

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador se compromete a cubrir el cien por ciento (100%) de los gastos amparados ocasionados durante la vigencia del contrato, sujeto al costo razonable, en exceso del deducible cuando aplique y hasta la suma asegurada establecida en el Cuadro Póliza Recibo, de acuerdo a lo previsto de estas Condiciones Particulares.

CLÁUSULA 2. INTERPRETACIÓN DE TÉRMINOS

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

- 2.1 ACCIDENTE:** Suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del Tomador o del Asegurado, que le cause a este último lesiones corporales.
- 2.2 ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR:** Episodio Neurológico Agudo, que afecta las funciones del Sistema Nervioso Central debido a la interrupción del suministro de sangre por la presencia de un coágulo o ruptura de un vaso, cuya signo-sintomatología es variada y con duración mayor a veinticuatro (24) horas, de acuerdo al área cerebral afectada. El diagnóstico deberá estar corroborado por los estudios de imágenes. Asimismo, serán considerados Accidentes Cerebro-Vasculares en los términos descritos en las presentes Condiciones Particulares: la Enfermedad Cerebro Vascular, el Derrame Cerebral, el Accidente Cerebro Vascular, el Infarto Cerebral, la Hemorragia Cerebral y el Accidente Cerebro Vascular Isquémico.
- 2.3 ANGIOPLASTIA DE LAS ARTERIAS CORONARIAS - CARÓTIDA INTERNA - ARTERIAS RENALES - ARTERIAS PERIFÉRICAS:** Angioplastia con colocación de stents usado comúnmente para tratar condiciones que involucran un estrechamiento u obstrucción de las arterias o venas.
- 2.4 CÁNCER:** Tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o las Metástasis, o grandes números de células malignas en los Sistemas Linfáticos o Circulatorios y Leucemia.
- 2.5 CENTRO DE TRASPLANTE:** Institución hospitalaria de conformidad con las normas y leyes de la jurisdicción donde tiene su domicilio, que tiene las siguientes características:
- 2.5.1** Se ocupa del cuidado de enfermos, accidentados, incluyendo procedimientos especiales, requeridos para el trasplante de órganos y tejidos, y la atención en unidades de cuidados intensivos, todo ello garantizado por el pago de remuneración.
- 2.5.2** Está especialmente equipada para efectuar trasplantes de órganos y tejidos, siendo reconocida y aceptada como un centro especializado para efectuar dichos trasplantes

por el consenso de las organizaciones profesionales de la comunidad médica nacional y/o internacional.

2.5.3 Proporciona, en forma continua, servicios de enfermería veinticuatro (24) horas al día, prestados por personal profesional de enfermería, debidamente registrado.

2.5.4 Posee los equipos e instalaciones necesarios para efectuar intervenciones de cirugía mayor, incluyendo trasplantes de órganos y de tejidos.

2.5.5 El término centro de trasplante no incluye una institución que es usada principalmente como un centro para descanso, cuidados de custodia, cuidados de enfermería, de ancianos, de convalecientes, rehabilitación, spas, tratamiento de alcoholismo, adicción a las drogas, condiciones nerviosas o condiciones mentales.

2.6 ATENCIÓN AMBULATORIA: Atención médica suministrada a un Asegurado cuando su permanencia en la Institución Hospitalaria sea menor de 24 horas.

2.7 CIRUGÍA CORONARIA: Cirugía cardíaca con la que se reconduce la sangre salvando arterias obstruidas (una o más arterias coronarias), de tal forma que se asegura el aporte de sangre y oxígeno a las zonas que, de otra forma, no recibirían el aporte necesario. El Bypass Aorto-Coronario es una conexión mediante un conducto (normalmente un segmento de una vena o arteria de otra zona del cuerpo), que, habitualmente, une un segmento de la aorta y una arteria coronaria.

2.8 CIRUGÍA DE REEMPLAZO VALVULAR: Intervención quirúrgica de una o más Válvulas Coronarias con Válvulas Artificiales. Esto incluye el reemplazo de la Válvula Aórtica-Mitral Tricúspidea y Pulmonar debido a Estenosis o Incompetencia o una o combinación de estas condiciones.

2.9 COSTO RAZONABLE: Es el promedio calculado por el Asegurador de los gastos cubiertos por tratamientos médicos y/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 amparado e incurrido con motivo de asistencia médica.

- 2.10 DONANTE:** Persona viva o fallecida a la cual se le ha extraído uno, o más de uno de los órganos o tejidos de su cuerpo con la finalidad de insertarlos (en total o en parte) al cuerpo de otra persona, mediante un procedimiento quirúrgico considerado médicamente necesario.
- 2.11 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.
- 2.12 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.
- 2.13 ENFERMEDAD CEREBRAL (TUMOR BENIGNO O MALFORMACIÓN VASCULAR):** Enfermedad originada en tumores benignos de las células nerviosas o en las malformaciones vasculares (Aneurismas o Hemangiomas) que en ambos casos se presenten en la parte central del cerebro, en la base del encéfalo, o vecinos a estructuras vitales, cuyo tratamiento por extirpación resulta imposible o técnicamente muy difícil sin dejar secuelas, siendo necesario recurrir a métodos de irradiación fina.
- 2.14 ENFERMEDAD NEUROLÓGICA:** Enfermedad en la cual el Sistema Nervioso Central, el Sistema Nervioso Periférico, o ambos, se encuentran afectados por un proceso patológico que se origina y ocurre principalmente dentro de las mencionadas estructuras que componen el sistema nervioso. Entre ellas se consideran: Epilepsia, Enfermedad Cardiovascular, Neoplasias, Enfermedades Degenerativas, Desordenes Extrapiramidales, Enfermedades de la Neurona Motora, Ataxias Hereditarias, Enfermedades Desmielinizantes, Infecciones Bacterianas, Virales y Parasitarias Agudas y Crónicas, Traumatismo del Encéfalo o Médula, Enfermedades Nutricionales y Metabólicas, Trastornos del Desarrollo, Enfermedades del Sistema Nervioso Autónomo, Lesiones de los Nervios Craneales, Periféricos y Médula Espinal y Enfermedad Neuromuscular. No se considerará Enfermedad Neurológica, a los efectos de estas Condiciones Particulares, cualquier enfermedad o desorden que afecte en forma secundaria al Sistema Nervioso Central, o al Periférico, o el cual haya sido causado por condiciones o factores ajenos al sistema nervioso.
- 2.15 ENFERMEDAD NEUROQUIRÚRGICA:** Engloba todos los perjuicios del Sistema Nervioso Central - Periférico -Vegetativo, incluyendo sus estructuras vasculares.
- 2.16 ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Enfermedad o lesión que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del contrato o de la inclusión del Asegurado en la Póliza y sea conocida por el Tomador o el Asegurado al momento de la suscripción del contrato de seguros.
- 2.17 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.
- 2.18 EVENTO:** Enfermedad grave o accidente grave que constituye una condición médica cubierta por estas Condiciones Particulares, aguda y/o crónica y sus complicaciones que requieren tratamiento médico y/o quirúrgico.

- 2.19 HOSPICIO:** Institución o agencia que provee asesoramiento, apoyo y servicios médicos en algunos casos incluyendo cuarto y comida, a personas que se encuentran en la etapa final de una enfermedad fatal.
- 2.20 HONORARIOS MÉDICOS:** Honorarios de los médicos tratantes, sujetos a la definición de “costo razonable” indicado en esta Cláusula.
- 2.21 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.
- 2.22 INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA:** Etapa final de una enfermedad crónica de ambos riñones, que implica la pérdida total e irreversible del funcionamiento de estos, como consecuencia de la cual se hace necesaria regularmente la diálisis renal o el trasplante de riñón.
- 2.23 MÉDICO:** Persona natural acreditada conforme a la ley para ejercer su profesión médica en el país donde presta sus servicios, en cualquiera de sus modalidades y especialidades.
- 2.24 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:
- 2.24.1** Que sea apropiado para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del Asegurado.
 - 2.24.2** Que sea congruente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina en la República Bolivariana de Venezuela y por la Federación Médica Venezolana o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.
 - 2.24.3** Que el nivel de servicio o suministro sea idóneo y pueda ser proporcionado sin riesgo para el Asegurado.
 - 2.24.4** Que no sea primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado, de su familia o de su Médico.
- 2.25 MÉDULA ÓSEA:** Tejido que se encuentra en las cavidades de los huesos, presentando fibras reticulares y células.
- 2.26 NEUROCIRUGÍA:** Intervención quirúrgica del Sistema Nervioso Central y/o Periférico, incluyendo el cerebro y otras estructuras intracraneales, la médula espinal y las vértebras, los nervios periféricos de todo el cuerpo y los vasos sanguíneos del cerebro y la médula espinal.
- 2.27 PAÍS DE RESIDENCIA:** Es el país en donde tiene establecido su domicilio permanente El Asegurado. Considerándose como tal, aquel país en el cual El Asegurado resida al menos seis (6) meses del año póliza. Para los efectos de esta póliza, el país de residencia es la República Bolivariana de Venezuela.

2.28 PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO: Tratamiento médico, intervención quirúrgica, suministro, medicamento, procedimiento médico u hospitalización que:

2.28.1 No haya sido aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento médico de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional; o

2.28.2 Su uso esté restringido a objetivos clínicos disciplinados que posean valor o beneficio para propósitos clínicos de la disciplina y estudios científicos; o

2.28.3 No se haya probado de manera objetiva que posea valor o beneficio terapéutico; o

2.28.4 Esté bajo estudio, investigación, en un período de prueba o en cualquier fase de un experimento o ensayo clínico.

2.29 PROCESO SÉPTICO MAYOR: Disfunción orgánica causada por una respuesta anómala del huésped a la infección que involucra al Sistema Cardiovascular - Hormonal – Autónómico – Renal – Neuronal – Energético - Metabólico y de coagulación que condiciona una amenaza para la supervivencia.

2.30 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.

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

2.32 QUEMADURAS: Lesión de los tejidos por acción de factores térmicos, eléctricos, químicos o por fricción, que afecta la piel y sus anexos, hipodermis, tejidos musculares, mucosas respiratorias y digestivas altas; que ameriten cuidados especiales.

2.33 QUIMIOTERAPIA: Uso de agentes químicos prescritos por un médico para el tratamiento y control del cáncer.

2.34 RECEPTOR: Asegurado que ha recibido o está en el proceso de recibir un trasplante de tejido o trasplante de órgano cubierto por esta Póliza.

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

2.36 TRASPLANTE DE ÓRGANO: Procedimiento Quirúrgico, médicamente necesario, mediante el cual se sustituye un órgano o tejido que está enfermo por otro que funciona bien. El trasplante se plantea como opción en caso de que no haya alternativas de tratamiento médico para mejorar la función del órgano enfermo.

2.37 TRAUMA MAYOR: Traumatismo violento con compromiso de más de un sistema (Óseo-Respiratorio-Circulatorio) o aparato orgánico (hígado-bazo-pulmón, etc.) a consecuencia del cual se pone en riesgo la vida del individuo y deja graves incapacidades. Se diferencia del Polifracturado que aun con lesiones graves, no lleva implícito un riesgo de vida.

CLÁUSULA 3. GASTOS CUBIERTOS

Queda entendido que el Asegurador cubre el ciento por ciento (100%) de los gastos amparados ocasionados durante la vigencia del contrato, sujeto al costo razonable, en

exceso del deducible, si lo hubiere, y hasta la suma asegurada contratada. La suma asegurada y el deducible de cada Asegurado serán aplicados por enfermedad o accidente y vigencia del contrato y se encontrarán establecidos en el Cuadro Póliza Recibo.

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

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

Quedan además entendidos como gastos cubiertos los siguientes:

- 3.1 Los gastos por concepto de pago de honorarios médicos, conjuntamente con los demás beneficios cubiertos por esta Póliza, sujetos a la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo.
- 3.2 Los medicamentos deben haber sido indicados bajo prescripción médica específica, ser necesarios para el tratamiento médico de la enfermedad y/o lesión que causa el reclamo del Asegurado y ser adquiridos en un establecimiento autorizado para el expendio de productos farmacéuticos.
- 3.3 El material médico quirúrgico y los suministros serán indemnizados contra la presentación del desglose de su consumo y costo facturado por parte de la Institución Hospitalaria, siempre que hayan sido necesarios para el tratamiento de la enfermedad, lesión o procedimiento realizado al Asegurado.
- 3.4 Los gastos hospitalarios cubiertos se refieren exclusivamente al servicio de habitación corriente (distinta a habitaciones especiales o de lujo, suites y semi-suites), los cuales incluyen la alimentación del paciente, conforme a la prescripción facultativa, y hasta por el máximo del costo de la habitación privada corriente en la institución hospitalaria. Además, están cubiertos los gastos por uso de teléfono (llamadas locales), admisión, uso de la televisión del cuarto ocupado por el Asegurado hospitalizado y el costo de pernoctas del acompañante, cuando ocupe la misma habitación que el paciente Asegurado. No se consideran gastos cubiertos otros gastos hospitalarios diferentes a los antes mencionados y los que genere el acompañante por concepto de alimentación.
- 3.5 El servicio de enfermería particular estará amparado, siempre que sea prestado dentro de la institución hospitalaria y ordenado por el médico tratante, dada la gravedad del paciente y la necesidad de atención especializada. El Servicio de enfermería privada para el cuidado del paciente estará amparado, siempre que haya sido previamente autorizado por el Asegurador. El personal que preste el servicio de enfermería debe ser profesional graduado (a), legalmente facultado (a) para ejercer la profesión.
- 3.6 Están cubiertos los gastos por concepto de adquisición e implantación de prótesis: oculares, de cadera, de miembros superiores e inferiores, cardiovasculares,

articulares, de vías digestivas, derivaciones ventriculoperitoneales, marcapasos cardíacos, así como las dentales, auditivas, testiculares, de mamas y cualquier otra, que podrían ser requeridas por la pérdida de órganos o miembros como consecuencia de enfermedades y/o lesiones sufridas por el Asegurado, que hayan sido diagnosticadas, tratadas y amparadas durante la vigencia del contrato y cuya indicación médica sea de carácter permanente.

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

El Asegurador podrá suministrar la prótesis requerida de acuerdo con la disponibilidad y/o existencia de la misma en su red de proveedores de suministros médicos-quirúrgicos. En caso que no exista disponibilidad de la prótesis en la referida red, el Asegurado podrá adquirirla, previo acuerdo con el Asegurador.

- 3.7 Están cubiertos los gastos para la adquisición de muletas y sillas de ruedas manuales que se requieran para uso permanente como consecuencia de una alteración a la salud del Asegurado amparada por la Póliza.**
- 3.8 Están cubiertos los gastos de alquiler por concepto de aparatos ortopédicos, sillas de ruedas manuales y camas especiales, así como equipos para la administración de oxígeno, respiradores artificiales, otros equipos para el tratamiento médico de parálisis respiratoria y, en general, todos aquellos relacionados con cualquier clase de equipos e instrumentos especiales, siempre que no sean consecuencia de alteraciones de la salud del Asegurado ocurridas con anterioridad a la contratación de la Póliza. Cuando el costo del alquiler por el tiempo estimado de uso, de acuerdo al criterio del médico tratante, supere el costo de adquisición, el Asegurador podrá efectuar la compra de estos y una vez culminado el proceso de rehabilitación del Asegurado o su utilización, éste deberá, a solicitud del Asegurador, efectuar su devolución dentro de los treinta (30) días continuos.**
- 3.9 Están cubiertos los gastos por concepto de quimioterapia, radioterapia, fluoroscopias, radiografías, isótopos radioactivos, pruebas de metabolismo, electrocardiogramas, ultrasonidos, resonancias magnéticas, tomografías, exámenes de laboratorio y otros similares, que guarden relación con la causa u origen del tratamiento médico o de la hospitalización, siempre que se requieran en el diagnóstico o atención de una alteración a la salud del Asegurado amparada por la Póliza.**
- 3.10 Tratamientos odontológicos que sean originados como consecuencia de un accidente que ocurra durante su vigencia, siempre que estos tratamientos se realicen, como máximo, dentro de los noventa (90) días continuos y siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.**
- 3.11 Gastos por atención ambulatoria.**
- 3.12 Los gastos por concepto de honorarios médicos por intervención quirúrgica están limitados a: un (1) cirujano principal, un (1) ayudante y un (1) anestesiólogo. El Asegurador reconocerá los honorarios ocasionados por un (1) segundo y un tercer ayudante, siempre que la participación de estos en la intervención quirúrgica esté**

justificada médicamente. Los gastos cubiertos por honorarios médicos correspondientes al primer ayudante, el anestesiólogo, serán como máximo el cuarenta por ciento (40%) de los del cirujano principal, para cada uno. En el caso de ser necesaria la participación de un segundo ayudante, los honorarios serán como máximo el treinta por ciento (30%) de los honorarios del cirujano principal y en el supuesto de un tercer ayudante los honorarios serán como máximo el veinte por ciento (20%) de los honorarios del cirujano principal.

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

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

- 3.13 Están cubiertos los gastos por atención médica recibida en instituciones hospitalarias públicas e instituciones benéficas, los cuales serán pagados exclusivamente contra la presentación de facturas y soportes originales que demuestren la cancelación de los gastos incurridos, siempre que la enfermedad y/o lesión que los originó esté amparada por esta Póliza.
- 3.14 Están cubiertos los gastos por concepto de rehabilitación, prescrita por el médico tratante y practicada por profesionales autorizados en la materia, destinada a la recuperación de la capacidad física perdida como consecuencia de un siniestro amparado por la presente Póliza.
- 3.15 Están amparados los gastos por concepto de intervención quirúrgica de tipo reconstructiva originada por un siniestro cubierto por la Póliza. La intervención quirúrgica deberá ser realizada dentro de los ciento ochenta (180) días continuos siguiente a la ocurrencia del siniestro. Este plazo podrá extenderse si a juicio del médico tratante la reconstrucción deba efectuarse en una fecha posterior, siempre que la póliza se mantenga en vigor para el momento en que se realice la intervención quirúrgica.
- 3.16 Están cubiertos los gastos por concepto de ambulancia terrestre dentro del Territorio Nacional, siempre que el médico tratante lo considere necesario.
- 3.17 Están cubiertos los gastos por Servicios de Analgesia Post Operatoria, siempre que sea requerido por una enfermedad o accidente cubierto por la Póliza y el médico tratante lo considere médicamente necesario.
- 3.18 Los hijos del Asegurado Titular, nacidos durante la vigencia de la Póliza, estarán cubiertos durante los primeros treinta (30) días continuos de vida bajo la cobertura

básica de la madre, siempre que ésta se encuentre vigente para el momento del nacimiento y que el nacimiento haya sido cubierto por esta Póliza. Para que los hijos puedan continuar con la cobertura, el Tomador deberá solicitar su inclusión en la Póliza en el referido lapso y pagar la parte proporcional de la prima correspondiente al período que falte por transcurrir, conforme con lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza; caso en el cual el Asegurador no aplicará los plazos de espera y exclusiones temporales previstos en esta Póliza.

3.19 Están cubiertos los gastos de intervención quirúrgica por obesidad mórbida, basada en un índice de masa corporal superior a 40 Kg./m², previo cumplimiento del siguiente protocolo: 1. Dos (2) evaluaciones de un Nutricionista, con una diferencia de al menos treinta (30) días continuos entre cada evaluación; 2. Una (1) evaluación de un Endocrinólogo; 3. Una (1) evaluación de un Neumólogo; 4. Una (1) evaluación de un Psicólogo; 5. Una (1) evaluación de un Psiquiatra; y 6. Una (1) evaluación de un Médico Internista, que incluya un informe de chequeo cardiovascular

Queda entendido que el protocolo debe tener una vigencia no mayor de noventa (90) días antes de la solicitud de la intervención quirúrgica. Asimismo, corresponde al Asegurado cumplir con el referido protocolo y los gastos que se generen estarán amparados por esta Póliza, siempre que exista un diagnóstico positivo de la enfermedad.

3.20 Están cubiertos los gastos para tratamientos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). y/o el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y sus enfermedades oportunistas.

3.21 Está cubierto el trasplante de órganos o parte de ellos, proveniente de un donante vivo o fallecido.

CLÁUSULA 4. COBERTURA INMEDIATA

Tendrán cobertura inmediata los accidentes amparados por la póliza y las siguientes enfermedades infecciosas agudas: fiebre reumática, apendicitis, bronquitis, gastroenteritis, abscesos (intraabdominales, intratorácicos e intracraneales), adenoiditis, vértigo o laberintitis, faringo – amigdalitis (sola o combinada), otitis, trastornos de la laringe, infección respiratoria baja, dengue hemorrágico, malaria, meningo-encefalitis, neumonía y pielonefritis, así como los gastos ocasionados por las siguientes enfermedades virales: parotiditis, rubéola, sarampión y varicela.

CLÁUSULA 5. PLAZOS DE ESPERA

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

5.1 Once (11) meses para las siguientes enfermedades: adenoiditis no infecciosa, cefaleas vasculares (migraña), vértigo o laberintitis, faringo - amigdalitis (sola o combinada) no infecciosa, hemorroides, hidrocele, incontinencia urinaria, otitis no infecciosa, trastornos de la laringe, trastornos de piel y anexos (no infecciosos), tumores de piel y del tejido celular subcutáneo y virus de papiloma humano, salvo por lo dispuesto

en la CLÁUSULA 4. COBERTURA INMEDIATA, de estas Condiciones Particulares.

5.2 Diez (10) meses para intervención quirúrgica por obesidad mórbida y para las enfermedades del aparato reproductor femenino que requieran intervención quirúrgica.

5.3 Tres (3) meses para cualquier otra alteración a la salud del Asegurado, siempre que no esté excluida temporal o permanentemente en esta Póliza.

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

CLÁUSULA 6. EXCLUSIONES TEMPORALES

Los Asegurados inscritos en el seguro están amparados por los siguientes casos o alteraciones a la salud, una vez transcurridos dieciocho (18) meses, contados a partir de la fecha de comienzo de la Póliza o la inclusión del Asegurado en la misma, según corresponda: pruebas alérgicas y tratamientos desensibilizantes para las alergias, tumores benignos de mamas, gigantomastia juvenil que provoque evidentes trastornos a nivel de la columna cervical y dorsal, aneurisma, arritmia cardíaca, arterosclerosis, discopatías degenerativas, artropatías, bronquiectasias, calacio (chalazion), cáncer, cardiopatía isquémica, cataratas, enfermedad cerebro vascular, trastornos causados por colesterol y triglicéridos, hipertensión arterial, diabetes y sus complicaciones, enfermedad biliar y sus complicaciones, enfermedad bronco pulmonar obstructiva crónica, síndrome de hiperreactividad bronquial, enfermedad de d'quervain, enfermedades desmielinizantes, enfermedades difusas del tejido conjuntivo, enfermedad diverticular y sus complicaciones, enfermedades endocrinas, enfisema pulmonar, estenosis de canal medular, estrabismo, eventración, fimosis o parafimosis, enfermedades de próstata, enfermedades del testículo, fístulas, esofagogastroduodenopatías, glaucoma, hallux valgus, hepatopatías, hernias, hipertrofia de cornetes, malformaciones arterio-venosas, neumopatías profesionales, osteoartrosis, osteoporosis, otoesclerosis, tumores y ptosis del párpado, pólipos, pterigión, quiste de cápsula articular, valvulopatías, enfermedades renales, retinopatías, rinosinusopatías, septoplastia funcional, síndrome de compresión radicular, síndrome de los recesos laterales, síndrome de vías urinarias y sus complicaciones, síndrome del túnel del carpo, síndrome neurológico de alteración de la vía piramidal o extrapiramidal, enfermedades de tiroides, defectos de refracción (la cobertura se limita al tratamiento quirúrgico de la miopía e hipermetropía, superior a 3 dioptrías), trastornos hematológicos primarios, tromboembolismo pulmonar, tumoraciones diferentes a las indicadas en el numeral 1 de la CLÁUSULA 5. PLAZOS DE ESPERA de estas Condiciones Particulares, várices, varicocele, enfermedades del intestino delgado, grueso, recto y ano, no mencionadas en el numeral 1 de la CLÁUSULA 5. PLAZOS DE ESPERA, de estas Condiciones Particulares.

Si el Tomador o el Asegurado solicitare un incremento en la suma asegurada o cambio de plan, para las cantidades en exceso comenzará a considerarse nuevamente el lapso de

dieciocho (18) meses, contados a partir de la fecha en que se produjo el incremento o cambio de plan, por tanto de ocurrir un siniestro antes del vencimiento de este plazo, el Asegurador indemnizará sobre la base de la suma asegurada o plan contratado antes de la modificación, siempre que el plazo de dieciocho (18) meses previamente aplicable hubiere vencido.

CLÁUSULA 7. EXCLUSIONES

El Asegurador no cubre los gastos relacionados con:

- 7.1 Lesiones ocasionadas como consecuencia o se den en el curso de: guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con alguna organización que realice actividades dirigidas a la sustitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.**
- 7.2 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.**
- 7.3 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; salvo que el siniestro ocurra estando fuera del Territorio de la República Bolivariana de Venezuela, de acuerdo a lo indicado en la Cláusula 10. Prestación De Servicios Fuera De La República Bolivariana De Venezuela.**
- 7.4 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.**
- 7.5 El suicidio o sus tentativas, así como las lesiones que el Asegurado se cause intencionalmente.**
- 7.6 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.**
- 7.7 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 siniestro ocurra estando fuera del Territorio de la República Bolivariana de Venezuela, de acuerdo a lo indicado en la Cláusula 10. Prestación de Servicios Fuera de la República Bolivariana de Venezuela.

- 7.8 Enfermedades decretadas como epidémicas por el organismo público competente, en lo que se refiere a los gastos que se hayan ocasionado luego de haber sido declaradas como tales.**
- 7.9 Tratamientos contra la dependencia del alcohol, de drogas estupefacientes y psicotrópicas y sus complicaciones, agudas o crónicas, el etilismo; así como los accidentes ocurridos bajo la influencia del alcohol o de drogas no prescritas médicamente y las consecuencias y/o enfermedades originadas por el consumo de alcohol o el uso de drogas no prescritas médicamente.**
- 7.10 Enfermedades que hayan sido ocasionadas por un trasplante de órgano o tejido realizado con anterioridad a la contratación de esta Póliza.**
- 7.11 Tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas sobre órganos sanos con fines profilácticos.**
- 7.12 Curas de reposo, tratamientos de enfermedades psiquiátricas y mentales, exámenes y terapias efectuadas por médicos psiquiatras, trastornos funcionales de la conducta, neurosis, depresión, psicosis, esquizofrenia, deficiencias mentales, epilepsia, cuadros convulsivos repetitivos sin causa estructural, demencia senil, demencia presenil, trastornos bipolares, Alzheimer y los trastornos del sueño.**
- 7.13 Chequeos médicos generales o exámenes con fines de diagnóstico o control, con o sin hospitalización, cuando no haya enfermedad o no guarden relación con la enfermedad que originó la atención médica. Estados gripales, salvo lo señalado en la Cláusula 4. Cobertura Inmediata de estas Condiciones Particulares, y aplicación de vacunas. Acupuntura, medicina naturista, homeopática o cualquier otro tratamiento no aceptado por la Federación Médica Venezolana.**
- 7.14 Tratamiento experimental o investigativo.**
- 7.15 Enfermedades de transmisión sexual, sus consecuencias y complicaciones, salvo lo establecido en el numeral 1 de la Cláusula 5. Plazos de Espera, de estas Condiciones Particulares.**
- 7.16 El traslado del Asegurado desde y hasta la institución hospitalaria. No obstante, queda a salvo de lo establecido en el numeral 16 de la CLÁUSULA 3. GASTOS CUBIERTOS de estas Condiciones Particulares.**
- 7.17 Consultas o exámenes de la vista, corrección de vicios o defectos de refracción visual (miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia) por tratamientos quirúrgicos o no quirúrgicos (anteojos y/o lentes de contacto), lentes intraoculares o infraoculares que no correspondan a patologías comprobadas de catarata. No obstante, queda a salvo lo establecido en la Cláusula 6. Exclusiones Temporales, de estas Condiciones Particulares.**

- 7.18 Tratamiento quirúrgico de patología no tumoral de las glándulas mamarias. Mastoplastia con fines estéticos, funcionales o anatómicos y gigantomastia, salvo lo establecido en la CLÁUSULA 6. EXCLUSIONES TEMPORALES, de estas Condiciones Particulares. Cúmulo de grasa pectoral o lipomastia en hombres.**
- 7.19 Tratamientos y controles de la menopausia y la andropausia.**
- 7.20 Chequeos y controles ginecológicos.**
- 7.21 Tratamientos médicos o intervención quirúrgica cosmética, plástica o estética. No obstante, queda a salvo lo establecido en el numeral 15 de la CLÁUSULA 3. GASTOS CUBIERTOS de estas Condiciones Particulares.**
- 7.22 Enfermedades y tratamientos odontológicos y periodontológicos, intervención quirúrgica de distonías miofaciales por mal posición dentaria y/o anomalías de crecimiento de maxilares, tratamientos de cualquier índole de la articulación temporomaxilar. No obstante, queda a salvo lo dispuesto en el numeral 10 de la Cláusula 3. Gastos Cubiertos de estas Condiciones Particulares.**
- 7.23 Embarazo, parto, cesárea, aborto y legrado uterino por aborto, sus consecuencias y complicaciones. Consultas y exámenes pre y post natales.**
- 7.24 Tratamientos médicos o intervención quirúrgica por disfunciones o insuficiencias sexuales, infertilidad, inseminación artificial, fertilización in vitro, impotencia, Peyronie, frigidez, esterilización, inversión de la esterilización, cambio de sexo y las complicaciones que se deriven de ellos, así como tratamientos anticonceptivos y sus consecuencias.**
- 7.25 Tratamientos para la obesidad o reducción de peso. No obstante, queda a salvo lo establecido en el numeral 19 de la Cláusula 3. Gastos Cubiertos de estas Condiciones Particulares.**
- 7.26 Estudios, tratamientos y hospitalizaciones por alteraciones hormonales con repercusión en el crecimiento y/o desarrollo.**
- 7.27 Honorarios como consecuencia de cualquier tratamiento proporcionado por un médico o servicio de enfermería que tenga parentesco con el Tomador o el Asegurado, dentro del segundo grado de consanguinidad o afinidad, o que viva con éstos.**
- 7.28 Tratamientos para terapia ocupacional, educacional o de lenguaje. Tratamientos fisioterapéuticos. No obstante, queda a salvo lo establecido en el numeral 14 de la Cláusula 3. Gastos Cubiertos de estas Condiciones Particulares.**
- 7.29 Impuestos, gastos de cobranza, limpieza, microfilm, historias clínicas, estacionamiento, misceláneos y otros costos no definidos ni relacionados con el tratamiento de la afección declarada.**
- 7.30 Tratamiento médico, intervención quirúrgica, servicios hospitalarios, procedimiento médico, medicamentos, suministros, equipos e instrumentos especiales, cuyas facturas no cumplan con las exigencias del Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (SENIAT).**
- 7.31 Medicamentos sin prescripción facultativa, ni medicamentos con prescripción facultativa no relacionados con la enfermedad o lesión tratada.**

7.32 La adquisición de los siguientes equipos médicos utilizados para controles de salud y/o prevención: tensiómetro, glucómetro, cepillos dentales, humidificador, irrigador dental, colchón de aire anti escaras, equipos de resucitación y/o zapatos ortopédicos.

7.33 Trasplante de órganos o tejidos cuando El Asegurado sea el donante para un tercero.

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 notificare el siniestro o no entregare los documentos solicitados por el Asegurador dentro de los plazos establecidos en las CLÁUSULAS 9. PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE LA COBERTURA y CLÁUSULA 10. PRESTACIÓN DE SERVICIOS FUERA DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA, de estas Condiciones Particulares, salvo que no ocurra por causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario.

CLÁUSULA 9. PROCEDIMIENTOS EN CASO DE ACTIVACIÓN DE LA COBERTURA EN LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

En caso que cualquier Asegurado requiera la prestación de servicios garantizados por esta Póliza, se tomará en cuenta lo siguiente:

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

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

El Asegurador podrá solicitar documentos adicionales a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad, la solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos en los dos párrafos anteriores. Sin embargo, si del análisis de los documentos consignados se derivare, razonablemente, la necesidad de exigir documentación complementaria, el Asegurador podrá solicitarla dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos adicionales. En estos casos, se establece un plazo de treinta (30) días continuos para la presentación de los recaudos solicitados por el Asegurador, contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario.

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

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

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

- 9.3 En los supuestos de Atención en caso 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.
- 9.4 El Asegurador utilizará todos los mecanismos necesarios para procurar que el Asegurado reciba atención inmediata.
- 9.5 El Asegurado tiene el derecho a escoger libremente el proveedor que le prestará los servicios o suministros garantizados por esta Póliza. El Asegurador podrá suscribir contratos con proveedores que garanticen la prestación de estos servicios o suministros. En este supuesto, indicará mensualmente, mediante avisos colocados en cada una de sus oficinas de atención al público y en los medios de información electrónicos, los referidos proveedores.
- 9.6 Cualquiera sea el caso, la indemnización estará sujeta a un análisis previo realizado por el Asegurador, a fin de que éste pueda determinar que la lesión o enfermedad que originó la solicitud está cubierta por la Póliza.
- 9.7 El Asegurado autoriza al médico tratante y a la Institución Hospitalaria para dar información acerca de su estado físico, historia clínica y demás circunstancias que originaron la reclamación, relevándolos de guardar el secreto médico.
- 9.8 Si después de haberse hecho efectivo el pago, resultare que los gastos incurridos por el

Asegurado y pagados por el Asegurador, fueren originados o relacionados con algunas de las exclusiones o limitaciones de esta Póliza, el Asegurador procederá a recuperar del Asegurado Titular o de la persona que haya recibido la indemnización, el monto que haya sido pagado indebidamente.

CLÁUSULA 10. PRESTACIÓN DE SERVICIOS FUERA DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

La presente póliza de seguros ofrece los servicios para la atención fuera de la República Bolivariana de Venezuela:

10.1 El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario podrá solicitar el REEMBOLSO de los gastos incurridos, para el cual se seguirá el procedimiento indicado en la CLÁUSULA 9. PROCEDIMIENTOS EN CASO DE ACTIVACIÓN DE LA COBERTURA EN LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA, numeral 1. REEMBOLSO, cuando el Asegurado reciba los servicios, tratamientos y suministros 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 sujeta 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.

10.2 Los servicios de CARTA AVAL y atención en caso de EMERGENCIA MÉDICA, solo estarán disponibles para las siguientes patologías y/o diagnósticos, sujetos a la aplicación del deducible, si lo hubiere, indicado en el Cuadro Póliza Recibo:

10.2.1 Enfermedades Neuroquirúrgicas:

10.2.1.1 Enfermedades Neuroquirúrgicas del Adulto: En el entendido que se consideran “Adultos” los asegurados con edad a partir de dieciocho (18) años:

10.2.1.1.1 Cobertura Neuro-Oncología: Brinda tratamiento integral a pacientes con tumores benignos y/o malignos del Sistema Nervioso Central.

10.2.1.1.2 Cobertura Neuro-Vascular: La Sección Vascular abarca el manejo de los pacientes con Aneurismas, Malformaciones Cerebrales y Accidentes Cerebro-Vasculares, excepto Accidente Cerebro Vascular transitorio.

10.2.1.1.3 Cobertura para Patología de la Columna Vertebral: La Patología de la Columna Vertebral brinda tratamiento integral a pacientes con trastornos traumáticos de la columna vertebral.

10.2.1.1.4 Cobertura de Neurocirugía Estéreo Táctica/ Gamma-

Knife: La Radio Cirugía Estéreo Táctica utiliza pequeñas dosis de radiación dirigidas a un área específica del cerebro con el objetivo de tratar lesiones localizadas en áreas cerebrales de difícil acceso quirúrgico.

10.2.1.1.5 Cobertura de Neurocirugía de Nervio Periférico y Plexo: Incluye el tratamiento de las lesiones traumáticas, tumorales y por atrapamiento de los nervios periféricos.

10.2.1.1.6 Cobertura de Oto-Neurocirugía: Incluye el tratamiento de las Lesiones Tumorales, Traumáticas localizadas a nivel de Fosa Craneal Media y Posterior.

10.1.2.1.2 Enfermedades Neuroquirúrgicas Pediátricas: En el entendido que se considera la atención pediátrica para asegurados desde el momento de su nacimiento hasta que cumplen los dieciocho (18) años de edad.

10.1.2.1.2.1 Patología Congénita: Cirugía de las Malformaciones Congénitas Cráneo-Encefálicas y Espinales con monitoreo Neurofisiológico Intraoperatorio.

10.1.2.1.2.2 Espina Bífida Interdisciplinario: Neurología, Neurocirugía, Neuro ortopedia, Urología, Cirugía de las Malformaciones Craneofaciales Complejas. Enfermedad Congénita sólo si la Asegurada titular madre tuvo el parto cubierto por El Asegurador.

10.1.2.1.2.3 Patología- Tumoral: Tratamiento de los Tumores del Encéfalo y Columna con técnicas microquirúrgicas, neuro navegación y aspiración ultrasónica.

10.1.2.1.2.4 Tratamiento de los tumores de la base del cráneo.

10.1.2.1.2.5 Patología-Vascular: Tratamiento de las Malformaciones Vasculares del Encéfalo y Espinales con técnicas de microcirugía y eventual control hagiográfico intraoperatorio.

10.1.2.1.2.6 Enfermedades Isquémicas del Cerebro.

10.1.2.1.2.7 Hidrocefalias: Tratamiento quirúrgico de las Hidrocefalias Congénitas y Adquiridas.

10.1.2.1.2.8 Traumatismo Cráneo-Encefálico y Raquimedular: Tratamiento del traumatismo Craneoencefálico grave con monitoreo de la Presión Intracraneana y de la Perfusión Cerebral en área de cuidados intensivos pediátricos o evaluación y tratamiento del Traumatismo Raquimedular (neurocirugía, neuro ortopedia).

10.2.2 Cirugía Coronaria (Bypass o Puentes Coronarios), Cirugía de Reemplazo Valvular (sustitución y reparación valvular) y Angioplastia con colocación de

Stent a nivel de las Arterias Coronarias-Carótida interna- Arterias Renales- Arterias Periféricas.

10.2.3 Tratamiento de Cáncer, incluyendo Quimioterapia y Radioterapia.

10.2.4 Trasplante de Órganos: únicamente se prestarán los servicios de trasplante de cualquiera de los órganos o parte de uno de ellos, de los que se mencionan a continuación, provenientes de un donante vivo o fallecido:

10.2.4.1 Corazón, Pulmón, Páncreas, Riñón e Hígado, o alguna combinación de éstos siempre que sea médicamente necesario.

10.2.4.1.1 Médula Ósea Autóloga para:

10.2.4.1.1.1 Linfoma de No-Hodgkin, Estado III A o B; o estado IV A o B.

10.2.4.1.1.2 Linfoma de Hodgkin, Estado III A o B; o estado IV A o B.

10.2.4.1.1.3 Leucemia Linfocítica Aguda después del primer o segundo relapso.

10.2.4.1.1.4 Leucemia No-Linfocítica Aguda después del primer o segundo relapso.

10.2.4.1.1.5 Tumores de Célula Germen (Gameto).

10.2.4.2 Médula Ósea Alogénica para:

10.2.4.2.1 Anemia Aplástica;

10.2.4.2.2 Leucemia Aguda;

10.2.4.2.3 Inmunodeficiencia Combinada Severa;

10.2.4.2.4 Síndrome de Wiskott-Aldrich;

10.2.4.2.5 Osteoporosis Infantil Maligna (Enfermedad de Albers-Schönberg u Osteoporosis Generalizada);

10.2.4.2.6 Leucemia Mielógena Crónica (IMC);

10.2.4.2.7 Neuroblastoma Estado III o IV en niños mayores de un año;

10.2.4.2.8 Beta Talasemia Homozigote (Talasemia Mayor);

10.2.4.2.9 Linfoma de Hodgkin, estado III A o B, o estado IV A o B;

10.2.4.2.10 Linfoma de No-Hodgkin, estado III o estado IV.

10.2.5 Tratamiento Médico Quirúrgico para el paciente con Trauma Mayor, incluyendo rehabilitación.

10.2.6 Tratamiento por Insuficiencia Renal Crónica (Diálisis).

10.2.7 Las quemaduras de tercer grado o más, que abarquen al menos el veinte por ciento (20 %) de la superficie del cuerpo.

10.2.8 Proceso Séptico Mayor.

10.2.9 Lesiones ocasionadas por la práctica no profesional 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/o escalada.

10.2.10 Las 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.

10.3 El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario podrá solicitar una CARTA AVAL: El Asegurado está obligado a obtener de El Asegurador una certificación de los gastos amparados sujetos al costo razonable, pagaderos por esta Póliza, derivados de las enfermedades o accidentes indicados en esta Cláusula. Para obtener esta certificación, el asegurado o cualquier persona actuando en su nombre, deberá ponerse en contacto con el Asegurador, personalmente o mediante llamada telefónica, por lo menos diez (10) días hábiles antes de la fecha de admisión para la hospitalización o de la fecha señalada para efectuar un procedimiento quirúrgico en caso que dicho procedimiento sea practicado sin requerir hospitalización.

10.4 El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario podrá solicitar atención por EMERGENCIA MÉDICA: En los casos en los que la hospitalización o el procedimiento quirúrgico sea requerido como consecuencia de una emergencia médica y que esta condición de emergencia impidiese la debida notificación previa a El Asegurador; El Asegurado o cualquier persona actuando en su nombre, deberá ponerse en contacto y notificar a El Asegurador, personalmente o mediante llamada telefónica, tan pronto como le sea posible y en todo caso, durante las setenta y dos (72) horas siguientes a la ocurrencia del evento que de origen a la necesidad de la hospitalización o el procedimiento quirúrgico, a los efectos de obtener la certificación correspondiente a los gastos ya incurridos y por incurrir, salvo por causas extrañas no imputables a El Asegurado.

Si después de la Certificación inicial fueran necesarios días adicionales de hospitalización, el médico de cabecera, médico tratante, un representante oficial de la institución hospitalaria, El Asegurado o su representante, deberá antes de haber transcurrido el último de los días originalmente certificados, ponerse en contacto con El Asegurador para efectuar la Certificación de los días de hospitalización adicionales necesarios.

10.5 El requisito de certificación no garantiza o confirma los beneficios de esta Cláusula.

- 10.6 No procederán las solicitudes de Carta Aval o de atención en caso de Emergencia Médica, cuando el Asegurado no cumpla con el procedimiento de certificación en los lapsos de tiempo arriba mencionados; en ese sentido, la indemnización deberá ser tramitada vía reembolso, de acuerdo con el procedimiento indicado en el numeral 1 de esta cláusula.**
- 10.7 Para cualquier otro diagnóstico, que se encuentre cubierto por esta Póliza de acuerdo a la CLÁUSULA 3. GASTOS CUBIERTOS, el Asegurado podrá solicitar el reembolso de los gastos médicos causados, de acuerdo a lo indicado en el numeral 1 de esta cláusula.**
- 10.8 Los servicios nombrados en la presente Cláusula tienen validez en cualquier parte del mundo donde se encuentre El Asegurado, siempre que el mismo resida al menos seis (06) meses del Año-Póliza y tener establecido su domicilio permanente en la República Bolivariana de Venezuela.**

CLÁUSULA 11. PERSONAS ASEGURABLES

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

- 11.1 El cónyuge del Asegurado Titular o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.
- 11.2 Los hijos menores de veinticinco (25) años de edad del Asegurado Titular o de su cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.
- 11.3 Los padres del Asegurado Titular o de su cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho.
- 11.4 Familiares del Asegurado Titular, dependientes económicamente de éste
- 11.5 Los trabajadores que presten servicios en el hogar del Asegurado Titular o que estén a su servicio personal o el de su familia.
- 11.6 Los Asegurados con ochenta (80) o más años de edad que hayan permanecido amparados de manera ininterrumpida por al menos veinticinco (25) años, seguirán asegurados bajo la cobertura de la presente Póliza, en las mismas condiciones y sin pago de prima.

CLÁUSULA 12. TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA CADA ASEGURADO

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

- 12.1 Cuando el cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho con el Asegurado Titular termine su relación con él.
- 12.2 Si el hijo del Asegurado Titular o de su cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho, cumple la edad de veinticinco (25) años, contraiga matrimonio o mantenga unión estable de hecho.
- 12.3 Cuando alguna de las personas mencionadas en el numeral 4 de la cláusula anterior, deje de depender económicamente del Asegurado Titular.
- 12.4 Cuando el trabajador deje de prestar servicios para el Asegurado Titular.
- 12.5 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 solicitar al Asegurador, a más tardar dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha en que sea efectiva la terminación del contrato, la emisión de una 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. DEDUCIBLE

La cantidad señalada como deducible en Cuadro Recibo de Póliza, que no será asumida por El Asegurador en cualquier reclamación presentada por El Asegurado, se aplicará de acuerdo a lo especificado a continuación:

- 13.1 Para siniestros que tengan cobertura por esta póliza, ocurridos dentro del territorio de la República Bolivariana de Venezuela, no se aplicará deducible.
- 13.2 Para siniestros que tengan cobertura por esta póliza, ocurridos fuera del territorio de la República Bolivariana de Venezuela, se aplicará el deducible indicado en el Cuadro Póliza Recibo.
- 13.3 El deducible de cada Asegurado será aplicado por enfermedad o accidente y vigencia del contrato

CLÁUSULA 14. ÁMBITO DE LA COBERTURA

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

POR EL ASEGURADOR

EL TOMADOR

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N° FSAA-1-1-00045 de fecha 18/05/2023