

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1. DEFINICIONES GENERALES

A los efectos de este contrato de seguro, se entiende por:

1. **ASEGURADOR: BANESCO SEGUROS, C. A.**, sociedad mercantil inscrita en el Registro Mercantil Primero de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda, en fecha 03 de marzo de 1993, bajo el N° 11, Tomo 78-A-Primero, debidamente inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 109 del Libro de Registro de Empresas de Seguros, e inscrita en el Registro de información Fiscal (RIF) bajo el No. J-30083118-3. La persona que actúa en representación del ASEGURADOR se encuentra plenamente identificada en el CUADRO PÓLIZA de este contrato de seguro, incluyendo el carácter con que actúa y el documento del cual derivan sus facultades. El ASEGURADOR es la parte que asume los riesgos objeto de este contrato de seguro, especificados en las condiciones particulares y anexos del mismo.
2. **TOMADOR:** Persona natural o jurídica que en virtud de este contrato de seguro traslada al ASEGURADOR el o los riesgos que constituyen el objeto de este contrato de seguro y se obliga al pago de la prima. El TOMADOR actúa en nombre propio, excepto que se especifique de otra manera en el CUADRO PÓLIZA.
3. **ASEGURADO:** Persona natural que cumple con las condiciones de asegurabilidad de este contrato de seguro y que está expuesta al o a los riesgos objeto del mismo especificados en sus condiciones particulares y anexos.
4. **BENEFICIARIO:** Persona natural o jurídica en cuyo favor el ASEGURADO ha establecido la indemnización que pagará el ASEGURADOR.
5. **PARTES DEL CONTRATO DE SEGURO:** el ASEGURADOR y el TOMADOR. Además de las partes señaladas forman parte del contrato de seguro el ASEGURADO y el BENEFICIARIO.
6. **CUADRO PÓLIZA:** Documento que debidamente firmado por las partes de este contrato de seguro, forma parte integrante del mismo. En el CUADRO PÓLIZA se especifican y señalan datos fundamentales del contrato de seguro, como son: número de póliza, identificación del ASEGURADOR y su representante, del TOMADOR, del ASEGURADO, del BENEFICIARIO y del Intermediario de seguros, dirección de la Sede Principal del TOMADOR, dirección de cobro, direcciones del TOMADOR y del ASEGURADOR para las notificaciones, así como los riesgos cubiertos, sumas aseguradas, el monto y forma de pago de la prima, Duración del Contrato, porcentaje de indemnización y deducible.
7. **PRIMA:** La prima es la contraprestación que debe pagar el TOMADOR al ASEGURADOR en virtud de la celebración del presente contrato de seguro, la cual se determina en función del riesgo y sobre la base de las declaraciones efectuadas por el TOMADOR o el ASEGURADO en la solicitud, cuestionarios de seguro y demás declaraciones, documentos e informes que hayan servido para su evaluación.
8. **SUMA ASEGURADA:** Monto contratado de indemnización, que se establece de común acuerdo entre el TOMADOR y el ASEGURADOR y que constituye la máxima responsabilidad del ASEGURADOR por los riesgos objeto de este contrato.

CLÁUSULA 2. DOCUMENTOS DEL CONTRATO:

Forman parte integrante de este contrato de seguro:

- La solicitud y los cuestionarios de seguro que hayan servido para la evaluación del riesgo debidamente firmados por el TOMADOR o el ASEGURADO.
- Los exámenes médicos exigidos por el ASEGURADOR, en aquellas circunstancias que se requieran.
- Cualquier otro documento que sea necesario:
 - Al momento de solicitar o suscribir el presente contrato o al solicitar la inclusión de nuevos ASEGURADOS.
 - Al modificar el riesgo.
 - Al requerir el pago de cualquier beneficio contemplado en este contrato.
- El CUADRO PÓLIZA, debidamente firmado por las partes.
- Las condiciones generales y particulares contenidas en este documento que se encuentran debidamente firmadas por las partes.
- Los anexos, de haberlos, en los cuales se modifican las condiciones establecidas en las condiciones generales o particulares. En caso de discrepancia, lo establecido en los anexos prevalecerá sobre las disposiciones de las condiciones particulares y éstas sobre las condiciones generales.

Los documentos mencionados constituyen y contienen el acuerdo completo celebrado entre las partes con respecto al riesgo objeto del contrato y deja sin efecto cualquier correspondencia, conversaciones y negociaciones anteriores en relación con su objeto.

CLÁUSULA 3. DECLARACIONES FUNDAMENTALES

Todas las declaraciones efectuadas por el TOMADOR o el ASEGURADO en la solicitud de seguro y en los cuestionarios de seguro, los documentos e informes que hayan servido para la evaluación del riesgo son fundamentales a los efectos de este contrato de seguro, y fueron esenciales en la formación de la voluntad del ASEGURADOR para la celebración del mismo y la determinación de la prima. El TOMADOR o el ASEGURADO, según corresponda, certifican y garantizan la veracidad de las declaraciones señaladas en esta Cláusula. Por lo anterior, el TOMADOR y el ASEGURADO manifiestan haber sido informados de que si alguna de esas declaraciones resultare falsa, inexacta, incompleta o realizadas de mala fe, el ASEGURADOR deberá participar en un lapso de cinco (5) días hábiles que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado que influye en la valoración del riesgo, y podrá ajustarlo o resolver el contrato mediante comunicación dirigida al TOMADOR o el ASEGURADO, en el plazo de un (1) mes contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud del TOMADOR o el ASEGURADO. El ASEGURADOR podrá dar por terminado este contrato de seguro con efecto a partir del decimosexto (16°) día siguiente a la fecha del acuse de recibo de la comunicación que a tal efecto envíe al TOMADOR o al ASEGURADO, siempre y cuando para esa fecha se encuentre en la Caja del ASEGURADOR, a disposición del TOMADOR el importe correspondiente a la parte proporcional de la prima no consumida por el período que falte por transcurrir.

Si el siniestro sobreviene antes de que el ASEGURADOR haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. El ASEGURADOR quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de prima si el TOMADOR, ASEGURADO o BENEFICIARIO actúan con dolo o culpa grave.

Cuando la reserva o inexactitud se contrajese con sólo a uno o varias personas cubiertas por este contrato de seguros, ésta sustituirá con todos sus efectos respecto a las restantes.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del TOMADOR, ASEGURADO o

BENEFICIARIO, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta de este contrato de seguros, si son de tal naturaleza que el ASEGURADOR de haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

CLÁUSULA 4. OBJETO DEL CONTRATO DE SEGURO

Mediante este contrato de seguro el ASEGURADOR se compromete a cubrir los riesgos señalados en las condiciones particulares y anexos del mismo y a indemnizar al ASEGURADO o BENEFICIARIO hasta las sumas aseguradas indicadas en el CUADRO PÓLIZA o prestar el o los servicios al TOMADOR, al ASEGURADO o al BENEFICIARIO, según corresponda, en la forma estipulada en el mismo.

CLÁUSULA 5. DURACIÓN DEL CONTRATO

El ASEGURADOR asume las consecuencias de los riesgos cubiertos por este contrato a partir de las 12m de la fecha de su celebración, y durante el periodo de Duración del Contrato indicado en el CUADRO PÓLIZA. La celebración del contrato se producirá una vez que el TOMADOR notifique su consentimiento a una proposición del ASEGURADOR o cuando éste participe su aceptación a la solicitud efectuada por el TOMADOR, según corresponda.

CLÁUSULA 6. RENOVACIONES

El contrato se renovará automáticamente al finalizar cada periodo de DURACIÓN DEL CONTRATO por un plazo igual, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior. La prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar mediante notificación dirigida al domicilio indicado en el CUADRO PÓLIZA, efectuada con al menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del periodo de Duración del Contrato. Las primas de renovación se establecerán de acuerdo con los beneficios, condiciones y tarifas que el ASEGURADOR ofrezca usualmente a sus clientes al momento de la renovación y serán exigibles desde la fecha de renovación.

La renovación del contrato no se emitirá en cualquiera de las otras circunstancias establecidas en la CLÁUSULA 42. TERMINACIÓN DEL SEGURO

CLÁUSULA 7. PRIMA

El TOMADOR debe la prima desde el momento de la celebración del contrato, y sólo será exigible contra la entrega por parte del ASEGURADOR de la Póliza, del Cuadro Póliza o del recibo de Prima o de la nota de Cobertura Provisional. Las partes establecen como lugar de pago la Oficina Principal del ASEGURADOR en Caracas o la dirección de cualquier Sucursal o Agencia del ASEGURADOR. Las gestiones de cobro de la prima efectuadas por el ASEGURADOR no implican de manera alguna la modificación de la dirección de pago establecida por las partes.

El pago de la prima conserva el contrato en vigor por el tiempo al cual corresponda dicho pago, según se haga constar en el contrato de seguro.

Las primas pagadas en exceso, de acuerdo con todo lo previsto en las condiciones generales y particulares de este contrato, no darán lugar a responsabilidad adicional por dicho exceso, sino única y exclusivamente al reintegro de dichas primas pagadas en exceso, sin intereses.

La falta de pago de la prima en el plazo acordado, o a todo evento, en el momento cuando se ha hecho exigible, dará derecho al ASEGURADOR a resolver unilateralmente y de pleno derecho este contrato o, a su solo criterio, a exigir el cumplimiento del contrato mediante el pago de la prima. Para la rescisión de este contrato por falta de pago de la prima, bastará con la notificación escrita al TOMADOR, en la forma establecida en estas Condiciones Generales, a partir de cuya fecha quedará resuelto el contrato de seguro. Las gestiones de cobro de la prima efectuadas por el ASEGURADOR no implican la renuncia por parte del ASEGURADOR a su derecho a resolver este contrato de seguro por falta de pago de la prima.

Cuando se trate de la prima de renovación, la falta de pago en la fecha de exigibilidad se entenderá como la voluntad expresa del TOMADOR a no renovar el contrato de seguro.

CLÁUSULA 8. PLAZO DE GRACIA

El ASEGURADOR concede treinta (30) días consecutivos de gracia para el pago de las primas siguientes a la primera, contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia anterior, en el entendido de que durante tal plazo el contrato continuará vigente y en caso de ocurrir algún siniestro en ese periodo, el ASEGURADOR tendrá la obligación de pagar la indemnización correspondiente, previa deducción de la prima pendiente de pago. En este caso, el monto a descontar será la prima completa que corresponda al mismo periodo de la cobertura anterior. Si el monto indemnizable es menor a la prima a descontar, el TOMADOR deberá pagar, antes de finalizar el periodo de gracia, la diferencia existente entre la prima y dicho monto. No obstante, si el TOMADOR se negase o no pudiese pagar la prima antes de finalizar el periodo de gracia, este Contrato de Seguro se considerará prorrogado solamente por el periodo que alcance a cubrir por el monto del siniestro indemnizable.

Queda entendido y convenido que este periodo de gracia no es aplicable para el pago de la prima que pudiera corresponder en caso de aumentos en los montos de las coberturas, inclusión de coberturas, cláusulas y anexos, que ocurran con posterioridad a la renovación de la póliza.

CLÁUSULA 9. NOTIFICACIONES

Las notificaciones que las partes deban o deseen hacerse en virtud de este contrato o de la Ley que regula la materia, deberán efectuarse por escrito a través de cualquier medio que deje constancia o acuse de recibo, en las direcciones del ASEGURADOR y del TOMADOR especificadas en el CUADRO PÓLIZA.

En caso de que en este contrato de seguro esté participando uno o varios intermediarios de seguros, sus nombres e identificaciones se indicarán en el CUADRO PÓLIZA. Las notificaciones dirigidas a las partes y entregadas al intermediario de seguros por cualquiera de ellas no producirán efecto alguno hasta tanto el intermediario de seguros la haya entregado efectivamente y con acuse de recibo de la parte a que dichas comunicaciones estén dirigidas.

CLÁUSULA 10. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR

El ASEGURADOR no pagará las indemnizaciones o no prestará los servicios cuando:

- 1. El siniestro haya sido ocasionado por culpa grave del TOMADOR, del ASEGURADO, del BENEFICIARIO o de cualquier persona que obre por cuenta de ellos. Se exceptúan de esta exoneración de responsabilidad los siniestros ocasionados en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el ASEGURADOR derivados del presente contrato de seguro.**
- 2. El siniestro haya sido ocasionado por dolo del TOMADOR, del ASEGURADO, del BENEFICIARIO o de cualquier persona que obre por cuenta de ellos.**
- 3. El TOMADOR o el ASEGURADO o el BENEFICIARIO no notificase al ASEGURADOR la ocurrencia de un siniestro dentro del plazo y en los términos indicados en la CLÁUSULA 35. NOTIFICACIÓN DE LA RECLAMACIÓN AL ASEGURADOR de las condiciones particulares.**
- 4. El siniestro se inicie antes que el presente contrato de seguro, aún cuando continúe después de que el o los riesgos que constituyen su objeto hayan comenzado a correr por cuenta del ASEGURADOR.**
- 5. El TOMADOR, el ASEGURADO, el BENEFICIARIO o terceras personas que obren por cuenta de alguno de ellos, presentaren una reclamación fraudulenta o engañosa, obstaculizaren el ejercicio de los derechos del ASEGURADOR estipulados en este contrato de seguro o si se emplearen medios o documentos falsos, engañosos, dolosos o contuvieren omisiones o alteraciones, para sustentar una reclamación o**

derivar enriquecimiento indebido, al amparo proporcionado por este contrato de seguro.

6. El ASEGURADO no presentare los exámenes médicos requeridos por el ASEGURADOR en caso de siniestro o no suministrare en el plazo para ello estipulado en este contrato cualquier otra información solicitada por el ASEGURADOR, según CLÁUSULA 33. EXÁMENES MÉDICOS
7. Se presente alguna de las circunstancias establecidas en las condiciones particulares contenidas en este mismo documento como causales de exoneración de responsabilidad del ASEGURADOR.

CLÁUSULA 11. MONEDA

La moneda del contrato se encuentra especificada en el CUADRO PÓLIZA. Si la moneda del contrato es una divisa, los compromisos asumidos por las partes en virtud del presente contrato de seguro, serán honrados en bolívares al tipo de cambio oficial de venta vigente a la fecha de pago.

CLÁUSULA 12. TERMINACIÓN DEL CONTRATO

Este contrato de seguro podrá darse por terminado en los siguientes casos:

1. Si al ASEGURADOR le fuere cancelada la autorización para operar en el ramo de seguros en el que esté considerada este contrato. Esta terminación se producirá a partir del día hábil siguiente al de la recepción de la notificación de terminación enviada por el TOMADOR o de cualquier fecha posterior que se señale en la misma. La devolución de prima a que hubiere lugar deberá estar a disposición del TOMADOR dentro de los quince (15) días continuos siguientes a la notificación.
2. Cuando el TOMADOR o el ASEGURADO TITULAR manifiesten su deseo de no continuar con el contrato.
3. Cuando el TOMADOR manifieste su decisión de no renovar el contrato, mediante aviso por escrito recibido por el ASEGURADOR con un mes de anticipación a la terminación de la Duración del Contrato.
4. Cuando, antes de la tercera renovación, el ASEGURADOR manifieste su decisión de no renovar el contrato, mediante aviso enviado con un mes de anticipación a la terminación de la Duración del Contrato.
5. Cuando el ASEGURADO TITULAR pierda su condición de persona asegurable, terminando los beneficios del seguro tanto para él, como para los demás ASEGURADOS.
6. Por falta de pago de la prima correspondiente en la fecha de su exigibilidad.

La devolución de prima a que hubiera lugar en cualquiera de los casos anteriores se efectuará al TOMADOR y corresponderá a la parte proporcional no consumida, deducida la comisión pagada al Intermediario de seguro.

La terminación del contrato se efectuará sin perjuicio del derecho del BENEFICIARIO a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación, en cuyo caso no procederá la devolución de prima.

CLÁUSULA 13. ARBITRAJE

Las disputas o divergencias en la interpretación, aplicación y ejecución de este contrato de seguro, podrán ser sometidas de mutuo consentimiento entre las partes a un procedimiento de arbitraje, el cual estará regulado por las disposiciones de la Ley de Arbitraje Comercial y supletoriamente por las disposiciones que sobre la materia contenga el Código de Procedimiento Civil.

En aquellos casos donde el Superintendente de Seguros haya sido designado de mutuo acuerdo entre las partes como árbitro arbitrador, deberá actuar directamente o a través de los funcionarios

que designe. Las partes podrán fijar el procedimiento a seguir en el compromiso arbitral. En caso de no hacerlo se aplicará el procedimiento previsto en la ley que rige la materia de arbitraje. Las decisiones del Superintendente deberán ser adoptadas en un plazo que no exceda de treinta (30) días hábiles una vez finalizado el lapso probatorio. El laudo arbitral es de cumplimiento obligatorio.

CLÁUSULA 14. PRESCRIPCIÓN DE LOS DERECHOS

Las acciones derivadas del contrato de seguro prescriben a los tres (3) años contados a partir de la ocurrencia del siniestro que dio nacimiento a la obligación del ASEGURADOR.

CLÁUSULA 15. CADUCIDAD DE LA ACCIÓN

El TOMADOR, ASEGURADO o el BENEFICIARIO perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra el ASEGURADOR o a convenir con este el arbitraje previsto en la CLÁUSULA 13. ARBITRAJE de las condiciones generales si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación: a) En caso de rechazo del siniestro, un (1) año contado a partir de la fecha de notificación del rechazo; b) En caso de inconformidad con el pago de la indemnización, un (1) año contado a partir de la fecha cuando el ASEGURADOR hubiere efectuado el pago; c) En caso de inconformidad con el servicio prestado, un (1) mes después a partir de la fecha cuando el ASEGURADOR hubiere prestado el servicio. En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado desde el momento cuando haya un pronunciamiento por parte del ASEGURADOR. A los efectos de esta cláusula, se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea consignado el libelo de demanda por ante el tribunal competente.

CLÁUSULA 16. DOMICILIO PROCESAL

Las partes eligen como domicilio procesal exclusivo y excluyente de cualquier otro a la ciudad de celebración del contrato, a la jurisdicción de cuyos tribunales declaran someterse.

CLÁUSULA 17. PRUEBA DE ENTREGA Y CUMPLIMIENTO DEL DEBER A INFORMAR.

La firma, por parte del ASEGURADOR y del TOMADOR, del CUADRO PÓLIZA, de las Condiciones Generales y Particulares de este contrato de seguro y de los anexos, de haberlos, hacen plena prueba de la entrega al TOMADOR del contrato de seguro así como del cumplimiento por parte del ASEGURADOR de su obligación de informar al TOMADOR sobre la extensión de los riesgos asumidos en virtud de este contrato.

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 18. COMPROMISO DEL ASEGURADOR

El ASEGURADOR se compromete a indemnizar por los gastos médicos y honorarios médicos, médicamente necesarios, incurridos por el ASEGURADO, tanto en el país como en el exterior, que sean el resultado de una enfermedad contraída o accidente ocurrido al Asegurado durante el periodo de Duración del Contrato, siempre y cuando estén amparados por el mismo y de acuerdo a los límites y condiciones en él establecidos. Si estos gastos se prolongan después de vencida la póliza, se indemnizarán conforme a los términos de este contrato.

CLÁUSULA 19. DEFINICIONES PARTICULARES

A los efectos de este contrato de seguro se entiende por:

1. **ASEGURADO TITULAR:** ASEGURADO que tiene el derecho a recibir el pago de las indemnizaciones a que hubiere lugar por esta póliza, quien ejercerá los derechos de los ASEGURADOS ante el ASEGURADOR.
2. **ACCIDENTE:** Lesión corporal sufrida por el ASEGURADO, directa e independientemente de cualquier otra causa, por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita y ajena a su voluntad. Las consecuencias inmediatas o directas de dichas lesiones, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como el mismo accidente.
3. **ENFERMEDAD:** Alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que origine reducción de su capacidad funcional y que requiera tratamiento médico o quirúrgico. Las consecuencias inmediatas o directas de dichas alteraciones de la salud, así como sus recurrencias o recaídas, complicaciones y secuelas, se considerarán como la misma enfermedad.
4. **ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Enfermedad o secuela de enfermedad o accidente que pueda comprobarse que haya sido adquirida con anterioridad a la fecha de inicio del contrato de seguro, del aumento de la suma asegurada o de la disminución del deducible o de la inclusión del ASEGURADO en la póliza, y sea conocida por el TOMADOR o el ASEGURADO.
5. **EMERGENCIA MÉDICA:** Alteración de la salud de aparición súbita que requiera atención médica inmediata y que de no hacerse compromete la vida, la función o la integridad corporal.
6. **TRATAMIENTO ELECTIVO:** Tratamiento, intervención quirúrgica, suministro o medicamento, procedimiento u hospitalización que puede ser programado en el tiempo, sin que se ponga en peligro la vida del Asegurado o sin causarle severos trastornos a alguna de sus funciones vitales.
7. **CENTRO MÉDICO ASISTENCIAL:** Instituto de salud público o privado, legalmente autorizado para prestar servicios médicos o quirúrgicos en el país donde se encuentre establecido, y cuyas actividades principales no sean las de baños termales (SPA), hidroclínicas, sanatorios, centro de rehabilitación, curas de reposo, asilo u hogar para ancianos, y que debe estar bajo la supervisión constante de un médico residente.
8. **MÉDICO:** Profesional de la medicina debidamente titulado e inscrito en el Ministerio encargado de la salud o en la institución que legalmente corresponda para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios, cuya especialidad médica esté directamente vinculada con la afección o condición del ASEGURADO. No están incluidos dentro de esta definición otros profesionales como trabajadores sociales o terapeutas, entre otros, aún si son titulados.
9. **ENFERMERA PRIVADA:** Enfermera legalmente autorizada, dedicada exclusivamente al servicio personalizado del ASEGURADO.
10. **MÉDICAMENTO NECESARIO:** Tratamiento, servicio, suministro, medicamento o estancia en un Centro Médico Asistencial que:
 - a. Sea apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o accidente del ASEGURADO;
 - b. No exceda en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
 - c. Haya sido prescrito por un médico .
 - d. Haya sido proporcionado por un Centro Médico Asistencial, Médico o persona legalmente autorizada para el ejercicio de su actividad.
 - e. Sea consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en la comunidad médica internacional o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.
 - f. No pueda ser administrado fuera de la institución donde se encuentra internado el ASEGURADO, sin riesgo para él.

La necesidad médica será avalada por los médicos del ASEGURADOR con base en la definición anterior. El hecho de que un tratamiento, servicio, medicamento u hospitalización haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un médico distinto al del ASEGURADOR no es suficiente para considerarlo como una necesidad médica.

11. **EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO:** Tratamiento, intervención quirúrgica, procedimiento médico, suministro o medicamento, u hospitalización que:
 - a. No haya sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional, o
 - b. Su uso esté restringido a objetivos clínicos disciplinados que posean valor o beneficio para propósitos clínicos de la disciplina y estudios científicos, o
 - c. No se haya probado de manera objetiva, que posea valor o beneficio terapéutico; o
 - d. Esté bajo estudio, investigación, en un período de prueba, o en cualquier fase de un experimento o ensayo clínico.

Cuando se trate de un transplante, los médicos del ASEGURADOR determinarán, cuando un procedimiento en particular, tratamiento, dispositivo, droga o terapia para drogas puede ser considerado como experimental o investigativo.

12. **DEDUCIBLE:** Monto a cargo del ASEGURADO indicado en el CUADRO PÓLIZA, el cual se restará del monto de los Gastos Indemnizables a pagar por el ASEGURADOR por concepto de la reclamación. El monto del deducible será aplicable por ASEGURADO, por cada Enfermedad o Accidente y por cada año de contrato de seguro restituyéndose automáticamente en cada renovación del contrato.
13. **GASTOS RAZONABLES:** Monto, convenido entre el ASEGURADOR y el Centro Médico Asistencial, de los gastos médicos, quirúrgicos y de hospitalización para una determinada intervención quirúrgica o tratamiento médico. Cuando este monto no haya sido convenido, el gasto razonable será el promedio calculado por el ASEGURADOR, de los gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios de Centros Médico Asistenciales ubicados en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella en donde fue atendido el ASEGURADO, los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones, y que de acuerdo a las condiciones de éste contrato se encuentren cubiertos. Dicho promedio será calculado sobre la base de las estadísticas de que disponga el ASEGURADOR de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha cuando el ASEGURADO incurrió en dichos gastos, incrementados según el Índice de Precios al Consumidor del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes, o por los baremos de los centros hospitalarios que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio para un determinado gasto no pueda ser obtenido el gasto razonable será el monto facturado de ese gasto.
14. **PLAN:** Nombre o código de identificación que se asigna a la descripción de coberturas específicas que incluye las sumas aseguradas y demás condiciones definidas en el CUADRO PÓLIZA y en este contrato.
15. **PLAZOS DE ESPERA:** Período de tiempo que debe transcurrir desde la fecha de inclusión del ASEGURADO en la póliza o desde el aumento de suma asegurada, para tener derecho a las indemnizaciones establecidas en el contrato de seguro.

CLÁUSULA 20. INDEMNIZACIÓN

El ASEGURADOR conviene en indemnizar en cada año de contrato de seguro, para cada uno de los ASEGURADOS inscritos, por cada Enfermedad o Accidente, el porcentaje de indemnización

indicado en el CUADRO PÓLIZA sobre los Gastos Razonables que excedan del deducible contratado y hasta la Suma Asegurada.

Los Gastos que excedan de la Suma Asegurada, de los Gastos Razonables, del Porcentaje de indemnización, el Deducible, los impuestos y recargos legalmente aplicables que se deban pagar por los beneficios previstos en este contrato de seguro, estarán a cargo del ASEGURADO, o en caso de los menores de edad, a cargo del ASEGURADO TITULAR.

Los gastos amparados incurridos por tratamientos recibidos fuera del Territorio Nacional y pagados por el ASEGURADO en moneda extranjera, serán indemnizados por el ASEGURADOR en moneda nacional al costo promedio que dicho tratamiento tenga en un Centro Médico Asistencial del país, de similar categoría o equivalente a aquélla donde fue atendido el ASEGURADO.

CLÁUSULA 21. COBERTURAS

El monto de la suma asegurada para cada cobertura será aplicable por ASEGURADO, por cada Enfermedad o Accidente y por cada año de contrato de seguro restituyéndose automáticamente en cada aniversario del contrato.

Si un ASEGURADO, dentro de cada año de contrato de seguro, agota alguna de las coberturas no tendrá derecho a indemnización alguna por el mismo concepto hasta después del aniversario de la póliza.

Las modificaciones en las sumas aseguradas están sujetas a los plazos de espera y demás condiciones establecidas en la póliza, por la cantidad en exceso de la suma inmediata anterior.

CLÁUSULA 22. GASTOS AMPARADOS

Son todos aquellos gastos razonables, médicamente necesarios, que no sean calificados como experimentales o investigativos, incurridos estando este contrato de seguro en vigor, ocasionados por atenciones médicas, hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas a las que deba someterse el ASEGURADO en caso de Enfermedad o Accidente originados una vez transcurridos los plazos de espera y durante el periodo de Duración del contrato.

Los gastos amparados son:

Honorarios Médicos:

- Honorarios del cirujano principal, de ayudantes, del anestesiólogo que permanezca en presencia constante durante el procedimiento quirúrgico con el fin de prestar los servicios de anestesia, del residente y de instrumentistas.
- Honorarios del Médico tratante en caso de tratamiento de enfermedad o accidente, con o sin hospitalización, o de visitas médicas pre y post operatorias.

En caso que se realicen simultáneamente dos o más procedimientos quirúrgicos que configuren una multicirugía, a los efectos del pago de los honorarios se jerarquizarán los procedimientos, indemnizándose primero el acto médico principal más el cincuenta por ciento (50%) de dichos honorarios para las intervenciones secundarias.

Si en el transcurso de una intervención quirúrgica otro equipo de Médicos realizare otra intervención quirúrgica de diferente especialidad a la primera, los honorarios correspondientes a aquellos médicos que no intervinieron en el primer acto quirúrgico, se liquidarán por separado según la intervención efectuada.

Si una intervención se efectuase mediante intervenciones repetidas, estas serán consideradas como una sola para efecto de los honorarios médicos.

Gastos Médicos:

- Hospitalización en habitación sencilla, alimentación del ASEGURADO proporcionados por el Centro Médico Asistencial durante la hospitalización.
- Historia clínica y gastos de admisión en un Centro Médico Asistencial.

- Acompañante.
- Servicio general de enfermería durante la permanencia en una habitación, sala o pabellón y unidad de terapia intensiva.
- Gastos de llamadas telefónicas locales y uso de televisión propiedad del Centro Médico Asistencial.
- Sala de operaciones, sala de recuperación, sala de emergencia.
- Terapia Intensiva y de Cuidados intermedios.
- Medicinas y drogas por prescripción y material médico quirúrgico para los cuales el Centro Médico Asistencial debe certificar el nombre y las cantidades utilizadas o suministradas. No se cubren las medicinas sin la prescripción del médico que atiende al ASEGURADO o si no han sido proporcionadas por proveedores legalmente autorizados.
- Uso de aparatos médicos.
- Anestesia y oxígeno. Terapia respiratoria.
- Transfusiones.
- Procedimientos especiales de diagnóstico: procedimientos que se utilizan para el diagnóstico de la enfermedad tratada, incluyendo Imagenología y Exámenes de Laboratorio.
- Fisioterapia, electroterapia, quimioterapia, radioterapia y medicina nuclear.
- Servicio local de ambulancia utilizado para asistir una emergencia médica amparada por esta póliza para el traslado a un Centro Médico Asistencial ubicado en la misma localidad en la cual se encuentre el ASEGURADO al momento de requerir el servicio.
- Fisioterapia y rehabilitación a consecuencia de accidentes o enfermedades cubiertos.
- Prótesis internas funcionales. Equipos ortopédicos que se requieran para uso permanente.
- Exámenes pre y post operatorios practicados como máximo tres meses antes o después de una intervención quirúrgica cubierta.
- Tratamiento de emergencia necesario para la reconstitución o el reemplazo de piezas dentales naturales sanas, que hayan sido dañadas o perdidas en un accidente cubierto por este contrato de seguro, suministrado dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente, previa aprobación por parte del ASEGURADOR.
- Tratamiento de trastornos y deficiencias mentales, curas de reposo, trastornos del sueño, trastornos funcionales de la conducta, neurosis, depresión, angustia, psicosis, disritmias cerebrales funcionales, demencia senil con o sin hospitalización, efectuado después de dos (2) años contados a partir de la fecha de inclusión del ASEGURADO.
- Tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades preexistentes declaradas en la solicitud y aceptadas por el ASEGURADOR en el Cuadro Póliza o mediante anexo, efectuado después de transcurridos doce (12) meses contados desde la fecha de inclusión del ASEGURADO.
- Septoplastia o Rinoseptoplastia, necesaria a consecuencia de un accidente ocurrido durante la duración del contrato, sujeto a la presentación previa de las radiografías donde conste la lesión, para el tratamiento o remoción de cáncer de la nariz o por infección crónica de sinusitis, efectuada después de transcurridos doce (12) meses contados desde la fecha de inclusión del ASEGURADO.
- **Transplante de órganos:**
 1. Transplantes de:
 - a. Corazón, pulmón, páncreas, riñón e hígado, o alguna combinación de éstos siempre que sean médicamente necesarios;
 - b. Médula ósea autóloga para:

1. Linfoma de Hodgkin o de no-Hodgkin, Fase III A o B; o **Fase IV A o B**;
2. Leucemia aguda linfocítica o no-linfocítica después de la primera o segunda recaída;
3. Tumores de célula embrionaria;
- c. Médula ósea alogénica para:
 1. Anemia aplásica;
 2. Leucemia aguda;
 3. Inmunodeficiencia severa combinada;
 4. Síndrome de Wiskott-Aldrich;
 5. Osteoporosis infantil maligna (enfermedad de Albers Schönberg);
 6. Leucemia mielógena crónica (LMC);
 7. Neuroblastoma, estado III o IV en niños mayores de un año;
 8. Beta talasemia homocigote (talasemia mayor);
 9. Linfoma de Hodgkin o de no - Hodgkin, estado III A o B, o estado IV A o B;

2. Gastos incurridos por la obtención de órganos:

- En caso de transplante, se requerirá una segunda opinión de un médico de la misma especialidad del médico tratante del ASEGURADO. El ASEGURADOR se reserva el derecho de someter la evaluación de la segunda opinión médica, a cualquier médico que estime conveniente cuyos honorarios por este concepto, si los hubiere, estarán a cargo del ASEGURADOR.
- Los beneficios de trasplantes están limitados a dos (2) trasplantes de por vida. Un trasplante de dos (2) órganos realizado durante un mismo acto quirúrgico será considerado como un (1) solo trasplante. La indemnización de un trasplante realizado por segunda vez, debido al fracaso del trasplante inicial, sólo estará amparado si los médicos del ASEGURADOR lo aprueban como médicamente necesario.

CLÁUSULA 23. EXCLUSIONES

No están cubiertos por este contrato de seguro y en consecuencia no darán derecho a indemnización las reclamaciones que tengan su origen en las condiciones indicadas a continuación, así como sus complicaciones y consecuencias:

EXCLUSIONES PERMANENTES:

- a) Atenciones médicas, exámenes o tratamientos ocasionados con fines exclusivamente de diagnóstico, o por chequeos médicos generales o control periódico cuando no hubiere diagnóstico con su correspondiente tratamiento cubierto por este contrato. Tratamientos desensibilizantes para alergias. Atenciones a estados gripales y aplicación de vacunas.
- b) Enfermedades Preexistentes no calificadas como Exclusiones Temporales, secuelas de accidentes o intervenciones quirúrgicas ocurridas antes de la inclusión del ASEGURADO o del incremento de la suma asegurada, según las condiciones de este contrato de seguro. Enfermedades o malformaciones congénitas, Mamas supernumerarias, fimosis, parafimosis, labio leporino con o sin hendidura palatina, anomalías cardiovasculares, luxación congénita de cadera y otras anomalías ortopédicas. Enfermedades congénitas de ASEGURADOS recién nacidos cuya madre no se encuentre cubierta por este contrato de seguro para el momento del nacimiento.
- c) Cirugía plástica, cosmética o reconstructiva. Tratamiento quirúrgico de patología no tumoral de las glándulas mamarias o mastoplastia reductora con fines estéticos o funcionales.
- d) Tratamientos odontológicos o periondontológicos, quirúrgicos o no. Gastos por el tratamiento de problemas en la mandíbula, incluyendo el síndrome témporo-mandibular,

- cráneo-mandibular, desórdenes u otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura.
- e) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas por disfunciones o insuficiencias sexuales, menopausia, andropausia, osteoporosis post menopáusica, impotencia, frigidez, esterilización, inversión de la esterilización, cambio de sexo, anticonceptivos, infertilidad o esterilidad, inseminación artificial o implantación de embriones in-Vitro. Enfermedades de transmisión sexual, infecciones por VPH.
 - f) Embarazo, abortos provocados sin fines terapéuticos, embarazo ectópico, parto normal o con fórceps, cesárea, tratamientos y controles pre y post natales.
 - g) Tratamientos, estudios o intervenciones quirúrgicas por alteraciones del crecimiento de la talla corporal, obesidad, reducción de peso, calvicie, cosméticos de la piel o de varicosidades de miembros inferiores.
 - h) Transplante de órganos cuando el donante no es humano o cuando al receptor se le proporciona equipo artificial o mecánico o artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos.
 - i) Suministro o ajuste de bragueros, brazos, ojos, dientes artificiales, fajas, prótesis externas o no funcionales, aparatos mecánicos o electrónicos, equipos ortopédicos o aparatos para mejorar la audición o corregir refracciones visuales, anteojos, exámenes optométricos y lentes, lentes de contacto o cirugía para corregir defectos de la refracción de la visión.
 - j) Tratamientos para callos, callosidades, hipertrofia o hiperplasia de los pies, eliminación parcial de las uñas de los pies, tratamiento de pies débiles o planos, espuela metatarsálgica o bunio, zapatos especiales.
 - k) Epidemias. Enfermedades y lesiones causadas por radiaciones nucleares, energía atómica, isótopos radioactivos o cualquier tipo de radiación, contaminación radioactiva o por terapia de rayos X, radioterapia, o de isótopos, aplicada sin la disposición o supervisión médica correspondiente.
 - l) Tratamientos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), del Síndrome Complejo Relativo al SIDA (SCRS), de enfermedades causadas por o relacionadas con el virus HIV y Sarcoma de Kaposi.
 - m) Gastos por aires acondicionados, humidificadores, purificadores de aire, bolsas de agua, equipos de hospital, enemas o equipos similares a éstos, para ser usados en la residencia del ASEGURADO.
 - n) Gastos por drogas y medicinas que no hayan sido recetadas por el médico que trata al ASEGURADO o que no sean médicamente necesarias y gastos de material médico quirúrgicos, medicinas o drogas para los cuales no se hayan indicado los nombres y las cantidades utilizadas.
 - o) Gastos incurridos por servicios de enfermeras privadas, de custodia o cuidado de la salud en el hogar o servicios proporcionados en un centro o institución de convalecencia, spa, asilo u hogar de ancianos u otra institución similar. Gastos incurridos por el acompañante del ASEGURADO.
 - p) Tratamientos, intervenciones quirúrgicas, medicinas no aceptados por la Federación Médica Venezolana. Tratamientos de acupuntura para combatir cualquier clase de dolor o tratamientos fisiológicos, homeopatía, medicina naturista, alternativa o estética, terapia celular y uso de la cámara hiperbárica. Tratamientos de crío-preservación o crío genéticos, o de implantación o reimplantación de células vivas. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas experimentales o investigativos.
 - q) Terapia ocupacional, Educacional, recreacional o de lenguaje.
 - r) Servicios prestados por acompañantes o personal médico o paramédico que tenga parentesco con el ASEGURADO, dentro del segundo grado de consanguinidad o de afinidad, por el Estado o por otra organización o institución médico asistencial que no exija pago alguno.

- s) Enfermedades, Accidentes o tratamientos, resultantes del uso o dependencia del alcohol, drogas estupefacientes y sustancias psicotrópicas no prescritas médicamente.
- t) Lesiones o enfermedades adquiridas a consecuencia de actos de guerra, revoluciones, invasiones, operaciones u hostilidades bélicas, energía atómica o fenómenos catastróficos de la naturaleza, durante la prestación del servicio militar en cualquier fuerza, así como las que resulten de la participación activa en alteraciones del orden público, huelgas, motines, conmociones civiles, terrorismo o desafíos privados o a normativas legales.
- u) Lesiones a consecuencia de suicidio o tentativa de suicidio, lesiones causadas voluntariamente por sí mismo o por terceros con su consentimiento u ocasionadas por participación en riñas o actos delictivos, donde no se demuestre que se ha tratado de legítima defensa.
- v) Lesiones por causa de Accidentes ocurridos en viajes aéreos como piloto o tripulante o como pasajero en aeronaves no pertenecientes a líneas regulares con vuelos e itinerarios establecidos o cuando las naves no están registradas ni autorizadas para el transporte público de pasajeros.
- w) Lesiones sufridas como consecuencia de la práctica de actividades, competencias o deportes notoriamente peligrosos, carreras de automóviles y motocicletas, lucha, montañismo, paracaidismo, vuelo en ícaro, cacería, pesca submarina, boxeo, deportes extremos o cualquier deporte que exponga, por irresponsabilidad, desconocimiento o por circunstancias agravantes, la vida del ASEGURADO

EXCLUSIONES TEMPORALES:

- a) Trastornos y deficiencias mentales, curas de reposo, trastornos del sueño, trastornos funcionales de la conducta, tales como: neurosis, depresión, angustia, psicosis, disritmias cerebrales funcionales, demencia senil con o sin hospitalización, efectuado durante los dos (2) primeros años contados a partir de la fecha de inclusión del ASEGURADO en la póliza.
- b) Tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades preexistentes declaradas en la solicitud y aceptadas por el ASEGURADOR y efectuados durante los primeros doce meses (12) contados desde la fecha de inclusión del ASEGURADO en la póliza.
- c) Septoplastia o Rinoseptoplastia efectuada durante los primeros doce (12) meses contados desde la inclusión del ASEGURADO en la Póliza.
- d) Transplante de órganos efectuados durante los primeros doce (12) meses contados desde la inclusión del ASEGURADO en la Póliza.

CLÁUSULA 24. PLAZOS DE ESPERA

Se establecen los siguientes Plazos de Espera, para los tratamientos médicos, hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas a consecuencia de:

| Condición | Plazo de Espera |
|--|-----------------------|
| Accidente ocurrido después de la inclusión del ASEGURADO | Ninguno |
| Enfermedad contraída u originada después de la fecha de inclusión del ASEGURADO | Seis (6) meses |

CLÁUSULA 25. EXTENSIÓN GEOGRÁFICA DEL SEGURO

Los beneficios que otorga este contrato de seguro tienen validez en cualquier parte del mundo donde se encuentre el ASEGURADO para la atención médica de una enfermedad, intervención quirúrgica o lesiones causadas por accidente. Además, los ASEGURADOS podrán escoger los Centros Médicos Asistenciales y los profesionales que habrán de suministrarle los servicios médicos que requieran.

CLÁUSULA 26. SISTEMAS DE PAGO

Para el pago de las indemnizaciones, el ASEGURADO TITULAR seleccionará si desea que este sea efectuado a alguno de los Centros Médico Asistenciales disponibles para este fin o directamente a él, para lo cual el ASEGURADOR pone a disposición del ASEGURADO los siguientes sistemas:

Pago Directo a Clínicas: En caso de emergencia médica o de tratamiento médico electivo y una vez que el ASEGURADOR haya determinado la cobertura para el caso presentado en función de las condiciones de este contrato de seguro, otorgará el documento o compromiso de pago al Centro Médico Asistencial afiliado que prestará los servicios médicos. En caso de Emergencia Médica el compromiso de pago se hará mediante una clave de emergencia y en caso de Tratamiento Médico Electivo el documento de pago será una carta aval, sin perjuicio de cualquier otro procedimiento o documento que el Centro Médico Asistencial afiliado y el ASEGURADOR hubiesen convenido.

Pago por Reembolso: La indemnización a que hubiere lugar, según las condiciones de este contrato de seguro, se pagará directamente al ASEGURADO TITULAR, si este así lo hubiera seleccionado o si el ASEGURADOR no pudiese otorgar el Pago Directo a Clínicas, bien por que el Centro Médico Asistencial no estuviere afiliado, el ASEGURADOR no pudiese tener a disposición todos los elementos necesarios para el análisis del caso o si el Pago Directo solicitado no correspondiere al tipo de servicio médico requerido. En caso de fallecimiento del Asegurado Titular el pago se efectuará a sus beneficiarios.

El Asegurado podrá solicitar al Asegurador, mediante los mecanismos dispuestos para ello información de los Centros Médicos Asistenciales afiliados o concertados y del estatus de su solicitud de documento o compromiso de pago. Así mismo, a solicitud del Asegurado, el Asegurador podrá efectuar la solicitud de citas para atenciones médicas o exámenes cubiertos por la póliza y suministrarle información acerca de las mismas.

CLÁUSULA 27. DECLARACIONES FUNDAMENTALES ESPECÍFICAS

Además de los documentos indicados en la CLÁUSULA 3. DECLARACIONES FUNDAMENTALES de las Condiciones Generales, se consideran declaraciones fundamentales y forman parte de los documentos del contrato, las señaladas en la solicitud de seguro y en los cuestionarios de seguro, las declaraciones, documentos e informes que hayan servido para la evaluación del riesgo en el caso de inclusión de nuevos ASEGURADOS y de modificaciones en la suma asegurada.

CLÁUSULA 28. DEVOLUCIÓN DE PRIMA

Las primas pagadas en exceso, de acuerdo con todo lo previsto en las Condiciones de este contrato, no darán lugar a cobertura extra, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses de dicha prima, aun cuando las mismas hubieren sido aceptadas formalmente por el ASEGURADOR.

El fallecimiento de cualquier ASEGURADO no obliga a devolución de la prima por parte del ASEGURADOR. El pago de la prima cesará, en todo caso, en la fecha de exigibilidad de la prima siguiente al fallecimiento del mismo, salvo lo dispuesto en la CLÁUSULA 32. CONTINUIDAD DEL SEGURO.

Producido un siniestro cubierto por esta póliza, el ASEGURADOR podrá exigir el pago de las primas vencidas o descontar su importe del monto de la indemnización a pagar.

CLÁUSULA 29. CÁLULO DE LA EDAD DEL ASEGURADO

La edad del ASEGURADO se calculará de acuerdo con la fecha de nacimiento declarada en la solicitud de seguro y será la correspondiente al cumpleaños más cercano a la fecha de celebración de este contrato de seguro. Este mismo criterio será utilizado en las sucesivas renovaciones del contrato de seguro.

CLÁUSULA 30. PERSONAS ASEGURABLES

Podrán inscribirse en la Póliza y ser ASEGURADOS las personas relacionadas con el ASEGURADO TITULAR mediante parentesco de hasta tercer grado de consanguinidad o segundo grado de afinidad, siempre que gocen de buena salud, sean menores de setenta (70) años de edad, convivan o dependan económicamente de él y sea pagada la prima correspondiente en el momento de su exigibilidad.

CLÁUSULA 31. INCLUSIÓN DE ASEGURADOS

Las personas asegurables que no hayan sido inscritas en la póliza al momento de la celebración del contrato, podrán inscribirse en cualquier fecha posterior, comenzando la efectividad del seguro desde el momento cuando se reciba la solicitud o en fecha posterior, y su inclusión sea aceptada por el ASEGURADOR.

La inclusión de un nuevo ASEGURADO causa una prima adicional a cargo del TOMADOR, cuya falta de pago originará los mismos efectos que la falta de pago de la prima establecida en las condiciones generales del contrato de seguro.

Queda entendido que todos los ASEGURADOS gozarán de los beneficios previstos en la póliza, una vez transcurridos los plazos indicados en la CLÁUSULA 24. CLÁUSULA 6. CLÁUSULA 5. de Plazos de Espera de las Condiciones Particulares, del Anexo de Maternidad y del Anexo de Servicio Funerario respectivamente, y estarán sujetos a las condiciones y limitaciones establecidas en los mismos y si estos dos (2) últimos hubieren sido contratados.

Los hijos cuyos partos haya sido cubierto por este contrato de seguro, estarán cubiertos desde la fecha de su nacimiento, sin sujeción a lo indicado en la CLÁUSULA 24. CLÁUSULA 6. CLÁUSULA 5. de Plazos de Espera de las Condiciones Particulares, del Anexo de Maternidad y del Anexo de Servicio Funerario respectivamente, si estos últimos hubieren sido contratados, siempre y cuando sean inscritos dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de su nacimiento. La prima a pagar por este ASEGURADO se calculará desde la fecha de su nacimiento hasta la fecha de finalización de la Duración del Contrato y será exigible una vez incluido el ASEGURADO en el CUADRO PÓLIZA.

CLÁUSULA 32. CONTINUIDAD DEL SEGURO

Cualquier ASEGURADO distinto al ASEGURADO TITULAR, mayor de dieciocho (18) años de edad, podrá notificar por escrito al ASEGURADOR el deseo de continuar ASEGURADO y celebrar un nuevo contrato de seguro, considerándose en ese nuevo contrato los derechos adquiridos por él hasta ese momento, en caso de:

- Fallecimiento del ASEGURADO TITULAR o del TOMADOR, debiendo notificarse al ASEGURADOR dentro de los treinta (30) días continuos antes del vencimiento del contrato de seguro; En caso contrario, éste se dará por terminado y sin efecto a partir de la siguiente renovación.
- Contraer matrimonio, disponiendo de un lapso de treinta (30) días continuos para celebrar separadamente otro contrato de seguro.

- Adquirir independencia económica, disponiendo de treinta (30) días continuos para celebrar separadamente otro contrato de seguro.

CLÁUSULA 33. EXÁMENES MÉDICOS

Para la celebración del contrato, el ASEGURADOR podrá exigir a quienes aspiren a ser ASEGURADOS bajo la misma, que se sometan a un examen médico que será practicado por profesionales señalados por el ASEGURADOR.

Igualmente, durante la Duración del Contrato, el ASEGURADOR podrá requerir al ASEGURADO que se someta, dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a esta solicitud, a exámenes practicados por médicos señalados por la misma, cuando sea razonablemente necesario, a fin de constatar y controlar el estado de salud de dicho ASEGURADO, antes o con posterioridad a la realización de riesgos cubiertos por esta póliza. Los gastos que ocasionen este requerimiento son asumidos por el ASEGURADOR.

Así mismo, el ASEGURADO deberá suministrar todas las informaciones requeridas por el ASEGURADOR sobre su estado de salud, antes y después de la expedición de la póliza y autoriza a los profesionales o instituciones donde hubieran sido o sean tratados, a que suministren por su cuenta toda la información necesaria para integrar una cabal y completa historia clínica en cada caso.

De igual forma, el ASEGURADOR podrá, cuando lo crea necesario, solicitar a su costa la autopsia de cualquier ASEGURADO, siempre que no exista prohibición al respecto.

El incumplimiento de las anteriores obligaciones del ASEGURADO permitirá al ASEGURADOR dar por terminado el contrato de seguro, cuando dicho incumplimiento se presentare antes de la ocurrencia de un siniestro; si se presentare después, el ASEGURADOR quedará exonerado de responsabilidad por ese siniestro quedando a salvo el ejercicio de las acciones que por daños y perjuicios pudiere intentar.

CLÁUSULA 34. CAMBIO DE PLAN

El TOMADOR y el ASEGURADO TITULAR tienen el derecho de solicitar por escrito al ASEGURADOR, después de la celebración de este contrato, cambios en las coberturas originalmente contratadas. Es condición para tener derecho a esta modificación que hayan transcurrido, al menos, seis (6) meses de la Duración del Contrato y además que el TOMADOR pague la prima a que hubiere lugar, en la fecha de su exigibilidad, reservándose en todo caso el ASEGURADOR el derecho de aceptar o no tal solicitud, quedando sujeto a las condiciones, restricciones y limitaciones establecidas en este contrato de seguro.

Salvo convención en contrario establecida en Anexo emitido a tal efecto, los aumentos de suma asegurada solicitados por el Asegurado o por el Tomador, estarán sujetos a Plazos de Espera. Las reclamaciones ocurridas desde la fecha del aumento y hasta antes de la finalización de los Plazos de Espera se indemnizarán sobre la base de las sumas aseguradas anteriores, si los Plazos de Espera para éstas ya hubiesen sido superados.

Toda modificación se efectuará mediante la emisión por parte del ASEGURADOR del correspondiente anexo o CUADRO PÓLIZA debidamente suscrito por las PARTES y aprobado por la Superintendencia de Seguros.

CLÁUSULA 35. NOTIFICACIÓN DE LA RECLAMACIÓN AL ASEGURADOR

El ASEGURADO deberá notificar por escrito al ASEGURADOR, por sí mismo o por alguien actuando en su nombre, sobre su intención de utilizar el sistema de Pago Directo a Clínicas con anticipación de por lo menos cinco (5) días hábiles en caso de Tratamientos Electivos, se deberá

presentar el presupuesto de gastos y honorarios médicos, los informes y resultados de exámenes médicos practicados hasta la fecha con indicación del diagnóstico y tratamiento a efectuar. En caso de Emergencias Médicas, la notificación deberá hacerse, por el ASEGURADO o por el Centro Médico Asistencial, dentro de los cinco (5) días hábiles después de haber comenzado la condición que requiera el servicio médico y antes de que el ASEGURADO sea dado de alta del Centro Médico Asistencial.

Si la notificación no se efectúa dentro de los plazos establecidos anteriormente, salvo causa extraña no imputable al TOMADOR, al ASEGURADO o al BENEFICIARIO, la reclamación deberá ser presentada para su indemnización mediante el sistema de Pago por Reembolso.

Una vez recibida toda la documentación correspondiente, el ASEGURADOR, sobre la base de la elección del ASEGURADO y a las condiciones de este contrato de seguro otorgará el documento o compromiso de pago al Centro Médico Asistencial en los casos de emergencia. Para los casos de Tratamientos Electivos otorgará el documento o compromiso de pago al ASEGURADO TITULAR. El ASEGURADOR se reserva el derecho de otorgar el documento o compromiso de pago en aquellos casos donde la información suministrada no esté completa o cuando no se haya comprobado su cualidad de Medicamento Necesarios.

CLÁUSULA 36. TRÁMITES PARA LA RECLAMACIÓN.

Para el pago de la indemnización, el ASEGURADO, por sí mismo o a través de personas que obren en su nombre y representación, deberá presentar al ASEGURADOR dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha de terminación de la hospitalización, de la intervención quirúrgica o del inicio del tratamiento médico, una reclamación formal en el formulario de declaración e informe de siniestro con toda la información allí especificada, que acredite fehacientemente la ocurrencia y cuantía del siniestro, acompañada de las facturas o comprobantes originales de pago de los servicios médicos u hospitalarios a que haya sido sometido, debidamente cancelados autenticados por los médicos o instituciones de donde tales cuentas o comprobantes provinieran y firmadas por el ASEGURADO en señal de conformidad, así como toda la información relativa a las circunstancias que dieron lugar a los servicios cuyo pago se solicita, informes médicos, récipes de medicinas, resultados de los exámenes y cualquier otro que el ASEGURADOR razonablemente pueda requerir. En los casos que el ASEGURADOR requiera documentos adicionales podrá solicitarlos en una sola oportunidad dentro de los treinta (30) días siguientes a la entrega del último recaudo y el ASEGURADO deberá entregar los recaudos dentro de los treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de solicitud. El ASEGURADOR tiene derecho de solicitar al ASEGURADO que recurra a una segunda opinión médica. En el caso de que la segunda opinión médica difiera de la opinión original obtenida del médico tratante, el ASEGURADOR podrá solicitar al ASEGURADO que recurra a una tercera opinión médica, siempre que la tercera opinión se obtenga de un médico que sea reconocido o aceptado por el ASEGURADOR y de la especialidad médica relacionada con la enfermedad. Los GASTOS RAZONABLES incurridos por una segunda y tercera opinión médica correrán por cuenta del ASEGURADOR.

El pago de las indemnizaciones previstas en este contrato de seguro se efectuará al ASEGURADO TITULAR o directamente al Centro Médico Asistencial, según sea el caso.

Si se trata de un accidente, el ASEGURADO TITULAR además de lo indicado, deberá entregar al ASEGURADOR una declaración por escrito suministrando todos los datos referentes al accidente y circunstancias en que se produjo.

CLÁUSULA 37. PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

El ASEGURADOR procederá al pago de la reclamación de acuerdo a lo establecido en este contrato de seguro dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la recepción de los

documentos antes indicados y de las informaciones completas relacionadas y solicitadas sobre la reclamación. El pago será entregado a los BENEFICIARIOS con el finiquito correspondiente, el cual deberá ser firmado en señal de aceptación.

Si posteriormente al pago de una reclamación el ASEGURADOR llegare a comprobar que el mismo era improcedente, de acuerdo con las Condiciones del contrato, el ASEGURADOR podrá solicitar, judicial o extrajudicialmente, al ASEGURADO TITULAR, el reintegro total o parcial de dicho pago.

CLÁUSULA 38. RECHAZO DEL SINIESTRO

Los BENEFICIARIOS tienen derecho a ser notificados dentro de los treinta (30) días hábiles contados a partir de la fecha de recepción por parte del ASEGURADOR de toda la información y recaudos requeridos para la liquidación del siniestro, de las causas de hecho y de derecho que a juicio del ASEGURADOR justifican el rechazo total o parcial de la indemnización.

CLÁUSULA 39. INDISPUTABILIDAD

Transcurridos tres (3) años consecutivos contados a partir de la fecha de inclusión del ASEGURADO en la póliza o de aumento de la suma asegurada solicitada por el TOMADOR, el ASEGURADOR no podrá anular o negarse a renovar este contrato de seguro, salvo en caso de que aplique la CLÁUSULA 42. TERMINACIÓN DEL SEGURO.

Las condiciones existentes a la fecha de inclusión del ASEGURADO en la póliza o a la de aumento de suma asegurada solicitado por el TOMADOR o el ASEGURADO TITULAR, tendrán cobertura una vez que el ASEGURADO haya completado los plazos de espera establecidos, siempre y cuando hayan sido expresamente aceptadas por el ASEGURADOR mediante anexo firmado por las partes, y no existan circunstancias de dolo o fraude.

CLÁUSULA 40. COOPERACIÓN DE LOS ASEGURADOS

El ASEGURADO deberá cooperar diligentemente y se esforzará para que se tomen todas las medidas que fuese posible adoptar para que se reduzcan al máximo las consecuencias que motivaron la atención médica o intervención quirúrgica y vigilará que el costo de los servicios que reciba sea adecuado y que refleje los servicios efectivamente recibidos. Así mismo, se obliga a certificar la exactitud de las reclamaciones y autoriza en forma plena y suficiente a los médicos, autoridades e instituciones a proporcionar al ASEGURADOR cualquier información acerca de su estado físico y demás circunstancias que originaron reclamaciones y al ASEGURADOR para solicitar dicha información.

CLÁUSULA 41. OTROS SEGUROS

Al momento de solicitar la celebración de este contrato, o al solicitar la inclusión de otra persona asegurable, el ASEGURADO TITULAR está obligado a declarar por escrito al ASEGURADOR cualquier otro seguro vigente que haya suscrito sobre el mismo interés asegurado.

Si en el momento de ocurrir una reclamación, el ASEGURADO estuviese cubierto por otro seguro que le proporcione igual o similares beneficios a los ofrecidos por este contrato, escogerá el orden de presentación de las reclamaciones y en un plazo de cinco (5) días hábiles contados desde la fecha del siniestro está en la obligación de notificarlo al ASEGURADOR. Cada empresa de seguros indemnizará de acuerdo con los niveles de beneficios estipulados en sus respectivos seguros y el total de indemnizaciones no podrá exceder el total de los gastos incurridos.

CLÁUSULA 42. TERMINACIÓN DEL SEGURO

Adicionalmente a lo establecido en la CLÁUSULA 12. Terminación del Contrato de las Condiciones Generales, el seguro de cualquiera de los Asegurados incluidos en la póliza terminará automáticamente cuando algún ASEGURADO pierda tal calidad. En este caso, los beneficios del seguro terminan únicamente para esa persona, de acuerdo con los términos de este contrato de seguro.

CLÁUSULA 43. RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADOR

La responsabilidad del ASEGURADOR se limita únicamente al pago de los gastos amparados en esta póliza. En ningún caso responderá por las consecuencias de los actos del personal médico o paramédico que intervenga en la asistencia del ASEGURADO o por los servicios que le proporcione cualquier Centro Médico Asistencial, de diagnóstico o farmacéuticos.

CLÁUSULA 44. SUBROGACIÓN

Una vez que el ASEGURADOR haya pagado la indemnización, se subroga en todos los derechos y acciones del TOMADOR, del ASEGURADO y del BENEFICIARIO contra los terceros responsables, hasta por el monto indemnizado por él. Salvo en el caso de dolo, la subrogación no se efectuará si el daño hubiere sido causado por los descendientes, por el cónyuge, por la persona con quien mantenga unión estable de hecho, por otros parientes del ASEGURADO o personas que convivan permanentemente con él o por las personas por las cuales deba responder civilmente.

EL ASEGURADOR tendrá el derecho de recuperar de cualesquiera fuentes, los pagos hechos con base en este contrato por lesiones sufridas por el ASEGURADO, ya sean causadas por terceras personas o mientras el ASEGURADO utiliza o maneja vehículos o equipos propios o de terceras personas.

CLÁUSULA 45. OTRAS COBERTURAS

Además de la cobertura especificada en estas Condiciones Particulares y mediante el pago de la prima correspondiente, el Tomador podrá contratar los siguientes anexos, los cuales formarán parte integrante del Contrato de Seguro si aparecen así indicados en el CUADRO POLIZA:

- Anexo de Maternidad, en cuyo caso queda sin efecto la exclusión permanente señalada con la letra f en la CLÁUSULA 23. EXCLUSIONES.
- Anexo de Contingencias Extremas.
- Anexo de Servicio Odontológico.
- Anexo de Asistencia en Viajes.
- Anexo de Servicio Funerario.

Otorgado por las partes en el lugar y fecha indicados en el CUADRO PÓLIZA.

ASEGURADOR

TOMADOR

Sede Principal: AV. Francisco de Miranda, Entre Calle El Muñeco y Naiguata, Urb. Chacao Torre KPMG- Caracas. Telfs.:(0212) 2636011/ 2637011/ 2638011
Aprobado por la Superintendencia de Seguros Mediante Oficio N° 10715 de fecha 19/02/2005

ANEXO DE ASISTENCIA EN VIAJES

CLÁUSULA 1. APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

Este anexo, si aparece así indicado en el CUADRO POLIZA, forma parte integrante del Contrato de Seguro **BANESCO SALUD INTEGRAL** emitida a nombre del **TOMADOR**. Esta inclusión causa una prima adicional a cargo del **TOMADOR**, que estará sujeta a los mismos términos y condiciones establecidos en las condiciones de la póliza enmendado por este **ANEXO**, incluyendo pero no limitado a las disposiciones sobre exigibilidad de la prima y los efectos de su falta de pago. Todas las cláusulas establecidas en las Condiciones Generales y Particulares de este contrato de seguro, serán aplicables al presente Anexo, a menos que surjan contradicciones entre ambas, en cuyo caso se aplicarán las de éste último. Quedan vigentes los demás Anexos que no hayan sido expresamente modificados por éste.

CLÁUSULA 2. DEFINICIONES

1. **RESIDENCIA HABITUAL:** Dirección de habitación, ubicada dentro del territorio de la República Bolivariana de Venezuela.
2. **VIAJE:** Ausencia del ASEGURADO de su Residencia Habitual por un periodo no mayor a noventa (90) días continuos, siempre y cuando al momento del siniestro se encontrare a mas de cien (100) Km. de la misma.
3. **ACCIDENTE EN VIAJE:** accidente cubierto por este contrato de seguro, ocurrido mientras el ASEGURADO se encuentre de Viaje.
4. **ENFERMEDAD EN VIAJE:** Alteración de la salud o afección física que sufra el ASEGURADO de carácter agudo, aparición súbita y que tenga como consecuencia una reducción de la capacidad funcional del ASEGURADO, originada durante un Viaje.
5. **PROVEEDOR:** Institución legalmente autorizada para suministrar los servicios de asistencia al ASEGURADO. El proveedor es un contratista independiente y las consecuencias de la prestación de sus servicios no generarán responsabilidad por parte del ASEGURADOR.
6. **CENTRAL DE ALARMA:** Centro de operaciones del Proveedor para el contacto directo con el ASEGURADO donde podrá solicitar, durante las veinticuatro (24) horas del día y durante todo el año los servicios de asistencia que se especifican en este anexo.

CLÁUSULA 3. COMPROMISO DEL ASEGURADOR

Este Anexo tiene por objeto otorgar al ASEGURADO mientras se encuentre de viaje durante la Duración del Contrato, los servicios de asistencia aquí especificados, en caso de enfermedad en Viaje o Accidente en Viaje:

SERVICIOS DE ASISTENCIA EN VIAJES NACIONALES E INTERNACIONALES

Los servicios que se detallan a continuación operan dentro y fuera del Territorio Nacional.

A) REFERENCIA MÉDICA

Si durante un viaje el ASEGURADO necesitare asesoramiento médico, podrá solicitarlo al Proveedor a través de la Central de Alarma, quien le indicará el procedimiento a seguir, se ocupará de que se realice un diagnóstico apropiado

mediante la visita personal de un médico o con la coordinación de una cita en un Centro Médico Asistencial.

B) TRASLADO MÉDICO

Si durante un viaje el ASEGURADO sufiere una Enfermedad en Viaje o un Accidente en Viaje cubierto por este Anexo, que requiera su traslado a un centro hospitalario o a su residencia habitual y no lo pudiera hacer por sus propios medios, el Proveedor, de común acuerdo con el Médico Tratante y según la gravedad de la afección y la naturaleza de las lesiones o de la enfermedad, organizará y efectuará su traslado en el medio de transporte más idóneo, haciéndose cargo de todos los gastos suplementarios de ambulancias locales desde y hasta los aeropuertos y, si fuere necesario, acompañado de un médico o una enfermera. En este caso, el ASEGURADO o su representante Legal deberán entregar al Proveedor el boleto original de transporte, o su equivalente en efectivo, si tuviere derecho a reembolso del mismo.

C) BOLETO DE IDA Y VUELTA PARA UN ACOMPAÑANTE.

Si durante un viaje, el ASEGURADO, como consecuencia de Enfermedad en Viaje o Accidente en Viaje cubierto por este Anexo, debiere permanecer hospitalizado por un período mayor a cinco (5) días, el Proveedor facilitará a una persona designada por el ASEGURADO, que viva en el país, un boleto de ida y vuelta en clase turista, hasta el lugar donde se encontrare el ASEGURADO.

D) ESTANCIA PARA UN ACOMPAÑANTE

Si durante un viaje, el ASEGURADO, como consecuencia de Enfermedad en Viaje o Accidente en Viaje cubierto por este Anexo, debiere permanecer hospitalizado por un período mayor a cinco (5) días, el Proveedor organizará y pagará la estancia del acompañante designado por el ASEGURADO en una habitación de hotel y por un máximo de diez (10) días, a razón de ochenta mil bolívares (Bs. 80.000) por día en Territorio Venezolano y de ciento cincuenta dólares (US\$ 150) por día en el exterior .

E) REGRESO ANTICIPADO

Si durante un viaje del ASEGURADO se produjere el fallecimiento súbito o accidental de su cónyuge o de algún familiar dentro del primer grado de consanguinidad, el Proveedor organizará y tramitará el retorno anticipado del ASEGURADO a su Residencia Habitual y tomará a su cargo los gastos suplementarios ocurridos en caso de no poder utilizar el boleto original.

F) INFORMACIÓN DE VIAJES

El Proveedor facilitará a petición del ASEGURADO información referente a:

- Requisito de ingreso a países extranjeros como visados, vacunas.
- Direcciones y números de teléfono de las Embajadas y consulados venezolanos.

SERVICIOS DE ASISTENCIA SOLO EN VIAJES INTERNACIONALES

Los servicios que se detallan a continuación operarán únicamente fuera del Territorio Nacional.

G) GASTOS MÉDICOS

Si durante un Viaje, el ASEGURADO sufiere una Enfermedad en Viaje o Accidente en Viaje cubiertos por este Anexo, el Proveedor organizará los servicios médicos necesarios y pagará los gastos incurridos por honorarios médicos, gastos de hospitalización, intervenciones quirúrgicas y otros tratamientos médicos hasta por

cinco mil dólares (US\$ 5.000), incluyendo un tope de quinientos dólares (U.S.\$500) por gastos farmacéuticos no hospitalarios.

Están cubiertos también los gastos por afecciones dentales agudas de emergencia hasta por quinientos dólares (U.S.\$500).

H) GASTOS DE HOTEL POR CONVALECENCIA

Si inmediatamente después de haber sido dado de alta de un Centro Médico Hospitalario, después de recibir asistencia médica a consecuencia de Enfermedad en Viaje o Accidente en Viaje cubierto por este Anexo, el ASEGURADO por prescripción médica necesitare para su recuperación prolongar su estancia en un hotel, el Proveedor pagará su alojamiento en un hotel escogido por el ASEGURADO, quedando este beneficio limitado a ciento cincuenta dólares (U.S.\$ 150) diarios, por un máximo de diez (10) días.

I) REPATRIACIÓN O ENTIERRO LOCAL EN CASO DE FALLECIMIENTO

Si durante un viaje, el ASEGURADO falleciere a consecuencia de una Enfermedad en Viaje o Accidente en Viaje cubierto por este Anexo, el Proveedor realizará las acciones necesarias para cumplir con las formalidades oficiales y organizará, tramitará y pagará:

- a. El traslado del cuerpo o de las cenizas al lugar de sepultura en la localidad de la Residencia Habitual. No quedan incluidos los gastos de funeral, sepultura o entierro.
- b. A solicitud del representante del ASEGURADO, el entierro en la localidad del fallecimiento hasta por el monto equivalente al costo de la repatriación de los restos según lo establecido en el aparte anterior.

J) TRANSMISIÓN DE MENSAJES

Si el ASEGURADO sufre una Enfermedad en Viaje o Accidente en Viaje cubiertos por este Anexo, el Proveedor se encargará de transmitir los mensajes urgentes que le encargue el ASEGURADO derivados de los servicios indicados en este Anexo.

K) BÚSQUEDA Y TRANSPORTE DE EQUIPAJES

En caso de robo o extravío de equipaje, el Proveedor prestará asesoramiento al ASEGURADO para la denuncia de los hechos, ayudará en su búsqueda y se encargará del traslado de los mismos hasta el lugar donde se encuentre el ASEGURADO o hasta su Residencia habitual.

L) ANTICIPO DE FIANZA PENAL

Si durante un viaje, el ASEGURADO requiere de una Fianza para obtener su libertad provisional en caso de un arresto o detención como consecuencia de un Accidente en Viaje en automóvil, el Proveedor hará los arreglos necesarios para otorgar el depósito de garantía hasta por la cantidad de cinco mil dólares (U.S. \$ 5.000) o su equivalente en moneda local.

La cantidad adelantada deberá ser reembolsada al Proveedor en un plazo no mayor de noventa (90) días, contados a partir de la fecha cuando se otorgó la fianza, o de inmediato, en caso que la misma sea liberada por las autoridades correspondientes antes de haber transcurrido dicho plazo.

Antes de recibir cualquier adelanto, el ASEGURADO o su Representante Legal deberán firmar un reconocimiento de deuda o una autorización para debitar de una cuenta bancaria del ASEGURADO el importe equivalente al adelanto.

CLÁUSULA 4. EXCLUSIONES

En adición a las exclusiones establecidas en la **CLÁUSULA 23. EXCLUSIONES** de las condiciones particulares de este contrato de seguro, quedan excluidas las reclamaciones que sean consecuencia de:

- a) Cualquier Enfermedad , o su convalecencia, calificada como preexistente, congénita, recurrente, mental o alienación, al igual que las conocidas o diagnosticadas antes del inicio de un viaje .
- b) Embarazo durante los tres (3) últimos meses anteriores a la fecha prevista del parto así como éste último y sus exámenes de control.
- c) Gastos relativos a anteojos, aparatos auditivos, lentes de contacto y cualquier tipo de prótesis.
- d) Tratamiento de condiciones o complicaciones relacionadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (HIV) y sus variantes descubiertas o por descubrir.
- e) Los viajes realizados contra prescripción facultativa.
- f) Chequeos médicos y consultas médicas prefijadas.
- g) La responsabilidad derivada del ejercicio de la profesión u ocupación del **ASEGURADO**, implicaciones en el tráfico de estupefacientes o enervantes su posesión sin haber sido prescritos médicamente; daños morales, daños de imagen comercial, cualquier otra acción criminal, daños indirectos, lucro cesante.
- h) Riesgo ocupacional o por implicaciones en tráfico o posesión de drogas o en cualquier acción criminal.
- i) La práctica de deportes como profesional.

CLÁUSULA 5. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE ASISTENCIA

Si el **ASEGURADO** requiere los servicios del Proveedor especificados en este Anexo, él o su representante legal deberán comunicarse de inmediato con la Central de Alarma antes de efectuar cualquier acción o pago, debiendo proporcionar los siguientes datos:

- a) Nombre del **ASEGURADO**, número de Póliza y vigencia de la misma.
- b) Lugar donde se encuentra y número telefónico donde pueda localizarse al **ASEGURADO** o a su Representante Legal.
- c) Descripción del problema o de la dolencia que le aqueja y el tipo de ayuda que necesita.
- d) Nombre, dirección y teléfono del médico local y, en caso necesario, del Médico Tratante.

El Proveedor se reserva el derecho de comprobar la veracidad de los datos anteriores antes de proceder a prestar los servicios de asistencia.

El **ASEGURADO** autoriza al Proveedor para que en su nombre solicite y obtenga toda información referente a su condición física, historia clínica y demás circunstancias que originaron la reclamación. Si el **ASEGURADO** negare dicho acceso sin justificación razonable, se entenderá que el **ASEGURADO** renuncia a su derecho de recibir cualquier asistencia de parte del Proveedor.

Si se presentare un Accidente en Viaje o Enfermedad en Viaje que tenga como resultado la hospitalización del **ASEGURADO** antes de poder notificar al Proveedor, el **ASEGURADO** o su Representante Legal deberán comunicarse con el Proveedor a través de la Central de Alarma dentro de los cinco (5) días siguientes contados a partir de la fecha del suceso. En caso contrario, considerará al **ASEGURADO** responsable de todos los costos y gastos ocasionados por el retraso al informar el suceso.

CLÁUSULA 6. PAGO DE GASTOS MÉDICOS

Todos los gastos médicos serán pagados directamente por el Proveedor a los Centros Médico Asistenciales donde el **ASEGURADO** haya recibido atención médica, excluyendo cualquier

posibilidad de reembolso o indemnización por parte de la Central de Alarma al ASEGURADO, salvo en los casos de urgencia descritas en la CLÁUSULA 5. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DE ASISTENCIA.

CLÁUSULA 7. RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR

El Proveedor no será responsable por los retrasos o incumplimientos en la prestación de los servicios de asistencia contenidos en este Anexo debido a causas extrañas no imputables a él, es decir, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades, guerra declarada o no, rebeliones, insurrecciones, terrorismo o su pronunciamiento, manifestaciones o movimientos populares, actos de gobierno y todas aquellas causas imprevisibles y excesivamente gravosas que impidan al Proveedor cumplir con sus obligaciones.

El Proveedor no será responsable de cualquier acto u omisión por parte de los Centros Médico Asistenciales, abogados, líneas aéreas y cualquier otra entidad prestadora de asistencia, por los servicios previstos en este Anexo.

CLÁUSULA 8. DURACIÓN DE LA COBERTURA DE ESTE ANEXO

La cobertura de este Anexo comenzará su duración en la fecha cuando haya sido otorgado por ambas partes, y expirará en la fecha de finalización del periodo de Seguro del contrato de seguro BANESCO SALUD INTEGRAL que enmienda. En caso de renovación del contrato de seguro BANESCO SALUD INTEGRAL objeto de esta enmienda y de renovación de este Anexo, su duración será de un año contado a partir de la fecha de renovación. Este Anexo es subsidiario al contrato de seguro BANESCO SALUD INTEGRAL que enmienda, por lo que la terminación o nulidad de dicho contrato de seguro causará la terminación o nulidad de este Anexo.

Otorgado por las partes en el lugar y fecha indicados en el CUADRO PÓLIZA.

ASEGURADOR

TOMADOR

Sede Principal: AV. Francisco de Miranda, Entre Calle El Muñeco y Naiguata, Urb. Chacao Torre KPMG- Caracas. Telfs.:(0212) 2636011/ 2637011/ 2638011
Aprobado por la Superintendencia de Seguros Mediante Oficio N° 10715 de fecha 19/02/2005

ANEXO DE SERVICIO FUNERARIO

CLÁUSULA 1. APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

Este anexo, si aparece así indicado en el CUADRO POLIZA, forma parte integrante del Contrato de Seguro BANESCO SALUD INTEGRAL emitida a nombre del TOMADOR. Esta inclusión causa una prima adicional a cargo del TOMADOR, que estará sujeta a los mismos términos y condiciones establecidos en las condiciones de la póliza enmendado por este ANEXO, incluyendo pero no limitado a las disposiciones sobre exigibilidad de la prima y los efectos de su falta de pago. Todas las cláusulas establecidas en las Condiciones Generales y Particulares de este contrato de seguro, serán aplicables al presente Anexo, a menos que surjan contradicciones entre ambas, en cuyo caso se aplicarán las de éste último. Quedan vigentes los demás Anexos que no hayan sido expresamente modificados por éste.

CLÁUSULA 2. COMPROMISO DEL ASEGURADOR

EL ASEGURADOR se compromete a indemnizar los gastos incurridos por concepto de la prestación del servicio funerario, en caso de fallecimiento del Asegurado ocurrido durante la Duración del Contrato y después de su fecha de inclusión en la póliza, hasta la suma asegurada indicada en el CUADRO PÓLIZA y de acuerdo a las condiciones que se establecen en este contrato de seguro.

CLÁUSULA 3. GASTOS AMPARADOS

Se consideran gastos amparados:

- **Ataúd adecuado para las exequias**
- **Servicio de Capilla , máximo 24 horas**
- **Servicio de Cafetín**
- **Una (1) habitación de descanso para familiares**
- **Aviso de prensa 2x8**
- **Oficios Religiosos**
- **Dos (2) Vehículos de acompañamiento para los familiares**
- **Un (1) Arreglo floral**
- **Coche fúnebre para el traslado al sitio de velación**
- **Coche fúnebre para el sepelio**
- **Traslado del fallecido dentro del territorio Nacional**
- **Preparación y arreglo del fallecido**
- **Traslado de implementos al domicilio en caso de no utilizar la sala velatoria.**
- **Servicio de inhumación y Derechos de lápida o Servicio de Cremación**
- **Diligencias de Ley: Certificado de Defunción, Permisos de prefectura y Sanidad**
- **Parcela para el sepelio del Asegurado, en cementerio de la localidad.**

CLÁUSULA 4. EXCLUSIONES

No están cubiertos por este anexo y en consecuencia no darán derecho a la prestación del servicio funerario las reclamaciones a consecuencia del fallecimiento por suicidio ocurrido dentro del primer año contado desde la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.

CLÁUSULA 5. PLAZOS DE ESPERA

Para efecto de la cobertura de este Anexo se establecen los siguientes plazos de espera:

| | |
|--|----------------|
| Fallecimiento por causa accidental | Sin plazos |
| Asegurados incluidos desde la fecha de inicio de la póliza | Un (1) mes |
| Asegurados incluidos después la fecha de inicio de la póliza | Tres (3) meses |

CLÁUSULA 6. NOTIFICACIÓN AL ASEGURADOR Y TRÁMITES EN CASO DE RECLAMACIÓN

Ocurrido el fallecimiento del ASEGURADO, se deberá dar el aviso al ASEGURADOR de inmediato y manifestar la intención de utilizar los servicios funerarios establecidos en este contrato de seguro para su activación, indicando los datos básicos de identificación y ubicación del fallecido y causa de fallecimiento. En caso de no utilizar los servicios establecidos en este contrato, el fallecimiento del asegurado deberá ser notificado por escrito al ASEGURADOR, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a haberlo conocido.

La notificación debe efectuarse dentro de los plazos establecidos anteriormente, salvo causa extraña no imputable al ASEGURADO o al TOMADOR o al BENEFICIARIO.

Si no se ha hecho uso del servicio funerario establecido en este contrato, para el pago de la indemnización, se deberá presentar al ASEGURADOR dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha de fallecimiento una reclamación formal en el formulario de declaración e informe de siniestro con toda la información allí especificada, que acredite fehacientemente la ocurrencia y cuantía del siniestro, acompañada de las facturas o comprobantes originales de pago de los servicios, debidamente cancelados, así como toda la información relativa a las circunstancias que dieron lugar a los servicios cuyo pago se solicita, y cualquier otro que el ASEGURADOR razonablemente pueda requerir.

El Asegurador se reserva el derecho de comprobar la veracidad de la información suministrada antes de prestar los servicios Funerarios.

En caso de existir otros ASEGURADORES que hayan indemnizado el mismo reclamo, el ASEGURADO deberá presentar todos los documentos de la reclamación y la información correspondiente a las liquidaciones que se hayan efectuado, dentro de los treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de pago de dicha reclamación por parte de los otros ASEGURADORES.

Para el pago de la suma asegurada el ASEGURADOR podrá requerir, en una sola oportunidad dentro de los treinta (30) días siguientes a la entrega del último recaudo, todas las pruebas que considere necesarias y legales para comprobar fehacientemente el fallecimiento del ASEGURADO y la identificación de los BENEFICIARIOS, así como la presentación del original del contrato de seguro, sus anexos y el CUADRO PÓLIZA, los cuales deberán ser entregados dentro de los treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de solicitud.

CLÁUSULA 7. DOCUMENTOS MÍNIMOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE UNA RECLAMACIÓN

A.- INDEMNIZACIÓN POR MUERTE NATURAL

- a) Original del CUADRO PÓLIZA
- b) Partida de nacimiento y cédula de identidad del ASEGURADO fallecido (original y fotocopia).

- c) Acta de defunción del ASEGURADO (original y fotocopia).
- d) Declaración del médico que atendió al ASEGURADO.
- e) Certificado de la medicatura forense: "Certificación de defunción" en la que conste el tipo de muerte y el número de la cédula con la que fue identificado el cuerpo (original y fotocopia).
- f) Declaración de herederos legales, en caso que corresponda
- g) Registro de nacimiento o documentos de identidad de los herederos legales (original y fotocopia) en caso que corresponda.
- h) Planilla de declaración de siniestro completamente llena.
- i) Originales de las facturas por concepto de los servicios funerarios recibidos , en caso de no haber utilizado los servicios previstos en la póliza.

B.- INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL

- a) Los documentos anteriormente señalados para el caso de muerte natural.
- b) Carta narrativa de las circunstancias de cómo se produjo el siniestro, indicando lugar, hora y demás datos relacionados.
- c) Informe de la autoridad competente que intervino en el accidente (si fuese el caso)
- d) Informe médico detallado.

CLÁUSULA 8. DURACIÓN DE LA COBERTURA DE ESTE ANEXO

La cobertura de este Anexo comenzará su duración en la fecha cuando haya sido otorgado por ambas partes, y expirará en la fecha de finalización del periodo de Seguro del contrato de seguro BANESCO SALUD INTEGRAL que enmienda. En caso de renovación del contrato de seguro BANESCO SALUD INTEGRAL objeto de esta enmienda y de renovación de este Anexo, su duración será de un año contado a partir de la fecha de renovación. Este Anexo es subsidiario al contrato de seguro BANESCO SALUD INTEGRAL que enmienda, por lo que la terminación o nulidad de dicho contrato de seguro causará la terminación o nulidad de este Anexo.

Otorgado por las partes en el lugar y fecha indicados en el CUADRO PÓLIZA.

ASEGURADOR

TOMADOR

ANEXO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

CLÁUSULA 1. APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

Este anexo, si aparece así indicado en el CUADRO POLIZA, forma parte integrante del Contrato de Seguro **BANESCO SALUD INTEGRAL** emitida a nombre del TOMADOR. Todas las cláusulas establecidas en las Condiciones Generales y Particulares de este contrato de seguro, serán aplicables al presente Anexo, a menos que surjan contradicciones entre ambas, en cuyo caso se aplicarán las de éste último. Quedan vigentes los demás Anexos que no hayan sido expresamente modificados por éste.

CLÁUSULA 2. DEFINICIONES ESPECÍFICAS

RED DE ATENCIÓN: Conjunto de Centros Médicos Asistenciales, médicos y prestadores de servicios de salud que han acordado con el Asegurador la atención médica a los asegurados indicados en la Orden Médica Integral.

ORDEN MEDICA INTEGRAL: Documento emitido por el Asegurador donde autoriza la prestación del servicio o la atención médica por parte de los miembros de la Red de Atención, al Asegurado allí indicado.

CLÁUSULA 3. Objeto del anexo:

El Asegurador se obliga a incluir, dentro de los Sistemas de Pago previstos en la Cláusula 26 SISTEMAS DE PAGO de las Condiciones Particulares de la Póliza y para aquellos casos que no constituyan una Emergencia Médica, la emisión de Ordenes Médicas Integrales para ser utilizadas en la Red de Atención y servicio médico concertada para tal fin. Las Órdenes Médicas Integrales estarán exoneradas de la aplicación del deducible indicado en el Cuadro Póliza.

CLÁUSULA 4. Alcance

Las Ordenes Médicas integrales pueden ser emitidas para Atenciones en tres niveles:

- I. **Primer Nivel:** Consultas Médicas de las especialidades Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Medicina Familiar. Este Grupo de especialidades podrá ser ampliado por el ASEGURADOR, si lo considerase Médicamente Necesario, a otras especialidades médicas. Si el Médico lo considerase Médicamente Necesario y el proveedor de la Red de Atención dispone de estos servicios, se podrán incluir con la misma Orden Médica Integral, los siguientes Servicios Médicos: Perfil Básico de Laboratorio: Hematología Completa, Urea - Creatinina, Glicemia, Colesterol (Total, LDL VLDL, HDL), Triglicéridos, Acido Úrico, Orina y Heces, Radiografías simples de Tórax Antero-posterior o Lateral, Eco Simple Abdominal Mamografía simple, Nebulizaciones, Citología de Cuello Uterino y Electrocardiograma de reposo.
- II. **SEGUNDO NIVEL:** Consultas de otras especialidades médicas referidas por el médico tratante, procedimientos especiales de diagnóstico y tratamientos médico quirúrgicos sin hospitalización.
- III. **TERCER NIVEL:** Tratamientos médico quirúrgicos con hospitalización.

CLÁUSULA 5. Extensión y Duración

El Asegurador se compromete a emitir, a solicitud del ASEGURADO Órdenes Médicas Integrales por año póliza y por póliza o Certificado Individual de Seguro. El número Máximo de Ordenes Médicas Integrales por año póliza está indicado en el Cuadro Póliza o en Anexo emitido a tal efecto. Las Órdenes Médicas Integrales no utilizadas en un año póliza, no podrán ser acumuladas para ser utilizadas en años pólizas subsiguientes. Las consultas de control para la evaluación de resultados de exámenes practicados a través de una Orden Médica Integral no serán consideradas como una nueva Orden siempre y cuando se realicen dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha de entrega de los resultados, establecida por el proveedor de la Red de Atención.

Las Órdenes Médicas integrales sólo podrán ser emitidas para miembros de la Red de Atención y deberán ser usadas dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a su emisión. Transcurrido este lapso la Orden Médica Integral quedará anulada automáticamente. Las Órdenes Médicas Integrales sólo podrán ser emitidas para un asegurado y son personales e intransferibles.

CLÁUSULA 6. Procedimiento:

El ASEGURADO suministrará a Banesco Seguros C.A. la solicitud de Orden Médica Integral acompañada, para los casos de atenciones de Segundo y Tercer Nivel, del informe médico que indique el diagnóstico y de las indicaciones médicas que indiquen los exámenes indicados. El ASEGURADO escogerá el Centro Médico Asistencial o Servicio Médico de la Red de Atención que le prestará el servicio y solicitará la cita correspondiente.

El ASEGURADO asistirá al Centro Médico Asistencial o servicio médico de la Red de Atención en el Horario acordado y presentará la Orden Médica Integral y su cédula de Identidad al personal administrativo.

CLÁUSULA 7. Duración de las condiciones DE ESTE ANEXO

La aplicación de las condiciones acordadas mediante este Anexo comenzará en la fecha cuando haya sido otorgado por ambas partes, y expirará en la fecha de finalización del periodo de Seguro del contrato de seguro BANESCO SALUD INTEGRAL que enmienda. En caso de renovación del contrato de seguro BANESCO SALUD INTEGRAL objeto de esta enmienda y de renovación de este Anexo, su duración será de un año contado a partir de la fecha de renovación. Este Anexo es subsidiario al contrato de seguro BANESCO SALUD INTEGRAL que enmienda, por lo que la terminación o nulidad de dicho contrato de seguro causará la terminación o nulidad de este Anexo.

Otorgado por las partes en el lugar y fecha indicados en el CUADRO PÓLIZA

ASEGURADOR

TOMADOR

Sede Principal: AV. Francisco de Miranda, Entre Calle El Muñeco y Naiguata, Urb. Chacao Torre KPMG- Caracas. Telfs.:(0212) 2636011/ 2637011/ 2638011
Aprobado por la Superintendencia de Seguros Mediante Oficio N° 4753 de fecha 08/06/2006

ANEXO DE ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA

CLÁUSULA 1. APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

Este anexo, si aparece así indicado en el CUADRO POLIZA, forma parte integrante del Contrato de Seguro **BANESCO SALUD INTEGRAL** emitida a nombre del TOMADOR. Todas las cláusulas establecidas en las Condiciones Generales y Particulares de este contrato de seguro, serán aplicables al presente Anexo, a menos que surjan contradicciones entre ambas, en cuyo caso se aplicarán las de este último. Quedan vigentes los demás Anexos que no hayan sido expresamente modificados por éste.

CLÁUSULA 2. DEFINICIONES

1. **PROVEEDOR:** Institución legalmente autorizada para suministrar los servicios de asistencia médica domiciliaria al ASEGURADO. El proveedor es un contratista independiente y las consecuencias de la prestación de sus servicios no generarán responsabilidad por parte del ASEGURADOR.
2. **CENTRO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA:** Centro de operaciones del Proveedor para el contacto directo con el ASEGURADO donde podrá solicitar, durante las veinticuatro (24) horas del día y durante todo el año los servicios que se especifican en este anexo.
3. **URGENCIA MÉDICA:** Alteración de la salud de aparición súbita que requiera atención médica en un lapso reducido de tiempo según su condición para evitar complicaciones mayores pero que no compromete la vida, la función o la integridad corporal.

CLÁUSULA 3. OBJETO:

Este Anexo tiene por objeto prestar al ASEGURADO los servicios de ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA que se detallan mas adelante, por emergencias médicas o urgencias médicas, a causa de enfermedad o accidente sufrido por el ASEGURADO durante la vigencia de la póliza dentro del Territorio Nacional y en las zonas habilitadas.

- 1) **SERVICIOS DE INFORMACIÓN:** Si el Asegurado necesitare información sobre farmacias de turno o centros Médicos Asistenciales o de las ciudades y áreas geográficas donde se presta el servicio de ASISTENCIA MÉDICA A DOMICILIO podrá solicitarlo a través del Centro de Atención Telefónica.
- 2) **ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA PERMANENTE:** Si el Asegurado necesitare información sobre pruebas diagnósticas o tratamientos ya prescritos, efectos secundarios y contraindicaciones de fármacos u otras inquietudes médicas podrá solicitarlo a través del Centro de Atención Telefónica.
- 3) **ASISTENCIA MÉDICA A DOMICILIO:** El PROVEEDOR realizará la clasificación de la asistencia Médica requerida en función de los síntomas y manifestaciones subjetivas del Asegurado o de su representante y actuará de acuerdo al siguiente esquema:
 - a) **No urgente:** El proveedor brindará el soporte básico mediante la orientación telefónica Permanente.
 - b) **Urgencia Médica:** El proveedor enviará un médico domiciliario para la atención del ASEGURADO, si fuere necesario. Si el médico lo considera médicamente necesario y lo

- solicita, tendrá el respaldo de una unidad médica o del medio de transporte que considere idóneo para el traslado del Asegurado a un Centro Médico Asistencial.
- c) **Emergencia Médica:** El proveedor enviará al lugar donde se encuentre el Asegurado un médico domiciliario y una unidad médica. Allí efectuará la estabilización del Asegurado y éste será trasladado al Centro Médico asistencial. A través del centro de atención Telefónica, el proveedor estará en comunicación permanente con el asegurado o su acompañante y brindará apoyo al quipo móvil en caso necesario.
- 4) **ENVÍO DE MEDICAMENTOS A DOMICILIO:** Una vez atendida la situación de urgencia médica en el domicilio del Asegurado, y que éste se haya estabilizado, si requiere de medicación prescrita por el médico domiciliario, el proveedor se hará cargo del envío de los medicamentos. El costo de los medicamentos será descontado de la suma asegurada de la cobertura por Enfermedad, Accidente o Maternidad.

CLÁUSULA 4. Extensión Territorial:

Los servicios descritos en este anexo se prestarán en las siguientes ciudades: Caracas, Barquisimeto, Coro, Punto Fijo, Ciudad Ojeda, San Cristóbal, Guanare, Puerto Ordaz, La Asunción, Porlamar, Maturín, Barcelona, Mérida, San Antonio de Los Altos, Valencia, Maracay, Maracaibo y Puerto La Cruz.

CLÁUSULA 5. Procedimiento para la solicitud de asistencia

Si el ASEGURADO requiere los servicios del Proveedor especificados en este Anexo, él o su representante deberán comunicarse de inmediato con el Centro de Atención Telefónica y proporcionar los siguientes datos:

- e) Nombre del ASEGURADO TITULAR y número de cédula
- f) Nombre, sexo, edad y número de cédula del ASEGURADO
- g) Número de Póliza
- h) Dirección donde se encuentra el ASEGURADO y número telefónico
- i) Descripción del problema o de la dolencia que le aqueja.
- j) Causa de la asistencia
- k) Tipo de asistencia que necesita.
- l) Cualquier información adicional que se considere necesaria.

El Proveedor se reserva el derecho de comprobar la veracidad de los datos anteriores antes o después de proceder a prestar los servicios de asistencia.

CLÁUSULA 6. RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR

El Proveedor no será responsable por los retrasos o incumplimientos en la prestación de los servicios de asistencia contenidos en este Anexo debido a causas extrañas no imputables a él, es decir, invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades, guerra declarada o no, rebeliones, insurrecciones, terrorismo o su pronunciamiento, manifestaciones o movimientos populares, actos de gobierno y todas aquellas causas imprevisibles y excesivamente gravosas que impidan al Proveedor cumplir con sus obligaciones.

El Proveedor no será responsable de cualquier acto u omisión por parte de los Centros Médico Asistenciales, Servicios Médicos o cualquier otra entidad prestadora de asistencia, por los servicios previstos en este Anexo.

CLÁUSULA 7. Duración de las condiciones DE ESTE ANEXO

La aplicación de las condiciones acordadas mediante este Anexo comenzará en la fecha cuando haya sido otorgado por ambas partes, y expirará en la fecha de finalización del periodo

de Seguro del contrato de seguro BANESCO SALUD INTEGRAL que enmienda. En caso de renovación del contrato de seguro BANESCO SALUD INTEGRAL objeto de esta enmienda y de renovación de este Anexo, su duración será de un (1) año contado a partir de la fecha de renovación. Este Anexo es subsidiario al contrato de seguro BANESCO SALUD INTEGRAL que enmienda, por lo que la terminación o nulidad de dicho contrato de seguro causará la terminación o nulidad de este Anexo.

Otorgado por las partes en el lugar y fecha indicados en el CUADRO PÓLIZA

ASEGURADOR

TOMADOR

Sede Principal: AV. Francisco de Miranda, Entre Calle El Muñeco y Naguayata, Urb. Chacao Torre KPMG- Caracas. Telfs.:(0212) 2636011/ 2637011/ 2638011
Aprobado por la Superintendencia de Seguros Mediante Oficio N° 4753 de fecha 08/06/2006

ANEXO DE MATERNIDAD

CLÁUSULA 1. APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

Este anexo, si aparece así indicado en el CUADRO POLIZA, forma parte integrante del Contrato de Seguro **BANESCO SALUD INTEGRAL** emitida a nombre del **TOMADOR**. Esta inclusión causa una prima adicional a cargo del **TOMADOR**, que estará sujeta a los mismos términos y condiciones establecidos en las condiciones de la póliza enmendado por este **ANEXO**, incluyendo pero no limitado a las disposiciones sobre exigibilidad de la prima y los efectos de su falta de pago. Todas las cláusulas establecidas en las Condiciones Generales y Particulares de este contrato de seguro, serán aplicables al presente Anexo, a menos que surjan contradicciones entre ambas, en cuyo caso se aplicarán las de éste último. Quedan vigentes los demás Anexos que no hayan sido expresamente modificados por éste.

CLÁUSULA 2. COMPROMISO DEL ASEGURADOR

EL ASEGURADOR se compromete a indemnizar los gastos médicos y hospitalarios, medicamento necesarios, incurridos por la **ASEGURADA** durante la Duración del Contrato y después de su inclusión en el CUADRO PÓLIZA, a consecuencia de embarazo y sus complicaciones, aborto, embarazo ectópico, parto normal o con fórceps y cesárea , hasta la suma asegurada indicada en el CUADRO PÓLIZA, en exceso del deducible allí indicado y de acuerdo a los límites y condiciones que se establecen en este contrato de seguro.

CLÁUSULA 3. GASTOS AMPARADOS

Además de los indicados en la CLÁUSULA 22. GASTOS AMPARADOS de las Condiciones Particulares de este contrato de seguro se consideran gastos amparados los siguientes, siempre que hayan sido incurridos mientras el recién nacido permanezca internado como consecuencia directa de su nacimiento:

- Atención médica post natal
- Gastos de Retén
- Incubadora

CLÁUSULA 4. INDEMNIZACIÓN

EL ASEGURADOR indemnizará para cada una de las **ASEGURADAS** que hayan contratado la cobertura de este Anexo, por cada embarazo, el porcentaje de indemnización indicado sobre los gastos razonables amparados por el mismo, que excedan del deducible contratado, y como máximo la suma asegurada prevista indicada en el CUADRO PÓLIZA.

CLÁUSULA 5. EXCLUSIONES

No serán considerados gastos amparados los incurridos a consecuencia de manchas de flujo vaginal sanguinolento, reposos prescritos por el médico durante el período de gestación ni la sintomatología propia y tradicional del embarazo.

CLÁUSULA 6. PLAZOS DE ESPERA

Para efecto de la cobertura de este Anexo se establecen los siguientes plazos de espera:

| | |
|--|-----------------|
| Maternidad: parto normal, instrumental, con fórceps o por cesárea | Diez (10) meses |
| Complicaciones del embarazo, Aborto espontáneo o terapéutico | Diez (10) meses |

CLÁUSULA 7. DURACIÓN DE LA COBERTURA DE ESTE ANEXO

La cobertura de este Anexo comenzará su duración en la fecha cuando haya sido otorgado por ambas partes, y expirará en la fecha de finalización del periodo de Seguro del contrato de seguro BANESCO SALUD INTEGRAL que enmienda. En caso de renovación del contrato de seguro BANESCO SALUD INTEGRAL objeto de esta enmienda y de renovación de este Anexo, su duración será de un año contado a partir de la fecha de renovación. Este Anexo es subsidiario al contrato de seguro BANESCO SALUD INTEGRAL que enmienda, por lo que la terminación o nulidad de dicho contrato de seguro causará la terminación o nulidad de este Anexo.

Otorgado por las partes en el lugar y fecha indicados en el CUADRO PÓLIZA.

ASEGURADOR

TOMADOR

Sede Principal: AV. Francisco de Miranda, Entre Calle El Muñeco y Naiguata, Urb. Chacao Torre KPMG- Caracas. Telfs.:(0212) 2636011/ 2637011/ 2638011
Aprobado por la Superintendencia de Seguros Mediante Oficio N° 10715 de fecha 19/12/2005

ANEXO DE SEGURO COLECTIVO

CLÁUSULA 1. APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

Este anexo forma parte integrante del Contrato de Seguro **BANESCO SALUD INTEGRAL** emitida a nombre del TOMADOR. Todas las cláusulas establecidas en las Condiciones Generales y Particulares de este contrato de seguro, serán aplicables al presente Anexo, a menos que surjan contradicciones entre ambas, en cuyo caso se aplicarán las de éste último. Quedan vigentes los demás Anexos que no hayan sido expresamente modificados por éste.

CLÁUSULA 2. DEFINICIONES ESPECÍFICAS

GRUPO: Conjunto de personas que mantienen con el TOMADOR una relación laboral, profesional gremial, sindical o de cualquier otro tipo, siempre y cuando no esté formado por personas que se relacionen con el propósito de asegurarse.

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO: Documento donde se indican los datos de la Póliza como son: número de póliza, identificación del TOMADOR y del ASEGURADO así como la fecha de inclusión, los riesgos cubiertos, sumas aseguradas, y deducible que corresponda a cada uno de los Asegurados.

REPORTES DE ASEGURADOS: Relaciones de Asegurados donde se indica la identificación de cada uno de ellos, así como las coberturas, primas y fecha de inicio y término de las mismas.

GRUPO INICIAL: Grupo de asegurados inscritos desde y con ocasión de la emisión de la Póliza.

INCLUSIÓN OPORTUNA: solicitud de inclusión en la póliza hecha y recibida por el Asegurador antes de finalizar los 30 días siguientes al inicio de la relación con el Tomador, si se trata de Asegurados Titulares, o de la relación con el Asegurado Titular si se trata de otros Asegurados.

CLÁUSULA 3. Objeto del anexo:

Mediante este anexo se podrán incluir en la póliza como Asegurados Titulares aquellos miembros del Grupo que cumplan con los requisitos de asegurabilidad. También se podrán incluir como asegurados las personas asegurables relacionadas con el Asegurado Titular según lo establecido en la Cláusula 30 PERSONAS ASEGURABLES

CLÁUSULA 4. SOLICITUDES Y CERTIFICADOS INDIVIDUALES

Para ingresar a la Póliza cada uno de los solicitantes a Asegurado Titular, miembros del Grupo, deberá llenar en todas sus partes la Solicitud de Seguro con indicación de sus datos personales y de las demás personas a asegurar, la cual debe ser conformada por el Tomador y presentada al Asegurador con anterioridad a la fecha de inicio del seguro de cada una de los solicitantes. Cada vez que el Asegurado Titular desee incluir a una persona asegurable, se deberá proceder de la misma manera. El ASEGURADOR analizará los documentos

presentados y decidirá la aceptación, o no, del seguro del solicitante. En caso de rechazo, lo notificará al Tomador. En caso de aceptación, el ASEGURADO será incorporado a los Reportes de ASEGURADOS y su prima facturada en el siguiente recibo de prima. La prima a cobrar o a devolver será calculada proporcionalmente al número de días entre la fecha de inclusión, aumento de cobertura o exclusión y la fecha de la siguiente facturación.

A solicitud del Tomador, el Asegurador emitirá Certificados Individuales de Seguro a los Asegurados Titulares.

El Asegurador asume las consecuencias de los riesgos cubiertos para cada Asegurado a partir de la fecha de su inclusión en el seguro, la cual no podrá ser anterior a la fecha de su incorporación al Grupo o a la celebración del contrato, y se indicará en los Reportes de Asegurados.

CLÁUSULA 5. TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA CADA ASEGURADO

El seguro de cualquier Asegurado cubierto por este contrato de seguro terminará automáticamente en la fecha cuando:

1. Deje de ser miembro del Grupo
2. El Tomador solicite su exclusión del seguro.
3. Este contrato de seguro sea anulado, no renovado o rescindido.

El Tomador, deberá suministrar al Asegurador lista de los Asegurados que egresen del seguro, con indicación de su fecha de exclusión, la cual no podrá ser anterior a la fecha de la última Duración del Contrato de seguro. Si hubiere prima a devolver se descontará del siguiente recibo de prima. Si la devolución fuere mayor al monto del siguiente recibo de prima se efectuará una devolución de prima al Tomador.

CLÁUSULA 6. Duración de las condiciones DE ESTE ANEXO

La aplicación de las condiciones acordadas mediante este Anexo comenzará en la fecha cuando haya sido otorgado por ambas partes, y expirará en la fecha de finalización del periodo de Seguro del contrato de seguro BANESCO SALUD INTEGRAL que enmienda. En caso de renovación del contrato de seguro BANESCO SALUD INTEGRAL objeto de esta enmienda y de renovación de este Anexo, su duración será de un año contado a partir de la fecha de renovación. Este Anexo es subsidiario al contrato de seguro BANESCO SALUD INTEGRAL que enmienda, por lo que la terminación o nulidad de dicho contrato de seguro causará la terminación o nulidad de este Anexo.

Otorgado por las partes en el lugar y fecha indicados en el CUADRO PÓLIZA

ASEGURADOR

TOMADOR

ANEXO DE ELIMINACIÓN DE PLAZOS DE ESPERA

CLÁUSULA 1. APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

Este anexo forma parte integrante del Contrato de Seguro **BANESCO SALUD INTEGRAL** emitida a nombre del TOMADOR. Todas las cláusulas establecidas en las Condiciones Generales y Particulares de este contrato de seguro, serán aplicables al presente Anexo, a menos que surjan contradicciones entre ambas, en cuyo caso se aplicarán las de este último. Quedan vigentes los demás Anexos que no hayan sido expresamente modificados por éste.

CLÁUSULA 2. OBJETO DEL ANEXO:

Para todos los integrantes del Grupo inicial y de los Asegurados cuya inclusión en la Póliza haya sido Oportuna, se eliminan los plazos de espera establecidos en la Cláusula 24 , Cláusula 6 y Cláusula 5 Plazos de espera de las Condiciones Particulares, del Anexo de Maternidad, si hubiere sido contratado, y del Anexo de Servicio Funerario, si hubiere sido contratado. La eliminación de plazos de espera no se aplica a la cobertura del Anexo de Contingencias Extremas.

CLÁUSULA 3. Duración de las condiciones DE ESTE ANEXO

La aplicación de las condiciones acordadas mediante este Anexo comenzará en la fecha cuando haya sido otorgado por ambas partes, y expirará en la fecha de finalización del periodo de Seguro del contrato de seguro BANESCO SALUD INTEGRAL que enmienda. En caso de renovación del contrato de seguro BANESCO SALUD INTEGRAL objeto de esta enmienda y de renovación de este Anexo, su duración será de un (1) año contado a partir de la fecha de renovación. Este Anexo es subsidiario al contrato de seguro BANESCO SALUD INTEGRAL que enmienda, por lo que la terminación o nulidad de dicho contrato de seguro causará la terminación o nulidad de este Anexo.

Otorgado por las partes en el lugar y fecha indicados en el CUADRO PÓLIZA

ASEGURADOR

TOMADOR

BS-HC036(07-06)/ Banesco Seguros, C.A, RIF.: J-30083118-3

Sede Principal: AV. Francisco de Miranda, Entre Calle El Muñeco y Naguayata, Urb. Chacao Torre KPMG- Caracas. Telfs.: (0212) 2636011/ 2637011/ 2638011
Aprobado por la Superintendencia de Seguros Mediante Oficio N° 1800 de fecha 17/02/2006

**ANEXO DE ELIMINACIÓN DE EXCLUSIÓN TEMPORAL PARA ENFERMEDADES
PREEXISTENTES**

CLÁUSULA 1. APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

Este anexo forma parte integrante del Contrato de Seguro **BANESCO SALUD INTEGRAL** emitida a nombre del TOMADOR. Todas las cláusulas establecidas en las Condiciones Generales y Particulares de este contrato de seguro, serán aplicables al presente Anexo, a menos que surjan contradicciones entre ambas, en cuyo caso se aplicarán las de este último. Quedan vigentes los demás Anexos que no hayan sido expresamente modificados por éste.

CLÁUSULA 2. OBJETO DEL ANEXO:

Mediante este anexo se elimina la Exclusión Temporal b establecida en la Cláusula 23 Exclusiones de las Condiciones Particulares de la póliza, referida a Tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades preexistentes declaradas en la solicitud y aceptadas por el ASEGURADOR y efectuados durante los primeros doce (12) meses contados desde la fecha de inclusión del ASEGURADO en la póliza, para todos los integrantes del Grupo inicial y de los Asegurados cuya inclusión en la Póliza haya sido Oportuna. La eliminación de esta Exclusión Temporal no se aplica a la cobertura del Anexo de Contingencias Extremas.

CLÁUSULA 3. Duración de las condiciones DE ESTE ANEXO

La aplicación de las condiciones acordadas mediante este Anexo comenzará en la fecha cuando haya sido otorgado por ambas partes, y expirará en la fecha de finalización del periodo de Seguro del contrato de seguro BANESCO SALUD INTEGRAL que enmienda. En caso de renovación del contrato de seguro BANESCO SALUD INTEGRAL objeto de esta enmienda y de renovación de este Anexo, su duración será de un (1) año contado a partir de la fecha de renovación. Este Anexo es subsidiario al contrato de seguro BANESCO SALUD INTEGRAL que enmienda, por lo que la terminación o nulidad de dicho contrato de seguro causará la terminación o nulidad de este Anexo.

Otorgado por las partes en el lugar y fecha indicados en el CUADRO PÓLIZA

ASEGURADOR

TOMADOR

BS-HC037(07-06)/ Banesco Seguros, C.A, RIF.: J-30083118-3

Sede Principal: AV. Francisco de Miranda, Entre Calle El Muñeco y Naguayata, Urb. Chacao Torre KPMG- Caracas. Telfs.: (0212) 2636011/ 2637011/ 2638011
Aprobado por la Superintendencia de Seguros Mediante Oficio N° 1800 de fecha 17/02/2006