

Entre la sociedad mercantil **SEGUROS PIRÁMIDE C.A.**, domiciliada en Caracas, inicialmente inscrita ante el Registro Mercantil Primero de la Circunscripción Judicial del Distrito Capital y Estado Miranda, bajo el N° 21, Tomo 115-A., en fecha 18 de noviembre de 1975, posteriormente registrada bajo la misma nomenclatura ante el Registro Mercantil Quinto de la Circunscripción Judicial del Distrito Capital y Estado Miranda, cuya última modificación estatutaria consta en Acta de Asamblea General Extraordinaria de Accionistas celebrada en fecha 24 de mayo de 2011, inscrita ante el Registro Mercantil Quinto antes señalado, en fecha 25 de septiembre de 2013, bajo el N° 30, Tomo 147-A, cuyo Registro de Información Fiscal (RIF) es el N° J-00106474-5, debidamente autorizada para operar por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, bajo el N° 80, que en lo adelante se denominara **EL ASEGURADOR**, representada por el ciudadano **ALEJANDRO CARIBAS**, venezolano, mayor de edad, de este domicilio y titular de la cédula de identidad **N° V-2.123.060**, procediendo en mi carácter de **Presidente** de la sociedad mercantil **SEGUROS PIRÁMIDE C.A.**, carácter que consta en Acta de Asamblea General Extraordinaria de Accionistas celebrada el 14 de enero de 2022 y registrada ante la citada Oficina de Registro Mercantil Quinto del Distrito Capital el 06 de mayo de 2022, bajo el N° 8, Tomo 251-A, facultado para este acto mediante Acta de Reunión Ordinaria de Junta Directiva N° 1315, celebrada en fecha 12 de abril de 2022, autenticada ante la Notaría Pública Décima Séptima de Caracas, del Municipio Libertador, en fecha 01 de junio de 2022, bajo el N° 4, Tomo 17, y por la otra **EL TOMADOR**, identificado en el Cuadro Póliza Recibo, han convenido en suscribir el presente contrato de seguro, el cual está conformado y se registrá por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo, la Solicitud de Seguro y los demás documentos que formen parte integrante del mismo.

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1.-

OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las Condiciones Particulares y los Anexos, que se emitieren, mediante la indemnización al Asegurado o Beneficiarios por los Costos Razonables, incurridos por el Asegurado, siempre y cuando este se origine como consecuencia directa de una Emergencia Médica indicada en la Cláusula 2. de las Condiciones Particulares y hasta por la Suma Asegurada indicada como límite en el Cuadro Póliza Recibo.

CLÁUSULA 2.-

DEFINICIONES

A los efectos de este contrato, queda expresamente convenido entre las partes que los siguientes términos tendrán los significados que se indican a continuación:

- 1. ASEGURADOR: Seguros Pirámide, C.A.**, quien asume los riesgos cubiertos en este contrato.
- 2. TOMADOR:** Persona natural o jurídica que, obrando por cuenta propia o ajena, contrata el seguro con el Asegurador, trasladándole los riesgos y obligándose al pago de la prima.
- 3. ASEGURADO:** Persona natural expuesta a los riesgos cubiertos y amparados por este contrato.
- 4. DEPENDIENTES:** Son aquellas personas que conviven y dependen económicamente del Asegurado Titular.

5. **ASEGURADO TITULAR:** Asegurado indicado con este carácter en el Cuadro Póliza Recibo, quien ejerce los derechos de los Asegurados ante el Asegurador.
6. **AÑO PÓLIZA:** Período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza.
7. **BENEFICIARIO:** Persona que tiene el derecho de recibir el pago de la indemnización a que hubiere lugar. En caso de reembolso, el Asegurador pagará la indemnización al Asegurado Titular, independientemente de la persona que haya incurrido en los gastos.
8. **CONDICIONES PARTICULARES:** Son aquellas que contemplan aspectos específicos relativos al riesgo que se asegura.
9. **CUADRO PÓLIZA RECIBO:** Documento en el que se indica, como mínimo, la siguiente información: número de la Póliza, identificación completa del Asegurador y de su domicilio principal, identificación completa del Tomador, de los Asegurados y de los Beneficiarios, dirección del Tomador, dirección de cobro, dirección del Asegurado Titular, nombre del intermediario de la actividad aseguradora, riesgos cubiertos, monto de la prima, forma de pago, duración del contrato, fecha de emisión del contrato, deducible, si lo hubiere, y firmas del Asegurador y del Tomador.
10. **DEDUCIBLE:** Cantidad indicada en el Cuadro Póliza Recibo que deberá asumir el Asegurado y en consecuencia no será pagada por el Asegurador en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto por la Póliza. El deducible de cada Asegurado será aplicado por enfermedad o accidente y vigencia del contrato.
11. **DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO:** Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, el Cuadro Póliza Recibo, los anexos que se emitan para complementar o modificar la Póliza y los demás documentos que por su naturaleza formen parte del contrato.
12. **EDAD:** Es la correspondiente a la fecha de cumpleaños más cercana, anterior o posterior, al momento de emisión o renovación de la Póliza.
13. **GRUPO FAMILIAR:** Personas naturales que mantienen un vínculo común entre sí y con Asegurado Titular.
14. **INDEMNIZACIÓN:** Prestación del servicio o pago de los gastos incurridos contra reembolso que deberá pagar el Asegurador en caso de que ocurra el siniestro, sujeto a la Suma Asegurada y a las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y los Anexos de la Póliza.
15. **MONEDA DEL CONTRATO:** La moneda indicada en el Cuadro Póliza Recibo.
16. **PARTES DEL CONTRATO:** El Asegurador, el Tomador y el Asegurado.
17. **PÓLIZA:** Documento escrito donde constan las condiciones del contrato de seguro.
18. **PRIMA:** Contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración del contrato.
19. **REPRESENTANTE LEGAL:** Persona legalmente autorizada por el Asegurado Titular para que en caso de reclamo y con el único propósito de efectuar la tramitación correspondiente, actúe ante el Asegurador si él se encontrare imposibilitado para ejercer sus derechos.
20. **SINIESTRO:** Materialización del riesgo que da origen a la obligación de indemnizar por parte del Asegurador.

- 21. SUMA ASEGURADA:** Límite máximo de responsabilidad del Asegurador, indicado en el Cuadro Póliza Recibo. La suma asegurada de cada asegurado será aplicada por año póliza.
- 22. SOLICITUD DE SEGUROS** Cuestionario que proporciona el Asegurador, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del Tomador, de los Asegurados y de los Beneficiarios, así como también del estado de salud de cada una de las personas que estarán amparadas por la Póliza y demás datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el Tomador o Asegurado Titular, según corresponda, constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión del contrato.

CLÁUSULA 3.- EXCLUSIONES GENERALES

El Asegurador no cubre servicios o gastos relacionados con:

1. Lesiones o enfermedades originadas como consecuencia o se den en el curso de: guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con alguna organización que realice actividades dirigidas a la sustitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.
2. Lesiones o enfermedades producidas por radiación nuclear, fisión, fusión, radiaciones ionizantes o contaminación radiactiva, salvo que se originen por una causa extraña no imputable al Asegurado.
3. Lesiones o enfermedades causadas por terremoto, temblor de tierra, maremoto, tsunami, inundación, movimientos de masas, flujos torrenciales, huracanes, tornado, tifón, ciclón, eventos climáticos, granizo, erupción volcánica o cualquier otra convulsión de la naturaleza o perturbación atmosférica.
4. Lesiones ocasionadas como consecuencia de la participación activa del Asegurado en actos delictivos, motín, conmoción civil, disturbios populares, saqueos, disturbios laborales o conflictos de trabajo.
5. Tentativa de suicidio o lesiones que el Asegurado se cause intencionalmente.
6. Lesiones ocasionadas como consecuencia de la participación activa del Asegurado en duelos o riñas, a menos que se compruebe que no han sido provocados por el Asegurado o que éste actuó en legítima defensa.
7. Lesiones ocasionadas como consecuencia de la práctica del Asegurado de los siguientes deportes o actividades de alto riesgo: caza, automovilismo, motociclismo, motocross, karting, scooters, competencia de ciclismo, benji, buceo, submarinismo, esquí acuático, esquí en nieve, rafting, descensos de rápidos, surf, windsurf, remo, pesca en alta mar, pesca submarina, motonáutica, navegación en aguas internacionales en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, fútbol americano, rugby, saltos ornamentales, paracaidismo, vuelo en ícaro, vuelo a vela, vuelo en globo, vuelo en parapente, vuelo en planeador, vuelo en ultraligero, velerismo, vuelo delta, coleo, competencia de equitación, polo, hipismo, rodeo, boxeo, lucha, artes marciales, jiu jitsu, viet vo dao, full contact, competencia de levantamiento de pesas, tiro, espeleología, alpinismo y escalada, salvo que el Asegurador convenga con el Tomador la cobertura de estos gastos.

CLÁUSULA 4.- EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

El Asegurador no estará obligado al pago de la indemnización en los siguientes casos:

1. Si el Tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios relacionados con esta Póliza.
2. Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario.
3. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario. No obstante, el Asegurador estará obligado al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de Intereses comunes con el Asegurador en lo que respecta a esta Póliza.
4. Si el siniestro se inicia antes de la vigencia del contrato y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador.
5. Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no empleare los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro, siempre que este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador.
6. Si el Tomador o el Asegurado Titular actúa con dolo o culpa grave, según lo señalado en la Cláusula 10. Declaraciones en la Solicitud de Seguro, de estas Condiciones Generales.
7. Si el Asegurado o el Beneficiario incumpliere lo establecido en la Cláusula 14. Subrogación de Derechos, de estas Condiciones Generales, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.
8. Si el Tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, actuando con dolo o culpa grave, obstaculiza los derechos del Asegurador estipulados en esta Póliza.
9. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares de la Póliza.

CLÁUSULA 5.- VIGENCIA DE LA PÓLIZA

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

A falta de indicación expresa, los riesgos cubiertos comienzan a correr por cuenta del Asegurador a las 12 a.m. del día de inicio de la vigencia del contrato y terminarán a la misma hora del día de su vencimiento.

CLÁUSULA 6.- PAGO DE LAS PRIMAS

El Tomador debe pagar la primera prima en el plazo de diez (10) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia del contrato. Si la prima no es pagada o se hace imposible su cobro por causa imputable al Tomador en el plazo establecido, el Asegurador tendrá derecho a exigir el pago correspondiente o resolver el contrato.

En caso de resolución, ésta tendrá efecto desde el inicio de la vigencia del contrato, sin necesidad de previo aviso al Tomador.

Si ocurriese un siniestro en el plazo convenido para el pago de la primera prima, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague antes de su vencimiento la prima correspondiente.

La prima es pagadera al comienzo de cada período de duración del seguro.

Contra el pago de la prima, el Asegurador entregará al Tomador el Cuadro Póliza Recibo correspondiente, firmado y sellado por el mismo.

El pago de la prima solamente conserva en vigor la Póliza por el tiempo al cual corresponde dicho pago, según se haga constar en el Cuadro Póliza Recibo.

Las primas correspondientes a este contrato serán pagadas directamente en las oficinas del Asegurador. El Asegurador no está obligado a cobrar la prima a domicilio ni a dar avisos de su vencimiento y si lo hiciere, no sentará precedente de obligación, pudiendo suspender la gestión, en cualquier momento sin previo aviso.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del Asegurador por dicho exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses de dichas primas.

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

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

Si este contrato es emitido en moneda extranjera, el Tomador pagará la prima en esa moneda o podrá pagarla en moneda nacional a la tasa de cambio oficial dictada por el Banco Central de Venezuela para la fecha del pago.

CLÁUSULA 7.- FRACCIONAMIENTO DE LAS PRIMAS

Si el pago de la prima es fraccionado, se entiende que tal fraccionamiento es una facilidad de pago y no implica modificación del periodo de vigencia del contrato

Las partes podrán acordar que el pago de las primas sea mensual, trimestral, semestral, o de cualquier otra duración. En este caso, si el tomador no pagase alguna fracción de prima dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la finalización de la última fracción pagada, el Asegurador tiene derecho a exigir la fracción de prima debida o resolver el contrato con fundamento en la póliza, y si ocurriese un siniestro amparado durante el mencionado plazo, el Asegurador procederá de conformidad con las siguientes reglas:

- 1) Descontar del monto indemnizable la fracción de prima vencida. No obstante, si el monto a pagar es por la totalidad de la suma asegurada, el Asegurador podrá deducir las fracciones de primas pendientes para completar la totalidad de la prima del período de vigencia del contrato.
- 2) Si el monto indemnizable es menor a la fracción de prima vencida, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el tomador pague la referida fracción de prima vencida, antes del plazo dispuesto en este artículo.

CLÁUSULA 8.- RENOVACIÓN

El contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior y por un plazo igual, siempre que el Tomador pague la prima correspondiente al nuevo período, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula 9. Plazo de Gracia de estas Condiciones Generales, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior.

Las partes pueden negarse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de vigencia en curso.

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

CLÁUSULA 9.- PLAZO DE GRACIA

Se concede un plazo de gracia de treinta (30) días continuos para el pago de la prima de renovación, contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia del contrato anterior.

En el supuesto de primas fraccionadas, el plazo de gracia será de cinco (5) días continuos contados a partir de la fecha de terminación del período cubierto por la porción anteriormente pagada.

Si ocurriere un siniestro indemnizable en el plazo concedido, el Asegurador pagará la indemnización, previa deducción de la prima de renovación de la vigencia del contrato o de la fracción convenida de la prima, según sea el caso. No obstante, independientemente de la forma de pago acordada, el Asegurador podrá descontar la totalidad de prima correspondiente a la vigencia del contrato.

Si el monto del siniestro es menor a la prima de renovación o a la fracción de prima, según sea el caso, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague la prima o fracción de prima en el plazo de gracia concedido. Si la prima o fracción de prima no es pagada en el plazo establecido, el contrato quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación de la vigencia del contrato anterior, o a partir de la fecha de terminación del período cubierto por la fracción de prima anterior, según corresponda.

CLÁUSULA 10.- DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO

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

El Asegurador deberá participar al Tomador, en un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la Solicitud de Seguro, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o rescindir el contrato mediante comunicación dirigida al Tomador o al Asegurado, según corresponda, en el plazo de un (1) mes contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el Tomador o el Asegurado Titular.

En caso de resolución, esta se producirá a partir del decimosexto (16°) día continuo siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir se encuentre a disposición del Tomador en la caja del Asegurador. Corresponderán al Asegurador las primas relativas al período transcurrido hasta el momento en que se haga esta notificación. El Asegurador no podrá resolver el contrato

cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

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

Si el Tomador o el Asegurado Titular actúan con dolo o culpa grave, el Asegurador quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la prima. Cuando la reserva o inexactitud se contrajese sólo a una o varias de las personas cubiertas por la Póliza, ésta subsistirá con todos sus efectos respecto a las restantes, si ello fuera técnicamente posible.

CLÁUSULA 11.- FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE

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

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario en la reclamación del siniestro será causa de nulidad absoluta del contrato y exonera del pago de la indemnización al Asegurador.

No hay lugar a la devolución de prima al Tomador en los supuestos de nulidad del contrato contemplados en esta Cláusula.

CLÁUSULA 12.- PAGO DE INDEMNIZACIONES

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

CLÁUSULA 13.- RECHAZO DEL SINIESTRO

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

CLÁUSULA 14.- SUBROGACIÓN DE DERECHOS

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

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará contra las personas de cuyos hechos debe responder civilmente el Asegurado, ni contra el causante del siniestro vinculado con el Asegurado hasta el segundo grado de parentesco por consanguinidad o que sea su cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.

El Asegurado o el Beneficiario no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de recobrar de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado.

En caso de siniestro, el Asegurado o el Beneficiario está obligado a realizar a expensas del Asegurador, cuantos actos sean necesarios y todo lo que ésta pueda razonablemente requerir, con el objeto de permitir que éste ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago. Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario incumpliere lo establecido en esta cláusula, perderá el derecho al pago que le otorga este contrato, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él

CLÁUSULA 15.- OTROS CONTRATOS DE SALUD

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

Cuando el Asegurado se encuentre amparado por varios contratos que estén obligados a pagar la indemnización sobre un mismo siniestro, escogerá el orden en que presentará las reclamaciones, notificando a todas las empresas la ocurrencia del siniestro en los plazos establecidos en los respectivos contratos, y se deberá indemnizar, según los beneficios y límites de cada uno de ellos, hasta el monto total de los gastos, previa deducción de los montos pagados por los otros contratos.

CLÁUSULA 16.- TERMINACIÓN ANTICIPADA

El Tomador o el Asegurado podrá dar por terminado el contrato de seguro, con efecto a partir del día hábil siguiente al de la recepción de la notificación enviada al Asegurador, o de cualquier fecha posterior que en ella se señale. En este caso, dentro de los quince (15) días continuos siguientes, el Asegurador debe poner a disposición del Tomador, la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir.

La terminación anticipada de la Póliza se efectuará sin perjuicio del derecho del Asegurado o del Beneficiario a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación anticipada, en cuyo caso, no procederá devolución de prima cuando las indemnizaciones sean por la totalidad de la Suma Asegurada.

CLÁUSULA 17.- ARBITRAJE

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato.

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

Si las partes acuerdan someterse a un procedimiento de arbitraje comercial, la tramitación se ajustará a lo dispuesto en la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLÁUSULA 18.- CADUCIDAD

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

1. Del rechazo, total o parcial, del siniestro.
2. De la decisión del Asegurador sobre la inconformidad del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario respecto a la indemnización o al cumplimiento de la obligación a través de proveedores de insumos o servicios.

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

CLÁUSULA 19.- PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA 20.- MODIFICACIÓN Y REHABILITACIÓN

El contrato de seguros puede ser rehabilitado a solicitud del Tomador o el Asegurado Titular, siempre que los Asegurados se encuentren en buen estado de salud, según declaración de salud o reconocimiento médico a cargo del Asegurado. En este supuesto, se requiere la aceptación del Asegurador y el pago de la prima pendiente, entrando el contrato nuevamente en vigor en la fecha indicada en el Cuadro Póliza Recibo. El Asegurador reconocerá la antigüedad obtenida por los Asegurados pero no estarán amparados los gastos incurridos desde la fecha de resolución del contrato hasta los tres (3) meses siguientes a la fecha de inicio de su rehabilitación.

No se convendrá la rehabilitación, una vez transcurridos noventa (90) días continuos desde la fecha de resolución del contrato.

Se consideran aceptadas las solicitudes escritas de prórroga o modificar un contrato o de rehabilitar un contrato suspendido si el asegurador no rechaza por escrito dentro de los diez (10) días hábiles de haberlas recibido. Este plazo será de veinte (20) días hábiles cuando la prórroga, modificación o rehabilitación hagan necesario un reconocimiento médico requerido del Asegurador de que el Asegurado se realice examen médico, no implica aceptación.

La modificación de la suma asegurada o del deducible, si lo hubiere, requerirá siempre aceptación expresa de la otra parte; en caso que no exista aceptación expresa se presumirá aceptada: por el Asegurador, con la emisión del Cuadro Póliza Recibo correspondiente, en el que se modifique la suma asegurada o el deducible y, por el Tomador o el Asegurado, con el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere.

Si la modificación es efectiva a partir de la prórroga del contrato, la solicitud debe ser comunicada al Tomador o al Asegurado Titular mediante notificación efectuada en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con un plazo de un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso.

En caso de desacuerdo del Tomador o Asegurado, el Asegurador mantendrá o renovará el contrato bajo las mismas condiciones de suma asegurada y deducible vigentes al momento de la propuesta de modificación.

CLÁUSULA 21.- OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO

1. El Tomador y el Propuesto Asegurado deberán llenar la Solicitud de Seguro y declarar, con absoluta sinceridad, todas las circunstancias necesarias para identificar a las personas aseguradas y apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en este contrato.
2. El Asegurado deberá prestar toda la colaboración necesaria para facilitar la realización de la evaluación del riesgo.
3. El Tomador deberá pagar la prima en la forma, frecuencia y tiempo convenido en este contrato.
4. El Asegurado deberá emplear el cuidado de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro.
5. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario o su representante legal le hará saber al Asegurador, dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares, la ocurrencia de un siniestro, expresando claramente las causas y circunstancias de lo ocurrido.
6. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberá declarar, al momento de contratar la Póliza y al tiempo de exigir el pago del siniestro, los contratos de seguros que existen y que cubren el mismo riesgo.
7. El Tomador, el Asegurado, el Beneficiario o su representante legal deberá probar la ocurrencia del siniestro a través de la consignación de toda aquella información necesaria para la indemnización del siniestro, que sea solicitada por el Asegurador.
8. El Tomador o el Asegurado, en caso de cambio de dirección de cobro, domicilio, habitación u oficina, según sea el caso, debe notificar por escrito al Asegurador dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de haber efectuado el cambio.
9. El Asegurado debe cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el presente contrato.

CLÁUSULA 22.- OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

1. Informar al Tomador o al Asegurado, mediante la entrega de la Póliza y demás documentos, la extensión de los riesgos asumidos y aclarar, en cualquier tiempo, todas las dudas y consultas que éste le formule.
2. Entregar el Cuadro Póliza Recibo al Tomador junto con copia de la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los anexos, si los hubiere, y los demás documentos que formen parte integrante del contrato de seguro. En la renovación la obligación procederá para los nuevos documentos o para aquellos que hayan sido modificados. La entrega de los documentos señalados deberá efectuarse en los términos acordados por las partes.
3. Proceder a la evaluación y liquidación del siniestro o la prestación del servicio, luego de recibida la notificación para la tramitación del siniestro, conforme con lo establecido en las Condiciones Particulares de este contrato.

4. Pagar la indemnización, hasta la Suma Asegurada según corresponda en caso de siniestro, en los plazos establecidos en este contrato o rechazar la cobertura del siniestro, mediante aviso por escrito y debidamente motivado.
5. Cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el contrato de seguro.

CLÁUSULA 23.- AVISOS

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

Las comunicaciones relacionadas con la tramitación de siniestros que sean entregadas al intermediario de la actividad aseguradora producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte.

El intermediario de la actividad aseguradora será administrativa y civilmente responsable en caso de que no haya entregado la correspondencia a su destinatario en un lapso de cinco (5) días hábiles, contados a partir de su recepción.

CLÁUSULA 24.- DOMICILIO ESPECIAL

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

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1.-

INTERPRETACIÓN DE TÉRMINOS

A los efectos de este contrato, queda expresamente convenido entre las partes que los siguientes términos tendrán los significados que se indican a continuación:

1. **ACCIDENTE:** Suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del Tomador o del Asegurado, que le cause a este último lesiones corporales.
2. **ATENCIÓN AMBULATORIA:** Atención médica suministrada a un Asegurado cuando su permanencia en la Institución Hospitalaria sea menor de 24 horas.
3. **COSTO RAZONABLE:** Es el promedio calculado por el Asegurador de los gastos cubiertos por tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas de Instituciones Hospitalarias ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido el Asegurado, los cuales correspondan a una intervención quirúrgica o tratamiento médico igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de esta Póliza se encuentran cubiertos.

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

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

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

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

4. **DIAGNÓSTICO CLÍNICO:** Es aquel emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica, examen físico y resultados de exámenes de diagnóstico y laboratorio.
5. **EMERGENCIA MÉDICA:** Condición que compromete la vida o la integridad física del Asegurado, cuya atención no puede ser diferida y su diagnóstico ha sido hecho por un médico calificado de la institución hospitalaria prestadora de los servicios de salud.
6. **ENFERMEDAD:** Alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que origine reducción de su capacidad funcional y que requiera tratamiento médico y/o intervención quirúrgica.
7. **ENFERMEDAD, DEFECTO O MALFORMACIÓN CONGÉNITA:** Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo humano que existan desde la fecha de nacimiento o antes del mismo. Se considerará enfermedad preexistente si es conocida por el Tomador o el Asegurado a la fecha de inicio de la vigencia del contrato o de la inclusión del Asegurado en la Póliza.
8. **ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Enfermedad o lesión que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del contrato o de la inclusión del Asegurado en la Póliza, y sea conocida por el Tomador o el Asegurado.

9. **INSTITUCIÓN HOSPITALARIA:** Establecimiento permanente con permiso sanitario vigente para suministrar asistencia médica, autorizado por el organismo público competente. No serán consideradas instituciones hospitalarias para los efectos de esta Póliza, lugares de descanso, geriátricos, spas, hidroclínicas y cualquier institución que suministre tratamientos similares, centros exclusivos para tratamiento de farmacodependientes, de dipsómanos (alcohólicos), enfermos mentales o desórdenes de conducta, ni lugares donde se proporcionen tratamientos naturistas, terapias alternativas y acupuntura.
10. **MÉDICO:** Persona natural acreditada conforme a la ley para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios, en cualquiera de sus modalidades y especialidades.
11. **MÉDICO ESPECIALISTA:** Médico capacitado en un área específica de la medicina.
12. **MÉDICO TRATANTE:** Profesional de la salud, legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina en el país donde presta sus servicios, cuya especialidad esté directamente relacionada con el diagnóstico o tratamiento efectuado al Asegurado. Queda entendido que el médico tratante es un profesional independiente y la prestación de sus servicios no genera responsabilidad por parte del Asegurador.
13. **MÉDICAMENTE NECESARIO:** Conjunto de medidas o procedimientos ordenados y suministrados por un médico o institución hospitalaria, que se ponen en práctica para el tratamiento, curación o alivio de una enfermedad o lesión, bajo las siguientes características:
 - a. Que sea apropiado y pertinente para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del Asegurado.
 - b. Que sea congruente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina en la República Bolivariana de Venezuela y por la Federación Médica Venezolana o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.
 - c. Que el nivel de servicio o suministro sea idóneo y pueda ser proporcionado sin riesgo para el Asegurado.
 - d. Que no sea primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado, de su familia o de su Médico.
 - e. Que no sea con fines diagnósticos.
14. **PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO:** Tratamiento médico, intervención quirúrgica, suministro, medicamento, procedimiento médico u hospitalización que:
 - a. No haya sido aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento médico de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional; o
 - 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.
15. **PRÓTESIS:** Dispositivo o aparato diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo trabaje mejor.

16. **TRATAMIENTO MÉDICO:** Conjunto de medidas realizadas u ordenadas por un médico que se ponen en práctica para la curación o alivio de una enfermedad o lesión, incluyendo medicamentos prescritos, insumos o prótesis.
17. **RED DE PROVEEDORES:** Conjunto de centros de salud, instituciones hospitalarias, laboratorios, profesionales de la salud y proveedores de suministros médicos contratados por el Asegurador para proporcionar la prestación de los servicios médicos asistenciales garantizados por este contrato. Los datos de localización de los Centros de Salud, profesionales de la salud y proveedores de suministros médicos, serán publicados y en el portal de web del Asegurador o informados oportunamente a los Asegurados a través de cualquier otro mecanismo.
18. **URGENCIAS MEDICAS:** Situación que amerita la atención medica de Asegurado de manera no inmediata, ocasionada por la acción súbita de un agente proveniente del medio externo que cause una lesión corporal al Asegurado, producto de una enfermedad o afección que padezca o reduzca su capacidad funcional, que se manifiesta de forma repentina, fortuita y ajena a la voluntad del Asegurado y que, sin embargo, no ponga en evidente peligro su vida ni ocasione consecuencias graves para su persona. Es decir se trata de una afección, lesión o agravamiento de una enfermedad que requiere atención de un profesional de la medicina, pero que no califica como una emergencia.

CLÁUSULA 2.- ALCANCE DE LA COBERTURA

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

CLÁUSULA 3.- GASTOS CUBIERTOS

Queda entendido que el Asegurador se compromete a cubrir el ciento por ciento (100%) de los gastos médicos mencionados en esta Cláusula causados únicamente por emergencias médicas que se deriven de las patologías o enfermedades mencionadas en la Cláusula 4. Enfermedades Amparadas, de estas Condiciones Particulares, ocasionadas durante la vigencia del contrato, sujeto al costo razonable, en exceso del deducible, si los hubiere, y hasta la suma asegurada contratada.

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

El Asegurador se compromete a asumir el pago de los gastos generados por los tratamientos médicos, intervención quirúrgica, servicios hospitalarios, procedimiento médico, medicamentos, suministros, equipos e instrumentos especiales, médicamente necesarios para la atención de las alteraciones a la salud del Asegurado amparadas por esta Póliza. Queda entendido que para los gastos médicos amparados aplican las siguientes condiciones:

1. Los gastos por concepto de pago de honorarios médicos, conjuntamente con los demás beneficios cubiertos por esta Póliza, están sujetos a la suma asegurada contratada por año póliza.
2. En cuanto a la responsabilidad de pagar los gastos relacionados con los medicamentos utilizados por el Asegurado, los mismos deben haber sido indicados bajo prescripción médica específica, ser necesarios para el tratamiento médico de la enfermedad y/o lesión que causa el reclamo del Asegurado y ser adquiridos en un establecimiento autorizado para el expendio de productos farmacéuticos.
3. Los costos directos asociados al material médico quirúrgico y los suministros serán indemnizados por el Asegurador contra la presentación del desglose de su consumo y costo facturado por parte de la Institución Hospitalaria, siempre que hayan sido necesarios para el tratamiento de la enfermedad, lesión o procedimiento realizado al Asegurado.
4. Los gastos hospitalarios cubiertos por el Asegurador se refieren exclusivamente al servicio de habitación corriente (distinta a habitaciones especiales o de lujo, suites y semi-suites), los cuales incluyen la alimentación del paciente conforme a la prescripción facultativa, y hasta por el máximo del costo de la habitación privada corriente en la institución hospitalaria.
5. Los gastos por concepto de honorarios médicos por intervención quirúrgica están limitados a un (1) cirujano principal, un (1) ayudante y un (1) anesthesiólogo. El Asegurador reconocerá los honorarios ocasionados por un (1) segundo y un (1) tercer ayudante, siempre que la participación de estos en la intervención quirúrgica esté justificada médicamente. Los gastos cubiertos por honorarios médicos correspondientes al primer ayudante, el anesthesiólogo, no excederán al cuarenta (40%) de los honorarios cubiertos del cirujano principal, para cada uno. En el caso de ser necesaria la participación de un segundo ayudante, los honorarios serán como máximo el treinta por ciento (30%) de los honorarios del cirujano principal y en el supuesto de un tercer ayudante los honorarios serán como máximo el veinte por ciento (20%) de los honorarios del cirujano principal.

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

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

6. Están cubiertos los gastos por atención médica recibida en instituciones hospitalarias públicas e instituciones benéficas, los cuales serán pagados exclusivamente contra la presentación de facturas y soportes originales que demuestren el pago de los gastos incurridos, o contra la presentación del Informe Médico Completo en original, donde se especifique detalladamente el tratamiento o procedimiento médico a efectuar y el presupuesto original otorgado por la institución donde se generaría la atención médica. En cualquiera de los casos, los gastos están cubiertos siempre que la enfermedad y/o lesión que los originó esté amparada por esta Póliza.
7. Están cubiertos los gastos por Servicios de Analgesia Post Operatoria, siempre que sea requerido por una enfermedad o accidente cubierto por la Póliza y el médico tratante lo considere médicamente necesario.

8. El servicio de enfermera particular estará amparado, siempre que sea prestado dentro de la institución hospitalaria y ordenado por el médico tratante, dada la gravedad del paciente y la necesidad de atención especializada.
9. Están cubiertos los gastos de alquiler por concepto de aparatos ortopédicos, así como equipos para la administración de oxígeno, respiradores artificiales, otros equipos para el tratamiento médico de parálisis respiratoria y, en general, todos aquellos relacionados con cualquier clase de equipos e instrumentos especiales, siempre que sea a consecuencia de una emergencia y la patología este amparada según la cláusula 4. Enfermedades Amparadas. Cuando el costo del alquiler por el tiempo estimado de uso, de acuerdo al criterio del médico tratante, supere el costo de adquisición, el Asegurador podrá efectuar la compra de estos y una vez culminado el proceso de rehabilitación del Asegurado o su utilización, éste deberá, a solicitud del Asegurador, efectuar su devolución dentro de los treinta (30) días continuos.
10. Están cubiertos los gastos por concepto de rehabilitación derivados de una emergencia cubierta según la cláusula 4. Enfermedades Amparadas, prescrita por el médico tratante y practicada por profesionales autorizados en la materia, destinada a la recuperación de la capacidad física perdida como consecuencia de un siniestro amparado por la presente Póliza.

CLÁUSULA 4.- ENFERMEDADES AMPARADAS

El Asegurador otorgará cobertura únicamente a las enfermedades y procedimientos descritos hasta el límite de la suma asegurada contratada.

- 1) ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES:
 - a. Crisis Hipertensiva que no cede a tratamiento.
 - b. Insuficiencia cardíaca congestiva descompensada.
 - c. Síndrome coronario agudo
- 2) ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES:
 - a. Cefalea con afectación neurológica.
 - b. Enfermedad Vasculare cerebral.
 - c. Episodios convulsivos.
- 3) ENVENENAMIENTOS o INTOXICACIONES:
 - a. Accidentes escorpiónicos, ofídicos, o apismo.
 - b. Reacciones de hipersensibilidad severas.
- 4) ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES:
 - a. Apendicitis
 - b. Cólico biliar complejo.
 - c. Hemorragias digestivas superior e inferior
 - d. Peritonitis
 - e. Pancreatitis aguda.
- 5) ENFERMEDADES INFECCIOSAS:
 - a. Dengue con signos clínicos de alarma.
 - b. Faringitis o faringoamigdalitis complicadas con absceso periamigdalino.
 - c. Infecciones de piel y partes blandas con signos de severidad.
 - d. Meningitis o meningoencefalitis.

- e. Síndrome febril agudo.
 - f. Varicela sobreinfectada.
- 6) QUEMADURAS MAYORES. HERIDAS COMPLICADAS.
- a. Heridas o laceraciones.
 - b. Quemadura
 - c. Quemaduras de 3er grado.
 - d. Quemaduras en más de 20% de SCT.
- 7) ENFERMEDADES RENALES:
- a. Cólico nefrítico que no ceda con analgesia.
 - b. Pielonefritis aguda con alteración hemodinámica.
- 8) ENFERMEDADES RESPIRATORIAS:
- a. Asma Bronquial en crisis.
 - b. Bronquiolitis o broncoespasmo en pediátricos.
 - c. EPOC en exacerbación.
 - d. Infección Respiratoria Baja
- 9) TRAUMATISMOS:
- a. Fracturas óseas.
 - b. Luxaciones o esguinces de II o III grado
 - c. Politraumatismos
 - d. Traumatismo craneoencefálico.

CLÁUSULA 5.- DEFINICIONES DE LAS ENFERMEDADES AMPARADAS

1) ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

- a. **Crisis Hipertensiva que no cede a tratamiento:** La crisis hipertensiva es una elevación aguda de la presión arterial (PA) capaz de producir lesiones en órganos diana. Según la presencia o no de esta afectación, se clasifica en emergencia hipertensiva (EH) o urgencia hipertensiva (UH), respectivamente.
- b. **Insuficiencia cardíaca congestiva descompensada:** Afección crónica que provoca que el corazón no bombee sangre con la eficacia necesaria, puede producirse cuando el corazón no bombea (sístole) o no se llena (diástole) correctamente.
- c. **Síndrome coronario agudo:** Patología provocada por una reducción súbita o bloqueo de la irrigación sanguínea al corazón.

2) ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES

- a. **Cefalea con afectación neurológica:** Cefalea de inicio reciente, explosivo, que tiene un inicio brusco y que alcanza su máxima intensidad en los primeros minutos, suele acompañarse de sensibilidad a la luz, el sonido, náuseas y vómitos.
- b. **Enfermedad vascular cerebral (EVC):** Alteración en las neuronas, provocada por disminución de flujo sanguíneo en el cerebro, las alteraciones cerebrales pueden ser de manera momentánea o permanente. Signos clínicos: dificultad para articular, hablar y entender, confusión, parálisis o entumecimiento de la cara o extremidades.

- c. **Episodios convulsivos:** Alteración eléctrica repentina y no controlada en el cerebro. Puede provocar cambios en el comportamiento, los movimientos o sentimientos, y en los niveles de conciencia. El espectro de las convulsiones pueden ir desde episodios o crisis de ausencia hasta estatus convulsivos, donde no es posible controlar la frecuencia de las convulsiones.

3) ENVENENAMIENTOS O INTOXICACIONES

- a. **Accidentes escorpiónicos, ofídicos, o apismo:** Cuadro agudo, que se inicia inmediatamente posterior a un emponzoñamiento accidental de un escorpión. Accidente ofídico: Es aquel causado por la mordedura de serpientes que poseen e inoculan sustancias tóxicas, las cuales lesionan los tejidos y provocan alteraciones fisiopatológicas en la víctima. Apismo: Envenenamiento producido por abejas que no sólo causa efecto o daño local sino además puede producir o desencadenar otros efectos graves como son reacciones tóxicas, anafilácticas y sistémicas, comprometiendo la vida del huésped y provocando muchas veces la muerte en pocos minutos.
- b. **Reacciones de hipersensibilidad severas:** Las reacciones alérgicas o Reacciones de hipersensibilidad, son respuestas inadecuadas del sistema inmunitario a una sustancia que en condiciones normales es inofensiva. Se consideran severas o graves (anafilaxia) cuando ponen en riesgo la vida.

4) ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES

- a. **Apendicitis:** Inflamación del apéndice, un órgano con forma de pequeño saco de tejido unido al colon y ubicado en la parte inferior derecha del abdomen, esta ocurre por una obstrucción aguda del órgano que hace que este se inflame e infecte.
- b. **Cólico biliar complejo:** Dolor intenso que se localiza en la parte superior derecha y media del abdomen, causado por un problema en la vesícula biliar, que se produce cuando algo obstruye el conducto que permite que la bilis salga de la vesícula.
- c. **Hemorragias digestivas superior e inferior:** Pérdida de sangre por el tubo digestivo. Las hemorragias altas son las que se originan en esófago, estómago y duodeno, y bajas las que se originan en el resto del intestino delgado y en el colon.
- d. **Peritonitis:** Inflamación grave y muy dolorosa del peritoneo (membrana que reviste la pared abdominal y recubre los órganos abdominales) o la cavidad peritoneal debida a una infección bacteriana ó micótica, a traumatismos o a irritantes químicos como los jugos pancreáticos, intestinales, o la bilis.
- e. **Pancreatitis aguda:** Inflamación súbita del páncreas, enfermedad grave que se caracteriza por la aparición de dolor intenso en la boca del estómago (epigastrio), asociado o no a vómitos.

5) ENFERMEDADES INFECCIOSAS

- a. **Dengue con signos clínicos de alarma:** Infección vírica transmitida a los humanos por la picadura de mosquitos infectados. Los síntomas son fiebre alta, sarpullido y dolor en los músculos y las articulaciones. En los casos más graves puede haber hemorragia profusa y un shock, que pueden llevar a la muerte.
- b. **Faringitis o faringoamigdalitis complicadas con absceso periamigdalino:** Proceso inflamatorio de la mucosa y estructuras del área faringo-amigdalal, de origen habitualmente infeccioso que puede cursar con eritema, edema, exudado, úlcera o vesículas. Absceso periamigdalino es el acúmulo de pus y bacterias que se sitúa en la zona que rodea la amígdala, al extenderse la infección fuera de la misma tras haber sufrido una amigdalitis.



- c. **Infecciones de piel y partes blandas con signos de severidad:** Infección cutánea provocada por una bacteria, un hongo, un virus o un parásito que provoca enrojecimiento, inflamación y dolor en el área infectada de la piel.
- d. **Meningitis o meningoencefalitis:** Inflamación de las membranas de la médula espinal y el cerebro, usualmente a causa de una infección. Meningoencefalitis: Inflamación del cerebro y los tejidos que lo rodean, generalmente a causa de una infección debida a un virus, una bacteria, un parásito u otro microorganismo.
- e. **Síndrome febril agudo:** Estado mórbido con inicio repentino de fiebre (temperatura rectal >38oC) en pacientes en los cuales no se hayan identificado signos ni síntomas relacionados con un foco infeccioso aparente.
- f. **Varicela sobreinfectada:** Enfermedad muy contagiosa causada por el virus de la varicela-zóster (VVZ). Produce un sarpullido con ampollas, picazón, cansancio y fiebre. Las vesículas pueden presentar una infección bacteriana secundaria (típicamente, estreptocócica o estafilocócica) y provocar celulitis o shock tóxico estreptocócico.

6) QUEMADURAS MAYORES. HERIDAS COMPLICADAS

- a. **Heridas o laceraciones:** Corte o abertura en la piel. Puede o no afectar los tejidos más profundos. De causas múltiples, por fricción, radiación o contacto con productos químicos.
- b. **Quemaduras:** Lesión de la piel u otro tejido orgánico causada principalmente por el calor o la radiación, la radioactividad, la electricidad, la fricción o el contacto con productos químicos.
- c. **Quemaduras de 3er grado:** Aquellas que afectan todas las capas de la piel.
- d. **Quemaduras en más de 20% de SCT:** Aquellas que abarcan más del 20% de la superficie corporal total (SCT).

7) ENFERMEDADES RENALES

- a. **Cólico nefrítico que no ceda con analgesia:** Dolor súbito e intenso en la región lumbar que ocurre como consecuencia de la obstrucción de la salida de orina a nivel del uréter o de la unión entre el uréter y la pelvis renal.
- b. **Pielonefritis aguda con alteración hemodinámica:** Infección bacteriana de uno o ambos riñones que puede llevar a la sepsis y al fallo múltiple del órgano.

8) ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

- a. **Asma Bronquial en crisis:** Episodios de progresiva y repentina dificultad para respirar, caracterizados por inflamación, hiperreactividad y obstrucción reversible de la vía aérea, que condicionan disnea, sibilancias, tos y sensación de opresión o dolor torácico, asociado a disminución de la función pulmonar.
- b. **Bronquiolitis o broncoespasmo en pediátricos:** Infección viral aguda de las vías respiratorias inferiores que afecta a niños < 24 meses y se caracteriza por dificultad respiratoria, sibilancias y/o estertores crepitantes.
- c. **EPOC en exacerbación:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad pulmonar inflamatoria crónica que causa la obstrucción del flujo de aire de los pulmones. Los síntomas incluyen dificultad para respirar, tos, producción de moco (esputo) y sibilancias.
- d. **Infección Respiratoria Baja:** Aquellas que incluyen tanto procesos que afectan al tejido pulmonar (neumonía, bronquitis, bronconeumonía, alveolitis)

9) TRAUMATISMOS

- a. **Fracturas óseas:** Solución de continuidad de un hueso a consecuencia de un accidente, golpe, caída fuerte, lesión deportiva, fuerzas o tracciones cuya intensidad supere la elasticidad del hueso. La fractura provoca un dolor intenso y dependiendo de la gravedad puede necesitar cirugía para recomponer el hueso.
- b. **Luxaciones o esguinces de II o III grado:** Separación permanente de las dos partes de una articulación, es decir, se produce cuando se aplica una fuerza extrema sobre un ligamento, produciendo la separación de los extremos de dos huesos conectados de su posición normal. **ESGUINCES (II-III-IV):** Estiramiento o rasgadura de los ligamentos, el tejido fibroso que conecta los huesos y las articulaciones. Esguince de grado II Lesión incompleta de un ligamento, cursa con dolor, edema, discapacidad funcional y equimosis moderada (el paciente tiene dolor cuando apoya o camina). Esguince de grado III -IV o severo presentan desgarramiento o rotura completa del ligamento, cursa con dolor, hinchazón y hematoma importantes y el paciente es incapaz de apoyarse sobre la articulación.
- c. **Politraumatismos:** Conjunto de lesiones múltiples, que afectan dos o más órganos del cuerpo, suelen ser graves y pueden ocasionar el fallecimiento del individuo.
- d. **Traumatismo craneoencefálico:** Lesión física producida sobre el tejido cerebral que altera la función cerebral (temporalmente o permanentemente) y puede producir una disminución del nivel de conciencia y alterar las habilidades cognitivas, físicas y emocionales de la persona.

CLÁUSULA 6.- PLAZOS DE ESPERA

Todos los Asegurados inscritos en el seguro tienen derecho a gozar de las coberturas y beneficios establecidos en esta Póliza, una vez transcurridos siete (07) días continuos, contados a partir de la fecha de en qué se realice el pago de la primera prima.

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

CLÁUSULA 7.- EXCLUSIONES PARTICULARES

El Asegurador no cubre los gastos que sean causados o sean consecuencia de:

1. Cualquier enfermedad o patología, distintas a las mencionadas en la Cláusula 4. Enfermedades Amparadas de estas Condiciones Particulares.
2. Enfermedades decretadas como epidémicas por el organismo público competente, en lo que se refiere a los gastos que se hayan ocasionado luego de haber sido declaradas como tales.
3. Tratamientos contra la dependencia del alcohol, de drogas estupefacientes y psicotrópicas y sus complicaciones, agudas o crónicas, el etilismo.
4. Trasplante de órganos.
5. Enfermedades que hayan sido ocasionadas por un trasplante de órgano o tejido.

6. Tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas sobre órganos o partes del cuerpo sanos con fines profilácticos o meramente estéticos.
7. Chequeos médicos generales o exámenes con fines de diagnóstico o control, con o sin hospitalización, cuando no haya enfermedad o no guarden relación con la enfermedad que originó la atención médica, con excepción de lo establecido en la Cláusula 2. Enfermedades Amparadas de estas Condiciones Particulares.
8. Tratamiento experimental o investigativo.
9. El traslado del Asegurado desde y hasta la Institución Hospitalaria.
10. Embarazo, parto, cesárea, aborto y legrado uterino por aborto, sus consecuencias y complicaciones. Consultas y exámenes pre y post natal.
11. Las sumas relacionadas a impuestos, gastos de cobranza, limpieza, microfilm, historias clínicas, estacionamiento, misceláneos y otros costos no definidos ni relacionados con el tratamiento de la afección declarada.
12. Tratamiento médico, intervención quirúrgica, servicios hospitalarios, procedimiento médico, medicamentos, suministros, equipos e instrumentos especiales, cuyas facturas no cumplan con las exigencias el Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (SENIAT).
13. Medicamentos sin prescripción facultativa, ni medicamentos con prescripción facultativa no relacionadas con la enfermedad o lesión tratada.
14. La adquisición de los siguientes equipos médicos utilizados para controles de salud y prevención: tensiómetro, glucómetro, cepillos dentales, humidificador, irrigador dental, colchón de aire anti escaras y equipos de resucitación.

CLÁUSULA 8- OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD

El Asegurador no estará obligado al pago de la indemnización si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no notificaren el siniestro o no entregare los documentos solicitados por el Asegurador dentro de los plazos establecidos en la Cláusula 9. Procedimiento en caso de Activación de la Cobertura, de estas Condiciones Particulares, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario.

CLÁUSULA 9.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE LA COBERTURA

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

1. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario podrá solicitar el reembolso de los gastos incurridos. El Asegurador pagará la indemnización al Asegurado Titular con base en los documentos originales de: las certificaciones médicas, informaciones del proveedor del servicio, facturas, récipes con indicación médica concernientes a los productos y/o servicios expresamente cubiertos por esta Póliza y dispensados al Asegurado, que cumplan con las exigencias legales. Si otra empresa de la actividad aseguradora hubiere pagado parte de los gastos incurridos por el Asegurado, deben entregarse al Asegurador el finiquito y las facturas originales indemnizadas, con el sello correspondiente.
2. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberá notificar el siniestro, dentro del plazo máximo de diez (10) días hábiles siguientes de haber recibido los productos y/o servicios o a su egreso de la institución hospitalaria, según sea el caso, utilizando los formularios usuales del Asegurador, y

consignar los recaudos antes señalados, dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes de haber efectuado la notificación.

3. Asimismo, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario se comprometen a suministrar al Asegurador, en original, las facturas y comprobantes de pago por los productos y/o servicios recibidos y amparados por esta Póliza.
4. Cuando el Asegurado reciba los servicios fuera de la República Bolivariana de Venezuela, las facturas deberán ser traducidas al idioma castellano, si fuere el caso, y estar selladas por el respectivo Consulado o Embajada de la República Bolivariana de Venezuela. La indemnización se efectuará al costo razonable que tengan los servicios en la República Bolivariana de Venezuela, en moneda nacional a la tasa de cambio oficial de venta vigente, establecida por el Banco Central de Venezuela, para la fecha en que el Asegurador efectúe el pago, siempre que la reclamación resulte válida según las condiciones de esta Póliza. El Asegurador podrá solicitar documentos adicionales a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad, la solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos en los dos párrafos anteriores. Sin embargo, si del análisis de los documentos consignados se derivare, razonablemente, la necesidad de exigir documentación complementaria, el Asegurador podrá solicitarla dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos adicionales. En estos casos, se establece un plazo de treinta (30) días continuos para la presentación de los recaudos solicitados por el Asegurador, contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario.
5. En caso de que el Asegurado Titular quede incapacitado o hubiere fallecido antes de recibir el pago de la indemnización, el reembolso corresponderá a sus Beneficiarios, y en su defecto, a sus causahabientes debidamente acreditados como tales.
6. En los supuestos de emergencia médica, a solicitud de la Institución Hospitalaria, el Asegurador debe informar de forma inmediata, a través de cualquier mecanismo previsto para ello, que el Asegurado se encuentra amparado por esta Póliza.
7. El Asegurador utilizará todos los mecanismos necesarios para procurar que el Asegurado reciba atención inmediata.
8. El Asegurado tiene el derecho a escoger libremente el proveedor que le prestará los servicios o suministros garantizados por esta Póliza. El Asegurador podrá suscribir contratos con proveedores que aseguren la prestación de estos servicios o suministros. En este supuesto, indicará periódicamente, mediante avisos colocados en cada una de sus oficinas de atención al público y en los medios de información electrónicos, los referidos proveedores.
9. Cualquiera sea el caso, la indemnización estará sujeta a un análisis previo realizado por el Asegurador, a fin de que éste pueda determinar que la lesión o enfermedad que originó la solicitud está cubierta por la Póliza.
10. El Asegurado autoriza al médico tratante y a la Institución Hospitalaria para dar información acerca de su estado físico, historia clínica y demás circunstancias que originaron la reclamación, relevándolos de guardar el secreto médico.
11. Si después de haberse hecho efectivo el pago, resultare que los gastos incurridos por el Asegurado y pagados por el Asegurador, fueron originados o relacionados con algunas de las exclusiones o limitaciones de esta Póliza, el Asegurador procederá a recuperar del Asegurado Titular o de la persona que haya recibido la indemnización, el monto que haya sido pagado indebidamente.

CLÁUSULA 10.- PERSONAS ASEGURABLES

Son asegurables bajo la presente Póliza el Asegurado Titular y su grupo familiar hasta la edad de sesenta y nueve (69) años para el momento de suscripción de la póliza, los cuales deben estar identificados en el Cuadro Póliza Recibo.

CLÁUSULA 11.- INDEMNIZACIONES

El Asegurador cumplirá su obligación de indemnizar en la misma moneda indicada en el Cuadro Póliza Recibo o en moneda nacional, a la tasa de cambio oficial para la fecha del pago. Cuando la prima haya sido cobrada en bolívares, el Asegurador cumplirá su obligación de indemnizar en bolívares.

Si los gastos incurridos hubieren sido efectuados en bolívares, la indemnización será equivalente a la cantidad de unidades monetarias de la moneda extranjera indicada en el Cuadro Póliza Recibo, a la tasa de cambio oficial para el momento en que se incurrió en el gasto. El Asegurador podrá efectuar la indemnización en bolívares, a la tasa de cambio oficial fijada por el Banco Central de Venezuela para la fecha del pago de la indemnización.

CLÁUSULA 12.- TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA CADA ASEGURADO

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

1. Cuando el cónyuge o la persona con quien mantenga unión pública y estable de hecho con el Asegurado Titular termine su relación con él.
2. Si el hijo del Asegurado Titular o de su cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho, cumple la edad de treinta (30) años, contraiga matrimonio o mantenga unión estable de hecho.
3. Cuando el trabajador deje de prestar servicios para el Asegurado Titular.
4. Por aviso escrito del Tomador o el Asegurado Titular, comunicando al Asegurador la decisión de no renovar la Póliza o el seguro de algún Asegurado.

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

La terminación se efectuará sin perjuicio del derecho del Asegurado o del Beneficiario a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación, Si un Asegurado, conforme con lo indicado en los numerales anteriores, quedare excluido de la Póliza, podrá solicitarse al Asegurador, a más tardar dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha en que sea efectiva la terminación del contrato, la emisión de una póliza de seguro de salud, sujeto al pago de la prima correspondiente, y el Asegurado no perderá los derechos de antigüedad adquiridos con la póliza anterior, en lo que se refiere a la misma suma asegurada o plan vigentes para el momento de la terminación del seguro. Si el Asegurado estuvo amparado ininterrumpidamente por tres (3) años a la fecha de terminación del seguro, el Asegurador queda obligado a emitir la póliza de seguro solicitada.

**CLÁUSULA 13.-
AMBITO DE LA COBERTURA**

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

**CLÁUSULA 14.-
DEFENSOR DEL ASEGURADO**

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

POR EL ASEGURADOR	EL TOMADOR