



PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1. INTERPRETACIÓN DE TÉRMINOS

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

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

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

Costo Razonable: Es el promedio calculado por el Asegurador de los gastos cubiertos por tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas de Instituciones Hospitalarias ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido el Asegurado, los cuales correspondan a una intervención quirúrgica o tratamiento médico igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a este contrato de seguros se encuentran cubiertos.

Este promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga el Asegurador de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en los gastos, incrementado según el Índice Nacional de Precios al Consumidor (I.N.P.C.) del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el costo razonable será el monto facturado.

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

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



Este concepto es aplicable a toda adquisición de insumos, suministros, instrumentos especiales, equipos médicos o cualquier otro gasto médico amparado e incurrido con motivo de asistencia.

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

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

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

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

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

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

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

1. Que sea apropiado para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del Asegurado.
2. Que sea congruente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina en la República Bolivariana de Venezuela y por la Federación Médica Venezolana o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.
3. Que el nivel de servicio o suministro sea idóneo y pueda ser proporcionado sin riesgo para el Asegurado.
4. Que no sea primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado, de su familia o Médico.

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

1. No haya sido aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento médico de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional; o
2. Su uso esté restringido a objetivos clínicos disciplinados que posean valor o beneficio para propósitos clínicos de la disciplina y estudios científicos; o
3. No se haya probado de manera objetiva que posea valor, o beneficio terapéutico; o
4. Esté bajo estudio, investigación, en un periodo de prueba o en cualquier fase de un experimento o ensayo clínico.

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

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

CLÁUSULA 2. GASTOS CUBIERTOS

Queda entendido que el Asegurador cubre el ciento por ciento (100%) de los gastos amparados ocasionados durante la vigencia del contrato, sujeto al costo razonable, en exceso del deducible, si los hubiere, y hasta la suma asegurada contratada. La suma asegurada y el deducible de cada Asegurado serán aplicados por enfermedad o accidente y vigencia del contrato, otorgándose cobertura a partir de la fecha de vigencia de la póliza, siempre que la prima correspondiente haya sido efectivamente pagada por El Tomador.

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

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

- 1. Los gastos por concepto de pago de honorarios médicos, conjuntamente con los demás beneficios cubiertos por esta Póliza, están sujetos a la suma asegurada contratada.**
- 2. Los medicamentos deben haber sido indicados bajo prescripción médica específica, ser necesarios para el tratamiento médico de la enfermedad y/o lesión que causa el reclamo del Asegurado y ser adquiridos en un establecimiento autorizado para el expendio de productos farmacéuticos.**
- 3. El material médico quirúrgico y los suministros serán indemnizados contra la presentación del desglose de su consumo y costo facturado por parte de la Institución Hospitalaria, siempre que hayan sido necesarios para el tratamiento de la enfermedad, lesión o procedimiento realizado al Asegurado.**
- 4. Los gastos hospitalarios cubiertos se refieren exclusivamente al servicio de habitación corriente (distintas a habitaciones especiales o**

de lujo, suites y semisuites), los cuales incluyen la alimentación del paciente, conforme a la prescripción facultativa, y hasta por el máximo del costo de la habitación privada corriente en la institución hospitalaria. Además, están cubiertos los gastos por uso del teléfono (llamadas locales), admisión, uso de la televisión del cuarto ocupado por el Asegurado hospitalizado y el costo de pernoctas del acompañante, cuando ocupe la misma habitación que el paciente asegurado. No se consideran gastos cubiertos otros gastos hospitalarios diferentes a los antes mencionados y los que genere el acompañante por concepto de alimentación.

5. El servicio de enfermera particular estará amparado, siempre que sea prestado dentro de la institución hospitalaria y ordenado por el médico tratante, dada la gravedad del paciente y la necesidad de atención especializada. El Servicio de enfermera privada para el cuidado del paciente estará amparado, siempre que haya sido previamente autorizado por el Asegurador. La enfermera debe ser profesional graduada, legalmente facultada para ejercer la profesión.
6. Están cubiertos los gastos por concepto de adquisición e implantación de prótesis: oculares, de cadera, de miembros superiores e inferiores, cardiovasculares, articulares, de vías digestivas, derivaciones ventriculoperitoneales, marcapasos cardíacos, así como las dentales, auditivas, testiculares, de mamas y cualquier otra, que podrían ser requeridas por la pérdida de órganos o miembros como consecuencia de enfermedades y/o lesiones sufridas por el Asegurado, que hayan sido diagnosticadas, tratadas y amparadas durante la vigencia del contrato y cuya indicación médica sea de carácter permanente. Con respecto a las prótesis auditivas, está cubierta una (1) cada tres (3) años, salvo en aquellos casos en que la pérdida auditiva progrese y requiera, antes de ese lapso, de una prótesis de mayor ganancia o potencia de decibeles. El Asegurado podrá suministrar la prótesis requerida de acuerdo con la disponibilidad y/o existencia de la misma en su red de proveedores de suministros médicos-quirúrgicos. En caso que no exista disponibilidad de la prótesis en la referida red, el Asegurado podrá adquirirla, previo acuerdo con el Asegurador.
7. Están cubiertos los gastos para la adquisición de muletas y sillas de ruedas manuales que se requieran para uso permanente como

- consecuencia de una alteración a la salud del Asegurado amparada por la Póliza.
8. **Están cubiertos los gastos de alquiler por concepto de aparatos ortopédicos, sillas de ruedas manuales y camas especiales, así como equipos para la administración de oxígeno, respiradores artificiales, otros equipos para el tratamiento médico de parálisis respiratoria y, en general, todos aquellos relacionados con cualquier clase de equipos e instrumentos especiales, siempre que no sean consecuencia de alteraciones de la salud del Asegurado ocurridas con anterioridad a la contratación de la Póliza. Cuando el costo del alquiler por el tiempo estimado de uso, de acuerdo al criterio del médico tratante, supere el costo de adquisición, el Asegurador podrá efectuar la compra de estos y una vez culminado el proceso de rehabilitación del Asegurado o su utilización, éste deberá, a solicitud del Asegurado, efectuar la devolución dentro de los treinta (30) días continuos.**
 9. **Están cubiertos los gastos por concepto de quimioterapia, radioterapia, fluoroscopias, radiografías, isótopos radiactivos, pruebas de metabolismos, electrocardiogramas, ultrasonidos, resonancias magnéticas, tomografías, exámenes de laboratorio y otros similares, que guarden relación con la causa u origen del tratamiento médico o de la hospitalización, siempre que se requieran en el diagnóstico o atención de una alteración a la salud del Asegurado amparada por la Póliza.**
 10. **La cobertura que ofrece el presente contrato se extiende a tratamientos odontológicos que sean originados como consecuencia de un accidente que ocurra durante su vigencia, siempre que estos tratamientos se realicen, como máximo, dentro de los noventa (90) días continuos y siguientes a la fecha de ocurrencia de accidente.**
 11. **Están cubiertos los gastos por atención ambulatoria.**
 12. **Los gastos por concepto de honorarios médicos por intervención quirúrgica están limitados a un (1) cirujano principal, un (1) ayudante y un (1) anestesiólogo. El Asegurador reconocerá los honorarios ocasionados por un (1) segundo y un tercer ayudante, siempre que la participación de estos en la intervención quirúrgica esté justificada médicamente. Los gastos cubiertos por honorarios médicos correspondientes al primer ayudante, el anestesiólogo, será 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 accidente y/o complicaciones y enfermedades directas o indirectas originadas por la enfermedad primaria, durante el curso de la hospitalización, la indemnización en ningún caso excederá de la suma asegurada contratada. En el caso de dos (2) o más intervenciones quirúrgicas practicadas en un mismo acto quirúrgico, con igual campo quirúrgico, el Asegurador pagará de la siguiente manera: el ciento por ciento (100%) de la de mayor costo, cincuenta por ciento (50%) de la siguiente y veinticinco por ciento (25%) del costo de cada una de las siguientes, sin exceder en ningún caso de la suma asegurada contratada.

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

16. Están cubiertos los gastos por concepto de ambulancia terrestre dentro del Territorio Nacional, siempre que el médico tratante lo considere necesario.
17. Están cubiertos los gastos por servicios de analgesia post operatoria, siempre que sea requerido por una enfermedad o accidente cubierto por la póliza y el médico tratante lo considere médicamente necesario.
18. Los hijos del Asegurado Titular, nacidos durante la vigencia de la Póliza, estarán cubiertos durante los primeros treinta (30) días continuos de vida bajo la cobertura básica de la madre, siempre que ésta se encuentre vigente para el momento del nacimiento. Para que los hijos puedan continuar con la cobertura, el Tomador deberá solicitar su inclusión en la Póliza en el referido lapso y pagar la parte proporcional de la prima correspondiente al período que falte por transcurrir, conforme con lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza; caso en el cual, el Asegurador no aplicará los plazos de espera y exclusiones temporales previstos en esta Póliza.
19. Están cubiertos los gastos de intervención quirúrgica por obesidad mórbida, basada en un índice de masa corporal superior a 40 kg./m², previo cumplimiento del siguiente protocolo: dos (2) evaluaciones de un Nutricionista, con una diferencia de al menos treinta (30) días continuos entre cada evaluación; una (1) evaluación de un Endocrinólogo; una (1) evaluación de un Neumólogo; una (1) evaluación de un Psicólogo, una (1) evaluación de un Psiquiatra y una (1) evaluación de un Médico Internista, que incluya un informe de chequeo cardiovascular. Queda entendido que el protocolo debe tener una vigencia no mayor de noventa (90) días antes de la solicitud de intervención quirúrgica. Asimismo, corresponde al Asegurado cumplir con el referido protocolo y los gastos que se generen estarán amparados por esta Póliza, siempre que exista un diagnóstico positivo de la enfermedad.
20. Están cubiertos los gastos para el tratamiento del Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y sus enfermedades oportunistas.

CLÁUSULA 3. COBERTURA INMEDIATA

Tendrán cobertura inmediata los accidentes amparados por la póliza y las siguientes enfermedades infecciosas agudas: fiebre reumática, apendicitis,

bronquitis, gastroenteritis, abscesos (intraabdominales, intratoraxicos e intracraneales), adenoiditis, vértigo o laberintitis, faringo-amigdalitis (sola o combinada), otitis, trastornos de la laringe, infección respiratoria baja, dengue hemorrágico, malaria, meningo-encefalitis, neumonía y pielonefritis, así como los gastos ocasionados por las siguientes enfermedades virales: parotiditis, rubéola, sarampión y varicela.

CLÁUSULA 4. PLAZOS DE ESPERA

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

1. Nueve (9) meses para las siguientes enfermedades: adenoiditis no infecciosa, cefaleas vasculares (migraña), vértigo o laberintitis, faringo-amigdalitis (sola o combinada) no infecciosa, hemorroides, hidrocele, incontinencia urinaria, otitis no infecciosa, trastornos de la laringe, trastornos de piel y anexos (no infecciosos), tumores de piel del tejido celular subcutáneo y virus de papiloma humano, salvo por lo dispuesto en la Cláusula 3. Cobertura Inmediata, de estas Condiciones Particulares.
2. Diez (10) meses para intervención quirúrgica por obesidad mórbida y para las enfermedades del aparato reproductor femenino que requieran intervención quirúrgica.
3. Tres (3) meses para cualquier otra alteración a la salud del Asegurado, siempre que no esté excluida temporal o permanentemente en esta Póliza.

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

CLÁUSULA 5. EXCLUSIONES TEMPORALES

Los Asegurados inscritos en el seguro están amparados por los siguientes casos o alteraciones a la salud, una vez transcurridos doce (12) meses, contados a partir de la fecha de comienzo de la Póliza, o la inclusión del Asegurado en la misma, según corresponda: pruebas alérgicas y tratamientos desensibilizantes para las alergias, tumores benignos de mamas, gigantomastia juvenil que provoque evidente trastornos a nivel de la columna cervical y dorsal, aneurisma, arritmia cardíaca, arteriosclerosis, discopatías degenerativas, artropatías, bronquiectasias, calacio (chalazión), cáncer, cardiopatía isquémica, cataratas, enfermedad cerebrovascular, trastornos causados por colesterol y triglicéridos, hipertensión arterial, diabetes y sus complicaciones, enfermedad biliar y sus complicaciones, enfermedad bronco pulmonar obstructiva crónica, síndrome de hiperreactividad bronquial, enfermedad d'quervain, enfermedades desmielinizantes, enfermedades difusas del tejido conjuntivo, enfermedad diverticular y sus complicaciones, enfermedades endocrinas, enfisema pulmonar, estenosis de canal medular, estrabismo, eventración, fimosis o parafimosis, enfermedades de próstata, enfermedades del testículo, fístulas, esofagogastroduodenopatías, glaucoma, hallux valgus, hepatopatías, hernias, hipertrofia de cornetes, malformaciones arterio-venosas, neumopatías profesionales, osteoartrosis, osteoporosis, otesclerosis, tumores y ptosis del párpado, pólipos pterigión, quiste de cápsula articular, valvulopatías, enfermedades renales, retinopatías, rinosinusopatías, septoplastia funcional, síndrome de compresión radicular, síndrome de los recesos laterales, síndrome de vías urinarias y sus complicaciones, síndrome neurológico de alteración de la vía urinaria y sus complicaciones, síndrome del túnel del carpo, síndrome neurológico de alteración de la vía piramidal o extrapiramidal, enfermedades de tiroides, defectos de refracción (la cobertura se limita al tratamiento quirúrgico de la miopía e hipermetropía, superior a 3 dioptrías), trastornos hematológicos primarios, tromboembolismo pulmonar, tumoraciones diferentes a las indicadas en el numeral 1 de la Cláusula 4. Plazos de Espera de estas Condiciones Particulares, várices, varicocele, enfermedades del intestino delgado, grueso, recto y ano, no mencionadas en el numeral 1 de la Cláusula 4. Plazos de Espera de estas Condiciones Particulares. Si el Tomador o el Asegurado solicitare un incremento en la suma asegurada o cambio de plan, para las cantidades en exceso

comenzará a considerarse nuevamente el lapso de doce (12) meses, contados a partir de la fecha en que se produjo el incremento o cambio de plan, por tanto de ocurrir un siniestro antes del vencimiento de este plazo, el Asegurador indemnizará sobre la base de la suma asegurada o plan contratado antes de la modificación siempre que el plazo de doce (12) meses previamente aplicable hubiere vencido.

CLÁUSULA 6. EXCLUSIONES

El Asegurador no cubre los gastos relacionados con:

- 1. Lesiones ocasionadas como consecuencia o se den en el curso de: guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con alguna organización que realice actividades dirigidas a la sustitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.**
- 2. Lesiones o enfermedades producidas por radiación nuclear, fisión, fusión, radiaciones ionizantes o contaminación radiactiva, salvo que se originen por una causa extraña no imputable al Asegurado.**
- 3. Lesiones o enfermedades causadas por terremoto, temblor de tierra, maremoto, tsunami, inundación, movimientos de masas, flujos torrenciales, huracanes, tornado, tifón, ciclón, eventos climáticos, granizo, erupción volcánica o cualquier otra convulsión de la naturaleza o perturbación atmosférica.**
- 4. Lesiones ocasionadas como consecuencia de la participación activa del Asegurado en actos delictivos, motín, conmoción civil, disturbios populares, saqueos, disturbios laborales o conflictos de trabajo.**
- 5. El suicidio o sus tentativas, así como las lesiones que el Asegurado se cause intencionalmente.**
- 6. Lesiones ocasionadas como consecuencia de la participación activa del Asegurado en duelos o riñas, a menos que se compruebe que no han sido provocados por el Asegurado o que éste actuó en legítima defensa.**
- 7. Lesiones ocasionadas como consecuencia de la práctica del Asegurado de los siguientes deportes o actividades de alto riesgo: caza, automovilismo, motociclismo, motocross, karting, scooters,**

competencia de ciclismo, benji, buceo, submarinismo, esquí acuático, esquí en nieve, rafting, descenso de rápidos, surf, windsurf, remo, pesca en alta mar, pesca submarina, motonáutica, navegación en aguas internacionales en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, fútbol americano, rugby, saltos ornamentales, paracaidismo, vuelo en parapente, vuelo en planeador, vuelo en ultraligero, velerismo, vuelo delta, coleo, competencia de equitación, polo, hipismo, rodeo, boxeo, lucha, artes marciales, jiu jitsu, viet vo dao, full contact, competencia de levantamiento de pesas, tiro, espeleología, alpinismo y escalda, salvo que el Asegurador convenga con el Tomador la cobertura de estos gastos.

8. Enfermedades decretadas como epidémicas por el organismo público competente, en lo que se refiere a los gastos que se hayan ocasionado luego de haber sido declaradas como tales.
9. Tratamiento contra la dependencia del alcohol, de drogas estupefacientes y psicotrópicas y sus complicaciones, agudas o crónicas, el etilismo; así como los accidentes ocurridos bajo la influencia del alcohol o de drogas no prescritas médicamente y las consecuencias y/o enfermedades originadas por el consumo de alcohol o el uso de drogas no prescritas médicamente.
10. Trasplantes de órganos o tejidos.
11. Enfermedades que hayan sido ocasionadas por un trasplante de órgano o tejido.
12. Tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas sobre órganos sanos con fines profilácticos.
13. Curas de reposo, tratamientos de enfermedades psiquiátricas y mentales, exámenes y terapias efectuadas por médicos psiquiatras, trastornos funcionales de la conducta, neurosis, depresión, psicosis, esquizofrenia, deficiencias mentales, epilepsia, cuadros convulsivos repetitivos sin causa estructural, demencia senil, demencial presenil, trastornos bipolares, Alzheimer y los trastornos del sueño.
14. Chequeos médicos generales o exámenes con fines de diagnóstico o control, con o sin hospitalización, cuando no haya enfermedad o no guarden relación con la enfermedad que originó la atención médica. Estados gripales, salvo lo señalado en la Cláusula 3 Cobertura Inmediata de estas Condiciones Particulares, y aplicación de vacunas.

- Acupuntura, medicina naturista, homeopática o cualquier otro tratamiento no aceptado por la Federación Médica Venezolana.
15. Tratamiento experimental o investigativo.
 16. Enfermedades de transmisión sexual, sus consecuencias y complicaciones, salvo lo establecido en el numeral 1 de la Cláusula 4. Plazos de Espera de estas Condiciones Particulares.
 17. El traslado del Asegurado desde y hasta la institución hospitalaria. No obstante, queda a salvo lo establecido en el numeral 16 de la Cláusula 2. Gastos Cubiertos, de estas Condiciones Particulares.
 18. Consultas o exámenes de la vista, corrección de vicios de refracción visual (miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia) por tratamientos quirúrgicos o no quirúrgicos (anteojos y/o lentes de contacto), lentes intraoculares que no correspondan a patologías comprobadas de catarata. No obstante, queda a salvo lo establecido en la Cláusula 5. Exclusiones Temporales, de estas Condiciones Particulares.
 19. Tratamiento quirúrgico de patología no tumoral de las glándulas mamarias. Mastoplastia con fines estéticos, funcionales o anatómicos y gigantomastia, salvo lo establecido en la Cláusula 5. Exclusiones Temporales, de estas Condiciones Particulares. Cúmulo de grasa pectoral o lipomastia en hombres.
 20. Tratamientos y controles de la menopausia y la andropausia.
 21. Chequeos y controles ginecológicos.
 22. Tratamientos médicos o intervención quirúrgica cosmética, plástica o estética. No obstante, queda a salvo lo establecido en el numeral 15 de la Cláusula 2. Gastos Cubiertos, de estas Condiciones Particulares.
 23. Enfermedades y tratamientos odontológicos y periodontológicos, intervención quirúrgica de distonías miofaciales por mal posición dentaría y/o anomalías de crecimiento de maxilares, tratamiento de cualquier índole de la articulación temporomaxilar. No obstante, queda a salvo lo dispuesto en el numeral 10 de la Cláusula 2. Gastos Cubiertos, de estas Condiciones Particulares.
 24. Embarazo, parto, cesárea, aborto y legrado uterino por aborto, sus consecuencias y complicaciones. Consultas y exámenes pre y post natal.
 25. Tratamientos médicos o intervención quirúrgica por disfunciones o insuficiencias sexuales, infertilidad, inseminación artificial, fertilización

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

CLÁUSULA 7. OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD

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



de la Cobertura, de estas Condiciones Particulares, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario.

CLÁUSULA 8. PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE LA COBERTURA

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

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

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberá notificar el siniestro, dentro del plazo máximo de diez (10) días hábiles siguientes de haber recibido los productos y/o servicios o a su egreso de la institución hospitalaria, según sea el caso, utilizando los formularios usuales del Asegurador, y consignar los recaudos antes señalados, dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes de haber efectuado la notificación. Asimismo, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario se comprometen a suministrar al Asegurador, en especial en los casos de tratamiento continuado o prolongado, mensualmente, en original, las facturas y comprobantes de pago por los productos y/o servicios recibidos y amparados por esta Póliza. Cuando el Asegurado reciba los servicios fuera de la República Bolivariana de Venezuela, las facturas deberán ser traducidas al idioma castellano, si fuere el caso, y estar selladas por el respectivo Consulado o Embajada de la República Bolivariana de Venezuela. La indemnización se efectuará al costo razonable que tengan los servicios en la República Bolivariana de Venezuela, en moneda nacional a la tasa de cambio oficial de venta vigente, establecida por el Banco Central de Venezuela, para la fecha en que el Asegurador efectuó el pago, siempre que la reclamación resulte válida según las condiciones de esta póliza. También, de común acuerdo de las partes, podrá efectuarse la indemnización en moneda extranjera.

El Asegurador podrá solicitar documentos adicionales a los descritos

anteriormente, en una sola oportunidad, la solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos en los dos párrafos anteriores. Sin embargo, si del análisis de los documentos consignados se derivare, razonablemente, la necesidad de exigir documentación complementaria, el Asegurador podrá solicitarla dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos adicionales. En estos casos, se establece un plazo de treinta (30) días continuos para la presentación de los recaudos solicitados por el Asegurador, contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, el Asegurado o el Beneficiario. En caso de que el Asegurado Titular quede incapacitado o hubiere fallecido antes de recibir el pago de la indemnización, el reembolso corresponderá a los beneficiarios que hubiere designado, y en su defecto, a sus causahabientes.

2. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario podrá solicitar Carta Aval al Asegurador. En este supuesto, deberá suministrar el presupuesto detallado de los gastos médicos por los productos y los servicios a ser prestados por el proveedor, así como los resultados de los exámenes preoperatorios y el informe médico y/o la intervención quirúrgica a efectuarse. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberá remitir estos documentos, como mínimo, con diez (10) días hábiles de anticipación a la fecha en que deba realizarse el tratamiento médico y/o la intervención quirúrgica.

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

- mencionados y se hubiere concluido la evaluación médica, si fuese el caso.
3. Para los casos de Emergencia Médica, el Asegurado se presentará en la Institución Hospitalaria para recibir el servicio pertinente, debiendo identificarse con su cédula de identidad a fin de que puedan ser verificadas las condiciones de su póliza.
 4. El Asegurador utilizará todos los mecanismos necesarios para procurar que el Asegurado reciba atención inmediata.
 5. El Asegurado tiene el derecho a escoger libremente el proveedor que le prestará los servicios o suministros garantizados por esta Póliza dentro de la red prevista por el Asegurador. El Asegurador podrá suscribir contratos con proveedores que aseguren la prestación de estos servicios o suministros. En este supuesto, indicará mensualmente mediante avisos colocados en cada una de sus oficinas de atención al público y/o en los medios de información electrónicos, los referidos proveedores.
 6. Cualquiera que sea el caso, la indemnización estará sujeta a un análisis previo realizado por el Asegurador, a fin de que éste pueda determinar que la lesión o enfermedad que originó la solicitud está cubierta por la Póliza.
 7. El Asegurado autoriza al médico tratante y a la Institución Hospitalaria para dar información acerca de su estado físico, historia clínica (incluyendo copias de ésta) y demás circunstancias que originaron la reclamación, relevándolos de guardar el secreto médico.

CLÁUSULA 9. PERSONAS ASEGURABLES

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

1. El cónyuge o concubino del Asegurado Titular, sin límite de edad, con permanencia hasta los noventa y nueve (99) años de edad.
2. Los hijos, Hermanos, Sobrinos, Nietos, del Asegurado Titular de su cónyuge o concubino, sin límite de edad, con permanencia hasta los noventa y nueve (99) años de edad.
3. Los padres del Asegurado Titular, sin límite de edad, con permanencia hasta los noventa y nueve (99) años de edad.
4. Los suegros del Asegurado Titular (Estos deben ser los padres de su cónyuge o concubino actual), sin límite de edad, con permanencia hasta los noventa y nueve (99) años de edad.

5. Los familiares del Asegurado Titular que pueda demostrarse que dependen económicamente de éste, sin límite de edad, con permanencia hasta los noventa y nueve (99) años de edad.

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

CLÁUSULA 10. TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA CADA ASEGURADO

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

1. Cuando finalice legalmente el vínculo entre Asegurado Titular y su cónyuge o concubino.
2. Cuando los hijos, hermanos, sobrinos y nietos del Asegurado Titular o de su cónyuge o concubino(a), contraiga matrimonio o mantenga una relación de concubinato, dentro o fuera del hogar del Asegurado Titular.
3. Cuando alguna de las personas mencionadas en el numeral 5 de la cláusula anterior, deje de depender económicamente del Asegurado Titular o su cónyuge o concubino(a).
4. Por aviso escrito del Tomador o del Asegurado Titular, comunicando al Asegurador su decisión de no renovar la Póliza o la cobertura 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, que sea 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 a lo establecido en los numerales anteriores,



quedare excluido de la Póliza, podrá solicitar 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 nueva póliza de seguro de salud, sujeta 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 suma asegurada o plan vigente para el momento de la terminación del seguro. Si el Asegurado estuvo amparado ininterrumpidamente por tres (3) años a la fecha de terminación del seguro, el Asegurador queda obligado a emitir la póliza de seguro solicitada.

CLÁUSULA 11. ÁMBITO DE LA COBERTURA

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

CLÁUSULA 12. DEFENSOR DEL ASEGURADO

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

En _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

POR EL ASEGURADOR

EL TOMADOR

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° FSAA-1-1-00113 de fecha 04/05/2023