicópteros y vuelos chárter.
9. Gastos de transporte, con excepción de ambulancia terrestre, debidamente justificada, dentro del territorio del país donde ocurra el evento, sujeto a previa autorización por parte de El Asegurador.
10. 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.
11. Lesiones ocasionadas como consecuencia de prácticas de deportes de alto riesgo como son: carreras, lucha, pesca, submarinismo, paracaidismo, vuelo en ícaros, vuelo a vela, artes marciales, boxeo, hipismo o toda competencia peligrosa; cualquier gasto relacionado como consecuencia de algún accidente ocurrido en la práctica de este tipo de deporte y sus consecuencias.
12. Los gastos incurridos causados por:
 - a. El suicidio y sus tentativas, así como lesión o padecimiento infligido a sí mismo intencionalmente por el Asegurado o por terceros con su consentimiento.
 - b. Radiación nuclear, fisión, fusión, radiaciones ionizantes, reacción atómica o contaminación radioactiva.
 - c. Cualquier Tratamiento y/o Enfermedad que ha sido causada directa o indirectamente por sustancias biológicas y/o químicas, veneno, inhalación de gases o vapores venenosos.
13. Cobro de honorarios como consecuencia de cualquier tratamiento, proporcionado por un médico o enfermera que tenga parentesco con el Tomador o un familiar del Tomador, dentro del segundo grado de consanguinidad o afinidad, o que viva con éstos.
14. Por la adquisición de los siguientes equipos utilizados para controles de salud y/o prevención: tensiómetro, glucómetro, cepillos dentales, humidificador, irrigador dental, colchón de aire anti escaras y equipos de resucitación y similares.

15. Por cirugía plástica, cosmética, estética o reconstructiva. No obstante, queda a salvo lo establecido en el numeral 12 de la CLAÚSULA 3: GASTOS CUBIERTOS, de esta Sección I.
16. Trabajos y tratamientos odontológicos y periodontológicos, intervención quirúrgica de distonía miofaciales por mal posición dentaria y/o anomalías de crecimiento de maxilares, tratamiento de cualquier índole de la articulación temporomaxilar.
17. Consultas o exámenes de la vista, corrección de vicios o defectos de refracción visual (miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia) por tratamiento quirúrgicos o no quirúrgicos (anteojos y/o lentes de contacto), lentes intraoculares o infraoculares que no correspondan a patologías comprobadas de cataratas.
18. Chequeos y control ginecológico. Tratamiento y control de la menopausia y andropausia. Tratamientos pre y post natales, Embarazo y sus resultantes: parto normal, parto con fórceps, parto prematuro, aborto, operación cesárea, legrado uterino por aborto y cualquier complicación del embarazo, del parto normal, del parto con fórceps, del parto prematuro, de la cesárea, del aborto espontáneo, del aborto terapéutico y del legrado uterino por aborto.
19. 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.
20. Tratamientos para la obesidad o reducción de peso. Así mismo, los gastos de intervención quirúrgica por obesidad mórbida y sus complicaciones. No obstante, queda a salvo lo establecido en el numeral 13 de la CLAÚSULA 3: GASTOS CUBIERTOS, de esta Sección I.
21. Estudios, tratamientos y hospitalizaciones por alteraciones hormonales con repercusión en el crecimiento y/o desarrollo.
22. Los gastos por cualquier servicio, tratamiento, complicación o suministro aplicado en relación con, o como resultado de cualquier enfermedad, o de un trasplante de órgano o tejido que no esté cubierto bajo esta Póliza.
23. Los gastos incurridos para, o como resultado de un Trasplante, cuando el donante es de especie animal.
24. Los gastos incurridos por Trasplante de órgano o tejido cuando el Asegurado sea donante para terceros.
25. Los gastos incurridos por concepto de compra o alquiler de: corsets, vendas, zapatos ortopédicos, bragueros y otros equipos o artículos similares, aparatos de aire acondicionado, purificadores de aire, y cualquier otro artículo o equipos similares.
26. Enfermedades de transmisión sexual, sus consecuencias y complicaciones.
27. Lesiones causadas por: Terremotos, Temblor de tierra, Tifón, Huracán, Tornado, Ciclón, u otra convulsión de la naturaleza o perturbación atmosférica.
28. Tratamientos para terapia ocupacional, educacional o de lenguaje. Tratamientos

fisioterapéuticos. No obstante, quedan a salvo lo establecido en el numeral 15 de la CLÁUSULA 3: GASTOS CUBIERTOS, de esta Sección I.

29. Tratamiento quirúrgico de patología no tumoral de las glándulas mamarias. Mastoplastia con fines estéticos, funcionales o anatómicos y gigantomastía. Cúmulo de grasa pectoral o lipomastía en hombres. No obstante, quedan a salvo lo establecido en el numeral 4 de la CLÁUSULA 5: EXCLUSIONES TEMPORALES, de esta Sección I.
30. Tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas sobre órganos sanos con fines profilácticos.
31. Impuestos, gastos de cobranza, limpieza, microfilm, historias clínicas, estacionamiento, gastos de traducción, 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 la legislación tributaria correspondiente al país de emisión.
33. Drogas y Medicinas sin prescripción facultativa, ni medicamentos con prescripción facultativa no relacionadas con la enfermedad o lesión tratada, o que no hayan sido dispensadas por un farmacéutico licenciado.

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 el aparte 2 EFECTOS DE LOS REQUISITOS SOBRE LOS BENEFICIOS de la CLÁUSULA 2: BENEFICIOS de la SECCIÓN I: COBERTURA DE GASTOS EN EL EXTERIOR de estas Condiciones Particulares, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario.

SECCIÓN II: COBERTURA DE ASISTENCIA EN VIAJES

CLÁUSULA 1: RIESGOS CUBIERTOS:

El Asegurador se compromete a cubrir las prestaciones, mencionadas en la presente Sección de Asistencia en Viajes, sujeto a los términos, las condiciones y hasta por las Sumas Aseguradas indicadas como límites más adelante. Mientras El Asegurado realice un viaje fuera del territorio de la República Bolivariana de Venezuela, iniciado con posterioridad a la fecha de la emisión y pago de la póliza, a partir del momento en que embarque para su traslado al exterior.

Por otra parte, El Asegurado no podrá adquirir la presente Póliza en más de una ocasión por año póliza, y en caso de haberlo hecho El Asegurador solo se limitará a otorgar las prestaciones de una sola Póliza y pondrá a disposición del Asegurado, la devolución de la Prima correspondiente de (o las) Pólizas(s) adicional(es) adquirida(s).

Las prestaciones derivadas de esta Póliza tendrán carácter complementario de las que puedan corresponder al Asegurado o Tomador por otros Seguros que tenga contratados con El Asegurador.

CLÁUSULA 2: DEFINICIONES:

A los efectos de esta Póliza se entiende por:

VIAJE: ausencia del Asegurado a partir del momento en que embarca para su traslado al exterior, en el cual abandone la ciudad de residencia habitual en la República Bolivariana de Venezuela, indicada en el Cuadro de la Póliza, por un periodo no mayor de noventa (90) días continuos y acumulativos, durante el año póliza.

CLÁUSULA 3: PRESTACIONES:

Las prestaciones ofrecidas en esta Sección II, se garantizan siempre que la contratación de la misma se origine antes de iniciado el viaje y el evento que las ocasione ocurra durante la vigencia de la Póliza, de acuerdo a los términos y condiciones que a continuación se estipulan:

1. PRESTACIONES RELATIVAS A LAS PERSONAS

1.1. TRASLADO A DOMICILIO DESPUÉS DE TRATAMIENTO LOCAL: si el Asegurado, después del tratamiento local, según el criterio del equipo médico del Asegurador, no puede regresar a su domicilio como pasajero normal, El Asegurador organizará su traslado por avión de línea regular u otro medio que considere adecuado y se hará cargo de todos los gastos suplementarios de ambulancia local hasta el aeropuerto si fuese necesario, y en el caso que el pasaje de regreso no fuese válido para tal propósito éste costeará su importe. El avión sanitario se utilizará en caso de que las heridas o enfermedad sean de tal gravedad que este medio sea el más adecuado según el criterio exclusivo del equipo médico del Asegurador.

1.2. REPATRIACIÓN EN CASO DE FALLECIMIENTO: en caso de fallecimiento del Asegurado, El Asegurador hará los arreglos que sean necesarios, incluyendo las acciones pertinentes para cumplir las formalidades oficiales que le fueren requeridas,

organizará y asumirá los gastos relativos a:

- a) El traslado del cuerpo o de sus cenizas al lugar de sepultura en la ciudad de residencia permanente sin incluir los gastos funerarios ni de entierro o,
- b) A solicitud de los herederos o representantes del Asegurado, el entierro local del Asegurado, en el país donde ocurra el fallecimiento fuera de la República Bolivariana de Venezuela hasta por el equivalente del costo del traslado de los restos de acuerdo a lo indicado en el literal a) del presente numeral 1.2.
- c) A solicitud de los herederos o representantes del Asegurado, se puede realizar la cremación del cuerpo con un cenizario básico, cuyo costo será asumido por El Asegurador.

1.3. GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA: El Asegurador pagará los gastos necesarios para la prolongación de la estancia en un hotel escogido por el Asegurado o Tomador, inmediatamente después de haber sido dado de alta del hospital y si esta prolongación ha sido prescrita por el médico local o el equipo médico del Asegurador. Esta garantía quedará limitada a doscientos cincuenta Dólares de los Estados Unidos de América (USD 250) por Asegurado por noche, con un máximo de diez (10) noches.

- **Pago de penalización por cambio de boleto aéreo:** En caso que El Asegurado sufra un Accidente o una Enfermedad súbita durante el período de validez del servicio y a consecuencia de la misma pierda su vuelo de regreso a la República Bolivariana de Venezuela, el Asegurador asumirá la penalidad generada por el cambio de tiquete en la aerolínea para su regreso. El Asegurado o Tomador para acceder a este Beneficio deberá presentar la documentación correspondiente que certifique taxativamente la incapacidad de volar.

1.4. PASAJE DE IDA Y VUELTA PARA UN FAMILIAR: si el Asegurado debe permanecer hospitalizado por un período superior a ocho (8) días, El Asegurador facilitará a un familiar o persona designada por el mismo y residente en la República Bolivariana de Venezuela, un pasaje de ida y vuelta en avión de línea regular con tarifa en clase económica en primera prioridad o en taxi o en autobús, según sea el caso.

1.5. GASTOS DE ESTANCIA PARA UN FAMILIAR: si el Asegurado debe permanecer hospitalizado más de ocho (8) días, El Asegurador pagará los gastos de un hotel para un familiar o persona designada por el mismo, hasta doscientos cincuenta Dólares de los Estados Unidos de América (USD 250) por noche durante un máximo de diez (10) noches.

1.6. TRASLADO DE ACOMPAÑANTES EN CASO DE FALLECIMIENTO: si el Asegurado fallece, El Asegurador organizará y tomará a cargo los gastos suplementarios derivados del regreso anticipado de hasta dos (2) familiares que se encuentren con el Asegurado, hasta la ciudad de residencia en la República Bolivariana de Venezuela, por avión de línea regular clase económica, taxi u otro medio apropiado ajustándose a las condiciones del lugar donde se encuentre. Esta garantía aplica siempre y cuando sea imposible utilizar su pasaje inicial de regreso.

1.7. COORDINACIÓN DE ASISTENCIA LEGAL: a solicitud del Asegurado o Tomador, El Asegurador referirá a un abogado local y/o un asesor para que este ejerza la defensa y/o preste sus servicios a dicho Asegurado en caso de cualquier denuncia o demanda

en su contra.

El Asegurador no será responsable ni tendrá obligación alguna frente a dicho Asegurado con respecto de los servicios prestados por dicho abogado. El costo del servicio será por cuenta del Asegurado o Tomador.

1.8. TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES: El Asegurador se encargará de transmitir los mensajes urgentes que le encargue el Asegurado o Tomador, derivados de los servicios prestados en virtud de los servicios de asistencia amparados en la presente Póliza.

1.9. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA: en caso de ocurrencia de un accidente o enfermedad del Asegurado, el equipo médico coordinado por El Asegurador dará una contestación inicial a la petición de asistencia del Asegurado o Tomador y le asesorará con respecto a los inmediatos pasos que el Asegurado o Tomador deberá seguir. El equipo médico del Asegurador no hará un diagnóstico, pero a petición del Asegurado o Tomador, se ocupará de concretar:

- a) Una visita personal de un médico al domicilio, sin costo en aquellos lugares donde se tenga la disponibilidad; de tener disponibilidad se coordinará:
- b) Una cita para el Asegurado en una institución hospitalaria apropiada.

Si el accidente o la enfermedad del Asegurado está excluido o no tiene cobertura por condiciones de la presente Póliza, igualmente se prestarán los servicios descritos en los literales a) y b) del presente numeral 1.9, con la salvedad de que todos los costos serán por cuenta del Asegurado o Tomador.

1.10. REFERENCIA MÉDICA: en caso de ocurrencia de un accidente o enfermedad del Asegurado y una vez que el Asegurado o Tomador notifique al Asegurador dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su ocurrencia, el equipo médico del Asegurador dará una contestación inicial a la petición de asistencia del Asegurado o Tomador y le asesorará con respecto a los inmediatos pasos que el Asegurado o Tomador deberá seguir. El equipo médico del Asegurador no hará un diagnóstico, pero a petición del Asegurado o Tomador, se ocupará de que se realice un diagnóstico apropiado mediante:

- a) La visita personal de un médico, sin costo alguno, en aquellos lugares donde se tenga la disponibilidad. De tener disponibilidad se coordinará:
- b) Una cita para el Asegurado en una Institución Hospitalaria apropiada.

Si el accidente o la enfermedad del Asegurado está excluida o no tiene cobertura por condiciones de la presente Póliza, igualmente se prestarán los servicios descritos en los puntos a) y b) del presente numeral 1.10, con la salvedad de que todos los costos serán por cuenta del Asegurado o Tomador.

1.11. TRASLADO MÉDICO: en caso de accidente o enfermedad del Asegurado y una vez este notifique al Asegurador dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a su ocurrencia, éste organizará, y pagará:

- a) El control previo del equipo médico del Asegurador en contacto con el médico que atiende al Asegurado herido o enfermo, para determinar, según la evolución de su estado, el medio más idóneo para su traslado hasta el centro hospitalario más

cercano y adecuado. Este traslado se hará de acuerdo con el criterio del médico tratante y el equipo médico del Asegurador según la naturaleza de las heridas o la enfermedad, por vehículo, ambulancia, avión de línea regular o cualquier otro tipo de avión. El avión sanitario se utilizará en caso que las heridas o enfermedad sean de tal gravedad que este medio sea el más adecuado según el criterio del médico tratante y del equipo médico del Asegurador. No se podrá utilizar avión sanitario para transportes intercontinentales, ni distancias superiores a las cuatro (4) horas de vuelo.

- b) El traslado del Asegurado en avión de línea regular con tarifa de clase económica, si las condiciones médicas lo permiten, a una Institución Hospitalaria más cercana a su residencia permanente. Según las circunstancias, un médico o una enfermera que acompañará al paciente.

1.12. REGRESO ANTICIPADO POR FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR: El Asegurador organizará y tomará a su cargo los gastos suplementarios derivados del regreso anticipado del Asegurado por avión de línea regular en caso de fallecimiento súbito y accidental de un familiar en primer grado (padres, hijos) o su cónyuge en su ciudad de residencia permanente, siempre que no pueda utilizar su pasaje inicial de regreso.

1.13. ACOMPAÑAMIENTO DE MENORES DE QUINCE (15) AÑOS: en caso de enfermedad o accidente del Asegurado, a raíz del cual deba permanecer hospitalizado, si este se encontrara acompañado por menores de quince (15) años de edad y deseara el retorno de los menores, El Asegurador se hará cargo y pagará por:

- a) El pasaje de avión de línea regular en clase económica, de regreso a la ciudad de residencia permanente en la República Bolivariana de Venezuela, en el caso que su pasaje de regreso no fuera válido para tal propósito.
- b) Del acompañamiento de los menores hasta el aeropuerto.
- c) De las formalidades de embarque de dichos menores.
- d) De la coordinación con la línea aérea para que dicho menor o menores puedan viajar en condición de menores no acompañados.
- e) De proporcionar a los familiares de dichos menores las informaciones relativas al retorno de los mismos.

1.14. GASTOS MÉDICOS: en caso de enfermedad o accidente del Asegurado, durante la vigencia de esta Póliza, El Asegurador organizará los servicios médicos necesarios y pagará por concepto de honorarios médicos, exámenes prescritos, hospitalización, intervenciones quirúrgicas y otros tratamientos médicos hasta un monto de:

- Cuarenta mil Euros (€ 40.000) en el caso de encontrarse el Asegurado en alguno de los países que hayan suscrito el acuerdo de SCHENGEN.
- Cincuenta Mil Dólares de los Estados Unidos de América (USD 50.000) en caso de encontrarse en cualquier otro país del mundo fuera de la República Bolivariana de Venezuela.
- El Asegurador también pagará los gastos dentales de emergencia hasta Quinientos Dólares de los Estados Unidos de América (USD 500) o su equivalente

en la moneda del país en que se encuentre, en el entendido de que esta cobertura es mundial a excepción de la República Bolivariana de Venezuela.

- En caso que El Asegurado o Tomador requiera un Medicamento Urgente, prescrito por el médico que está tratando al Asegurado o Tomador durante el viaje ante la situación de emergencia presentada, como consecuencia de una hospitalización y dicho medicamento no se encuentre disponible en el hospital donde se encuentra el cliente, el Asegurador procurará localizar y enviar dicho medicamento al país en el cual se encuentra El Asegurado o Tomador, por el medio más adecuado. Los costos de los medicamentos serán por cuenta del Asegurado o Tomador. Lo anterior no implica responsabilidad alguna del Asegurador en caso que el medicamento no se encontrase o no llegare oportunamente, cualquiera que fuese la causa, y/o por requisitos legales en el país de destino.
- Los gastos relativos a enfermedad o estado patológico que pueda comprobarse fue adquirida antes de la fecha de inicio del viaje, conocido por el Asegurado, Tomador o Beneficiario, sea crónica o recurrente y sus complicaciones. La convalecencia se considerará como parte de la enfermedad. Estarán limitados hasta un máximo de Quinientos Dólares de los Estados Unidos de América (USD 500).

El Asegurador cubrirá solo aquellos servicios médicos que sean estrictamente necesarios y exclusivos para la atención de la emergencia. Esta cobertura no se configura como seguro médico, ni tiene como objeto la previsión o cuidado de la salud.

1.15. ANTICIPO DE FIANZAS: en caso de arresto o detención del Asegurado como consecuencia de un accidente, El Asegurador hará los arreglos necesarios para otorgar el depósito de garantía hasta la cantidad máxima de Cinco Mil Dólares de los Estados Unidos de América (USD 5.000), a fin de obtener la libertad provisional del Asegurado.

Previamente al desembolso del avance de pago por parte del Asegurador, el Asegurado o Tomador o su representante deberán otorgar al Asegurador autorización para recuperar del Asegurado o Tomador el importe equivalente, en un lapso de sesenta (60) días continuos contados a partir de su otorgamiento, siempre que esta no haya sido liberada la fianza respectiva.

1.16. ASISTENCIA ADMINISTRATIVA: en caso de pérdida o robo de un documento esencial para la continuación del viaje del Asegurado (como, por ejemplo pasaporte, tarjetas de crédito, pasaje de compañía aérea), El Asegurador proporcionará al Asegurado o Tomador las informaciones necesarias para que el mismo pueda cumplir las formalidades con las autoridades competentes en el país de ocurrencia para reemplazar dichos documentos perdidos o robados.

1.17. SERVICIO DE INFORMACIÓN AL ASEGURADO O TOMADOR: a solicitud del Asegurado o Tomador, El Asegurador informará o comunicará al Asegurado o Tomador sobre los siguientes servicios:

- **Información Turística:**
 - Teléfonos y direcciones de los Consulados y Embajadas extranjeras.

- Cambio de moneda (Tasas – casas).
- Estado del tiempo.
- Información de teléfonos de emergencia.
- Asistencia en la reserva para restaurantes: durante el viaje el Asegurado o Tomador se podrá comunicar con la Central de alarma para realizar reserva en restaurantes del país en donde se encuentre, el mismo deberá informar la cantidad de asistentes y la hora de la asistencia, la Central de Alarma llevará a cabo la reserva en el idioma del país de destino, para que el Asegurado o Tomador en el momento de arribar al lugar disponga de la mesa solicitada, este servicio debe ser solicitado mínimo con 2 horas de anterioridad. Los costos generados deberán ser asumidos por El Asegurado o Tomador.

De la misma forma, El Asegurador asesorará al Asegurado o Tomador en la compra de entradas para teatro, conciertos, eventos deportivos y similares. El costo de estas entradas y el envío será por cuenta del Asegurado o Tomador.

2. PRESTACIONES RELATIVAS AL EQUIPAJE Y EFECTOS PERSONALES

2.1. BÚSQUEDA Y TRANSPORTE DE EQUIPAJES Y EFECTOS PERSONALES: en caso de robo o extravío de equipajes y efectos personales en vuelo comercial, El Asegurador prestará asesoría al Asegurado o Tomador para la denuncia de los hechos y ayudará en su búsqueda. Si los objetos fueran recuperados, El Asegurador se encargará de su transporte hasta el lugar donde se encuentre el Asegurado en viaje o hasta su ciudad de residencia permanente.

2.2. INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDA DE EQUIPAJE: si el Asegurado sufriera la pérdida definitiva de su equipaje durante un transporte en avión de línea comercial, El Asegurador indemnizará, complementariamente a lo abonado por la aerolínea, al Asegurado, hasta un máximo novecientos dólares (USD 900), por evento, cualquiera que fuere el número de piezas (maletas). Para que se haga efectiva la indemnización se deben cumplir las siguientes condiciones:

- 2.2.1. Que la pérdida sea del bulto entero y que la línea comercial se haya hecho cargo de su responsabilidad por la pérdida del mencionado equipaje y haya abonado al pasajero la indemnización correspondiente.
- 2.2.2. Que el Asegurado o Tomador antes de las veinticuatro (24) horas de haber percatado la ausencia del equipaje, haya notificado al Asegurador.
- 2.2.3. El Asegurado o Tomador debe presentar a El Asegurador los siguientes documentos, los cuales deben ser entregados en un plazo no mayor de treinta (30) continuos siguientes a la fecha de entrega del comprobante de pago de la compañía aérea de la indemnización del Siniestro:
 - Fotocopia de la denuncia ante la compañía aérea.
 - Fotocopia del pasaje de la compañía aérea que ampara el equipaje perdido.
 - Comprobante fehaciente del pago de la compañía aérea de la indemnización correspondiente.

CLÁUSULA 4: EXCLUSIONES:

Sección A: Quedan Excluidos del alcance de esta Póliza los gastos originados directa o indirectamente como consecuencia de:

- 1. 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 intestina, guerra civil, poder militar, usurpación de poder, proclama de estado de excepción, acto de terrorismo o cualquier acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con cualquier organización que realice actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.**
- 2. La participación del Asegurado en actos delictivos, riñas o por sus acciones negligentes, riesgo ocupacional o por implicaciones en tráfico y/o posesión de drogas, estupefacientes o enervantes o cualquier otra acción criminal, imprudencia temeraria que no pueda ser demostrada como defensa propia.**
- 3. Las acciones del Asegurado en estado de enfermedad o enajenación mental o bajo desequilibrio psíquico o tratamiento psiquiátrico.**
- 4. Inundación, terremoto, desprendimiento o corrimiento de tierra, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpo sideral o aerolito y cualquier otro fenómeno de naturaleza atmosférica, meteorológico, sísmico o geológico de carácter extraordinario, pandemias, las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración nuclear, de la radioactividad o cualquier tipo de accidente causado por combustibles nucleares.**
- 5. La práctica de deportes como profesional o la participación en competencias oficiales o exhibiciones. La participación del Asegurado en carreras de caballos, de bicicletas, y en cualquier clase de coches y exhibiciones, u otros deportes peligrosos o de alto riesgo, de la misma forma no tendrá cobertura los gastos a consecuencia de la práctica de deportes en los cuales dicho deporte haya sido este el motivo del viaje.**
- 6. El uso, como pasajero o tripulante, por parte del Asegurado o Tomador de algún medio de transporte aéreo no autorizado para el desplazamiento de pasajeros, así como helicópteros.**
- 7. Suicidio, lesión y/o secuela que cause su tentativa.**

Sección B: Asimismo, el Asegurador no será responsable por:

- 1. Servicios que el Asegurado o Tomador contrate por su cuenta, sin el previo consentimiento del Asegurador, salvo a causa de fuerza extraña no imputable al Asegurado.**
- 2. Queda excluido el beneficio de adelanto de fondos en caso de pérdida de equipaje.**
- 3. Cualquier gasto en exceso de Quinientos Dólares de los Estados Unidos de América (USD 500) relativos a enfermedad o estado patológico que pueda comprobarse fue adquirida antes de la fecha de inicio del viaje, conocido por el Asegurado, Tomador o Beneficiario, sea crónica o recurrente y sus complicaciones. La convalecencia se considerará como parte de la enfermedad. El Asegurado estará**

obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por el Asegurador a tales fines, a costa de ésta.

4. **Renuncia o retraso por parte del Asegurado o Tomador o la persona responsable por él, del traslado propuesto por el Asegurador y acordado por el servicio médico. De la misma forma no están cubiertos los costos requeridos por trámites de visa o cualquier otra exigencia para el viaje.**
5. **Tratamiento de rehabilitación, prótesis, material ortopédico o material de osteosíntesis, así como lentes correctivos, aparatos auditivos, dentaduras o cirugía plástica estética.**
6. **Asistencia al Asegurado al encontrarse dentro del territorio de la República Bolivariana de Venezuela.**
7. **Asistencia al Asegurado, cuando el Asegurado supere los noventa (90) días continuos de viaje.**
8. **Asistencia médica, hospitalaria o sanitaria, dentro del territorio de la República Bolivariana de Venezuela.**
9. **Gastos a consecuencia de embarazos incurridos a partir del séptimo mes de embarazo.**
10. **Enfermedades, lesiones o estados patológicos producidos de manera intencional, o por la ingestión o administración de tóxicos (drogas), embriaguez, narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.**
11. **Enfermedad ocurrida durante un viaje realizado contra la prescripción médica.**
12. **Gastos en los cuales el Asegurado o Tomador incumpliere cualquiera de las obligaciones establecidas en la CLÁUSULA 6: DERECHO A REEMBOLSO de las condiciones de esta Sección II, salvo demostración que el incumplimiento se deba a causa extraña no imputable al Asegurado.**
13. **Gastos a consecuencia de una necesidad médica relacionados con los costos de teléfono, minibar, bar, restaurante y demás servicios hoteleros.**
14. **Traslado en Aeroambulancias en vuelos intercontinentales, ni distancias superiores a las cuatro (4) horas de vuelo.**
15. **Gastos médicos y hospitalarios o tratamientos médicos realizados fuera de la República Bolivariana de Venezuela, pero prescritos ahí antes de comenzar el viaje y los ocurridos en su país de residencia posteriores a la fecha de finalización del viaje.**
16. **Enfermedades mentales o alienación, condiciones de tipo emocional, psicológico y/o económico.**
17. **Tratamientos médicos en la República Bolivariana de Venezuela.**
18. **Enfermedad cerebro vascular ni sus complicaciones tales como: accidente isquémico transitorio, hemorragias intracraneanas de cualquier localización, ni eventos isquémicos.**
19. **Patologías neoplásicas ni sus complicaciones y/o agudizaciones, sean o no**

conocidas por el Asegurado.

20. Cirugía plástica reconstructiva con fines estéticos. Se cubrirá únicamente la cirugía plástica reconstructiva de urgencia para asegurar la funcionalidad del paciente, incluyendo cirugías reconstructivas a consecuencia de quemaduras graves. Máximo setenta y dos (72) horas después del trauma inicial.

CLÁUSULA 5: OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADO:

Son además obligaciones del Asegurado o Tomador, cuyo incumplimiento eximen al Asegurador de la obligación de brindar el servicio de asistencia en viaje o reembolso de gastos:

1. Proporcionar en caso de urgencia y/o una situación de asistencia y antes de iniciar cualquier acción o cualquier pago que genere indemnización por reembolso, a través de los teléfonos indicados en el Cuadro Póliza Recibo con servicio veinticuatro (24) horas del día, los siguientes datos:

- Su nombre y cédula de identidad.
- El lugar donde se encuentra y el número de teléfono donde El Asegurador podrá contactar al Asegurado o Tomador o su representante.
- Descripción del problema o dolencia que le aqueje y del tipo de ayuda que necesita.

Antes de prestar los servicios de asistencia, El Asegurador podrá comprobar la veracidad de los datos y validar el cumplimiento de las condiciones estipuladas en la presente Póliza. El equipo médico del Asegurador tendrá libre acceso a la historia clínica del Asegurado. Si no hubiere justificación razonable del Asegurado o Tomador para negar al Asegurador el acceso a las informaciones necesarias a dicha comprobación, se entenderá que el Asegurado o Tomador renuncia a su derecho de recibir asistencia médica.

La llamada podrá ser por cobrar y en el caso que tal sistema no fuera posible, El Asegurador reembolsará los gastos de comunicación contra presentación de los comprobantes de dichas comunicaciones.

2. En caso que los gastos ocasionados por una intervención médica de urgencia se produzcan por una causa extraña no imputable al Asegurado o Tomador que impida ponerse en contacto con El Asegurador, y exista situación de peligro de la vida del Asegurado, éste o su representante deberán tomar las medidas necesarias para ser transferido de emergencia a una Institución Hospitalaria cercano al lugar de los acontecimientos a través de los medios más inmediatos y una vez hecho deberá contactar al centro de contacto del Asegurador a la brevedad y a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la ocurrencia del Siniestro, a fin de proporcionar la información apropiada.

3. Cumplir con las siguientes disposiciones en caso de solicitar traslado médico o repatriación:

- Indicar nombre, dirección y teléfono de la Institución Hospitalaria donde se encuentre internado el Asegurado.
- Suministrar nombre, dirección y teléfono del médico local y en caso necesario del

médico de cabecera. Entregar el boleto no utilizado de su pasaje original o algún documento que haga referencia al pasaje de regreso, si tiene derecho a reembolso del mismo en caso de que El Asegurador tuviera que pagar el costo del transporte del Asegurado.

4. En caso de un accidente o incidente que pueda motivar una intervención asistencial, se deberán tomar todas las medidas necesarias para limitar sus consecuencias.
5. Cooperar con El Asegurador a fin de permitir, en caso de ser necesario, que El Asegurador recupere los pagos de las diversas fuentes, gastos e indemnizaciones, que se diere lugar como consecuencia de riesgos o servicios amparados por esta Póliza.

CLÁUSULA 6: DERECHO A REEMBOLSO:

Para que la reclamación de reembolso sea válida, el Asegurado deberá notificar a El Asegurador a través del centro de contacto, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la intervención médica. A falta de dichos avisos, El Asegurador considerará al Asegurado como responsable de todos los costos y gastos ocasionados por el retraso del mismo en informar el suceso. La solicitud de reembolso de estos gastos tendrá que ser presentada a El Asegurador para su aprobación junto con los documentos siguientes, los cuales deben ser entregados en un plazo no mayor de treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de la notificación del Siniestro:

- Informe médico.
- Facturas de honorarios, gastos de medicinas.
- Los eventuales recibos de reembolso de seguro médico del Asegurado.

El reembolso de gastos médicos será liquidado según los costos razonables y usuales que El Asegurador tiene establecidas con sus proveedores; dicho pago será realizado en moneda de curso legal del país donde se encuentre el Asegurado, mientras esté en curso el viaje, sin embargo, se entenderá que en caso de haber retornado a la República Bolivariana de Venezuela al momento de pago de la reclamación, ésta se realizará en la moneda del Contrato. No obstante, la indemnización podría realizarse en bolívares, en cuyo caso debe procederse con la conversión a la moneda extranjera que rige el Contrato, a la tasa de cambio oficial vigente para el momento en que se incurrió en el gasto, y el Asegurador efectuará la indemnización en bolívares, a la tasa de cambio oficial de la fecha del pago.

A tales efectos, las facturas presentadas deberán ser originales, y deberán ser emitidas por una sociedad de comercio legalmente constituida en el país que se trate.

CLÁUSULA 7: PAGO Y RECHAZO DEL REEMBOLSO:

El Asegurador deberá pagar el reembolso solicitado en un plazo que no sea mayor de treinta (30) días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que se haya recibido el último recaudo solicitado, salvo por causa extraña no imputable al Asegurador. En caso de rechazo, total o parcial de la indemnización, el Asegurador deberá notificar por escrito al Tomador o al Asegurado, en el plazo señalado en esta cláusula, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifiquen el rechazo.

CLÁUSULA 8: CAUSA EXTRAÑA NO IMPUTABLE:

Se entiende por causa extraña no imputable al Asegurado: toda causa inevitable, impredecible, ajena a su voluntad, con ausencia de culpa y generalmente imprevisible y gravosa que razonablemente le imposibilite el cumplimiento de sus obligaciones.

El Asegurador no será responsable de los retrasos en el cumplimiento de sus obligaciones o prestaciones, por causa extraña no imputable a este.

CLÁUSULA 9: RESPONSABILIDAD:

El Asegurador no será responsable de cualquier acto u omisión por parte de proveedores que estén debidamente autorizados (cuando sea aplicable) y que sean competentes para proporcionar los servicios a un nivel igual a los estándares de cuidado normales en el área en donde dichos servicios se proporcionen.

CLÁUSULA 10: DEFENSOR DEL TOMADOR ASEGURADO O BENEFICIARIO:

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, o comunicarse a través de los mecanismos dispuestos para ello.

Por el Asegurador

Por el Tomador

SEGUROS CARACAS, C. A., RIF: J-00038923-3.

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular de Economía y Finanzas bajo el No.13. **“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N° FSAA-1-1-000590-2021 de fecha 05 de Octubre de 2021”.**

