

## PÓLIZA DE SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL

“Estar Seguros S.A.”, en lo sucesivo denominada **LA EMPRESA DE SEGUROS**, representada por el ciudadano \_\_\_\_\_ en su carácter de Presidente Ejecutivo, debidamente facultado según consta en documento inscrito ante \_\_\_\_\_, basada en las declaraciones de el **TOMADOR** y/o el **ASEGURADO**, emite la presente Póliza mediante la cual se obliga al pago de las indemnizaciones correspondientes que justifique el Asegurado, el Tomador o el Beneficiario, de conformidad con las Condiciones Generales y Particulares siguientes, así como las contenidas en el **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA** y cualquier anexo que forme parte integrante de la misma.

### CONDICIONES GENERALES

Las presentes Condiciones Generales regulan este contrato de seguros en sus diferentes modalidades y coberturas que aparecen indicadas en las Condiciones Particulares y Anexos.

#### **CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO**

Mediante este seguro de salud individual, **LA EMPRESA DE SEGUROS** se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, y a indemnizar al **ASEGURADO TITULAR** o al **BENEFICIARIO**, según sea el caso, los **GASTOS, USUALES RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS** incurridos como consecuencia de un **SINIESTRO** amparado por esta Póliza, hasta por la **SUMA ASEGURADA** indicada en el **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA**.

#### **CLÁUSULA 2. DEFINICIONES GENERALES**

A los efectos de este contrato se entiende por:

**LA EMPRESA DE SEGUROS: ESTAR SEGUROS, S.A.**, sociedad mercantil domiciliada en la ciudad de Caracas, Distrito Capital, inscrita en el Registro de Comercio llevado por el Juzgado de Primera Instancia en lo Mercantil del Distrito Federal, el 21 de agosto de 1947, bajo el N° 921, Tomo 5-C, con ubicación de su sede principal en Centro Plaza, Torre “D”, 1ra. Transversal, Los Palos Grandes, Caracas, Venezuela.

**TOMADOR:** Persona natural o jurídica que, obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos a **LA EMPRESA DE SEGUROS**, y se obliga al pago de la Prima.

**ASEGURADO:** Es la persona natural que está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las Condiciones Particulares de la presente Póliza y sus Anexos, si los hubiere, ya sea el **ASEGURADO TITULAR** o el(los) **ASEGURADO(S) DEPENDIENTE(S)**.

**ASEGURADO TITULAR:** Es la persona que representa el grupo familiar asegurado, tiene el derecho a recibir el pago de las indemnizaciones a que hubiere lugar y ejerce los derechos de los **ASEGURADOS DEPENDIENTES** ante **LA EMPRESA DE SEGUROS**.

**ASEGURADO DEPENDIENTE:** Es cualquier integrante del grupo familiar del **ASEGURADO TITULAR**, descrito en la respectiva **SOLICITUD DE SEGURO** y en el **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA**.

**BENEFICIARIO:** Persona designada por el **ASEGURADO TITULAR** en la **SOLICITUD DE SEGURO** para recibir el pago que **LA EMPRESA DE SEGUROS** realice por concepto de indemnización en caso que el **ASEGURADO TITULAR** fallezca antes de ocurrir ésta; de no existir persona(s) designada(s), la **INDEMNIZACION** se realizará a los únicos y universales herederos del **ASEGURADO TITULAR**. En caso que el siniestro se presente por carta aval el pago se realizará al proveedor del servicio.

**CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA:** Documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: Número de la Póliza; Identificación completa del **TOMADOR**, del **ASEGURADO** y del **BENEFICIARIO** en caso de muerte del **ASEGURADO TITULAR**; Dirección del **TOMADOR**; Identificación completa de **LA EMPRESA DE SEGUROS**, domicilio principal, representante y el carácter con el que éste actúa; Nombre de los intermediarios de seguros (si fuera el caso); Riesgos cubiertos, con las **SUMAS ASEGURADAS y DEDUCIBLES**; Período de vigencia, con indicación de la fecha, hora de inicio y vencimiento; Monto de la prima, forma y lugar de pago; dirección de cobro; Firmas del representante de **LA EMPRESA DE SEGUROS** y del **TOMADOR**.

**DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO:** Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, el **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA** y los Anexos que se emitan. Asimismo, la presente Póliza se emite con fundamento en las declaraciones e informaciones suministradas por el **TOMADOR** y el **ASEGURADO TITULAR** a **LA EMPRESA DE SEGUROS**, al momento de suscribir la Póliza, las cuales se toman como veraces y ciertas, y se presumen otorgadas de buena fe, manifestadas en la solicitud de seguro, los exámenes médicos exigidos por **LA EMPRESA DE SEGUROS** (en aquellas circunstancias que se requieran) y cualquier otro documento que pueda requerir **LA EMPRESA DE SEGUROS**, y cualquier otra declaración posterior que efectúe el **TOMADOR** o el **ASEGURADO TITULAR** ante **LA EMPRESA DE SEGUROS** al solicitar alguna modificación del riesgo o requerir cualquier indemnización derivada de esta Póliza. En consecuencia, se entiende que la declaración de siniestro y sus posteriores documentos forman parte del contrato de seguro.

**SOLICITUD DE SEGURO:** Documento completado por el **TOMADOR** y el **ASEGURADO TITULAR**, en el que se indican los datos particulares de la póliza, a saber: Tipo de solicitud, nombre del **TOMADOR**, **ASEGURADO TITULAR**, **ASEGURADO(S) DEPENDIENTE(S)** y **BENEFICIARIOS**, identificación de **LA EMPRESA DE SEGUROS**,

dirección de cobro y de habitación del **ASEGURADO TITULAR**, teléfono(s), datos del intermediario de seguros, riesgos cubiertos, suma asegurada, deducible, monto de la PRIMA, forma, frecuencia y lugar de pago, período de vigencia de la Póliza, firma del **TOMADOR** y del **ASEGURADO TITULAR** y demás datos referentes al riesgo.

**CONDICIONES PARTICULARES:** Aquellas que describen aspectos concretos y relativos al riesgo que se asegura.

**PRIMA:** Es la única contraprestación pagadera en dinero por el **TOMADOR** a **LA EMPRESA DE SEGUROS**, calculada en función de los riesgos amparados y sus condiciones específicas. La prima expresada en la póliza incluye todos los derechos, comisiones, gastos y recargos, así como cualquier otro concepto relacionado con el seguro, con excepción de los impuestos que estén a cargo directo del **TOMADOR**, del **ASEGURADO** o del **BENEFICIARIO**. El **TOMADOR** pagará la Prima en la forma y oportunidad establecida en la presente Póliza.

**DEDUCIBLE:** Cantidad indicada en el **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA** que deberá asumir el **ASEGURADO TITULAR** y en consecuencia no será pagada por **LA EMPRESA DE SEGUROS** en caso de ocurrencia de un SINIESTRO cubierto por esta Póliza. Será aplicado por **ASEGURADO** y por cada caso de enfermedad o accidente, ocurrido durante un mismo período de vigencia de la Póliza.

**SINIESTRO:** Es el acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte de **LA EMPRESA DE SEGUROS**. El conjunto de pérdidas o daños derivados de un mismo acontecimiento constituyen un único siniestro.

**SUMA ASEGURADA:** Es el límite máximo de responsabilidad de **LA EMPRESA DE SEGUROS** y está indicado en el **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA**.

**INDEMNIZACIÓN:** Monto que deberá pagar **LA EMPRESA DE SEGUROS** por los **GASTOS, USUALES RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS** (según se describe en la **Cláusula 1. Definiciones, de las Condiciones Particulares de esta póliza**) en que incurra el **ASEGURADO**, por los servicios médicos y hospitalarios derivados de alteraciones de su salud.

### **CLÁUSULA 3. VIGENCIA DE LA PÓLIZA**

**LA EMPRESA DE SEGUROS** asume las consecuencias de los riesgos cubiertos en esta Póliza, a partir de la fecha de la celebración del contrato de seguro, lo cual se producirá una vez que el **TOMADOR** notifique su consentimiento por escrito a la proposición formulada por **LA EMPRESA DE SEGUROS**, o cuando éste participe por escrito su aceptación a la solicitud efectuada por el **TOMADOR**, según corresponda.

En todo caso, la vigencia de la Póliza deberá constar en el **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA**, con indicación de la fecha en que ésta se emita, la hora y día de su inicio y vencimiento.

#### **CLÁUSULA 4. RENOVACIÓN**

La Póliza se entenderá renovada automáticamente al finalizar el último día del período de vigencia anterior y por un plazo igual, siempre que el **TOMADOR** pague la Prima correspondiente al nuevo período del seguro de acuerdo a lo establecido en la Cláusula 5. “Plazo de Gracia” de estas Condiciones Generales. Queda entendido que la renovación no implica una nueva Póliza, sino la prórroga de la anterior. La prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar mediante una notificación escrita a la otra parte dirigida al último domicilio que conste en la Póliza, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia que esté en curso.

No obstante, transcurridos tres (3) años ininterrumpidos desde la celebración del presente contrato, **LA EMPRESA DE SEGUROS** no podrá negarse a renovar, siempre que el **TOMADOR** o el **ASEGURADO TITULAR** pague la **PRIMA**.

#### **CLÁUSULA 5. PLAZO DE GRACIA**

**LA EMPRESA DE SEGUROS** concede un plazo de gracia para el pago de la **PRIMA** de renovación, de treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia anterior, en el entendido que durante tal plazo la póliza continuará vigente y, en caso de ocurrir algún SINIESTRO en ese período, **LA EMPRESA DE SEGUROS** tendrá la obligación de pagar la indemnización correspondiente, previa deducción de la **PRIMA** pendiente de pago.

En este caso, el monto a descontar será la **PRIMA** completa que corresponda al mismo período de la cobertura anterior. Si el monto indemnizable es menor que la **PRIMA** a descontar, el **TOMADOR** deberá pagar, antes de finalizar el plazo de gracia, la diferencia de **PRIMA** existente entre la **PRIMA** y dicho monto. No obstante, si el **TOMADOR** se negase o no pudiese pagar la diferencia de **PRIMA** antes de finalizar el plazo de gracia, la póliza se considerará prorrogada por el período de tiempo que resultare de dividir el monto del siniestro indemnizable entre la Prima completa que corresponda al mismo período de la cobertura anterior multiplicado por el número de días que contenga dicho período.

#### **CLÁUSULA 6. PAGO DE LA PRIMA**

EL **TOMADOR** debe la prima desde el momento de la celebración del contrato de seguro, pero aquélla no le será exigible sino contra la entrega por parte de **LA EMPRESA DE**

**SEGUROS** de la Póliza, del **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA** o de la Nota de Cobertura Provisional. EL **TOMADOR** deberá pagar la **PRIMA** dentro de los quince (15) días continuos siguientes a la celebración del contrato de seguro, en cualquier modalidad de pago de que disponga **LA EMPRESA DE SEGUROS**. Para el pago de la **PRIMA** mediante cargo directo en su cuenta bancaria o tarjeta de crédito, EL **TOMADOR** se obliga a mantener suficiente provisión de fondos que permita efectuar esta transacción al primer intento. En caso de que la **PRIMA** no sea pagada en la fecha de su exigibilidad o se haga imposible su cobro por causa imputable al **TOMADOR**, **LA EMPRESA DE SEGUROS** tendrá derecho a resolver el contrato de seguro o a exigir el pago de la **PRIMA** debida con fundamento en la Póliza.

El pago de la prima solamente conserva en vigor la Póliza por la vigencia a la cual corresponde dicho pago, según se haga constar en el **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA**.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte de **LA EMPRESA DE SEGUROS** por dicho exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses de lo pagado en exceso.

**LA EMPRESA DE SEGUROS** no está obligada a cobrar las primas a domicilio ni dar aviso de su vencimiento y, si lo hiciera, ello no sentará precedente de obligación, pudiendo suspender esta gestión en cualquier momento sin previo aviso. El pago de la prima se debe hacer en el domicilio de **LA EMPRESA DE SEGUROS** o en cualquiera de sus agencias o sucursales.

## **CLÁUSULA 7. INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE ASEGURADOS**

Las personas asegurables que no hayan sido incluidas en la Póliza al momento de su celebración original, podrán inscribirse en cualquier periodo posterior, comenzando la efectividad del seguro desde el momento en que **LA EMPRESA DE SEGUROS** acepte la solicitud y al **TOMADOR** le sea exigida la prima correspondiente, según lo estipulado en la **Cláusula 6. Pago de la Prima**, de las condiciones generales de esta Póliza.

El **TOMADOR** podrá excluir de la Póliza a cualquiera de los **ASEGURADOS**, notificándolo mediante aviso escrito a **LA EMPRESA DE SEGUROS** y éste efectuará la exclusión a partir del día hábil siguiente, devolviendo la parte de la **PRIMA**, neta de comisión, correspondiente al tiempo que falte por transcurrir.

No procederá la devolución de **PRIMA** de algún asegurado excluido, cuando a éste se le haya indemnizado un **SINIESTRO** durante la vigencia de la Póliza.

## CLÁUSULA 8. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA

Resuelta la Póliza por falta de pago de la **PRIMA**, la misma podrá ser rehabilitada por solicitud escrita del **TOMADOR** y/o del **ASEGURADO TITULAR**, sólo si los **ASEGURADOS** inscritos en la Póliza se encuentran en buen estado de salud al momento de la solicitud de rehabilitación, según la nueva declaración de salud hecha por el **TOMADOR** y/o el **ASEGURADO TITULAR**. En este caso, la Póliza entrará en vigor de nuevo, una vez se haga exigible la **PRIMA** correspondiente, conforme a la **Cláusula 6. Pago de la PRIMA, de estas Condiciones Generales**, con sujeción a los Plazos de Espera y Exclusiones Temporales establecidos en la **Cláusula 6. Plazos de Espera y en la Cláusula 7. Exclusiones Temporales respectivamente, ambos de las Condiciones Particulares de esta Póliza**, y cualquier otra condición que se establezca mediante Anexo debidamente firmado por **LA EMPRESA DE SEGUROS** y el **TOMADOR** o el **ASEGURADO TITULAR**.

No se podrá rehabilitar una póliza cuando hayan transcurrido más de noventa (90) días continuos de la fecha de exigibilidad de la **PRIMA**.

## CLÁUSULA 9. DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD

La presente Póliza se emite con fundamento en las declaraciones e informaciones suministradas por el **TOMADOR** o el **ASEGURADO** a **LA EMPRESA DE SEGUROS**, al momento de suscribir la Póliza, las cuales se toman como veraces y ciertas, y se presumen otorgadas de buena fe, manifestadas en la **SOLICITUD DE SEGURO** y cualquier otro documento que pueda requerir **LA EMPRESA DE SEGUROS**; u otra declaración posterior que le corresponda efectuar a el **TOMADOR** y/o el **ASEGURADO** ante **LA EMPRESA DE SEGUROS** al solicitar alguna modificación del riesgo o requerir el pago de cualquier indemnización derivada de esta Póliza.

El **TOMADOR** o el **ASEGURADO TITULAR** tiene el deber, antes de la celebración del contrato, de declarar con exactitud a **LA EMPRESA DE SEGUROS** de acuerdo con el cuestionario que ésta le proporcione o los requerimientos que le indique, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

**LA EMPRESA DE SEGUROS** deberá participar a el **TOMADOR**, en un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la **SOLICITUD DE SEGURO**, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver la Póliza mediante comunicación dirigida a el **TOMADOR** en el plazo de un (1) mes contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el **TOMADOR** o el **ASEGURADO**. En caso de resolución ésta se producirá a partir del decimosexto (16°) día siguiente a su notificación, siempre y cuando la devolución de la prima correspondiente se encuentre a disposición de el **TOMADOR** en la caja de **LA EMPRESA DE SEGUROS**. Corresponderán a **LA EMPRESA DE SEGUROS** las primas relativas al

período transcurrido hasta el momento en que haga esta notificación. **LA EMPRESA DE SEGUROS** no podrá resolver la Póliza cuando el hecho que haya sido objeto de reserva o inexactitud haya desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que **LA EMPRESA DE SEGUROS** haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haber conocido la verdadera entidad del riesgo.

Cuando la Póliza cubra varias personas y la reserva o inexactitud se contrajese sólo a una o varias de ellas, la Póliza subsistirá con todos sus efectos respecto a los restantes, siempre y cuando sea técnicamente posible.

#### **CLÁUSULA 10. FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE**

Las declaraciones falsas y reticencias de mala fe por parte de el **TOMADOR**, de el **ASEGURADO** o del **BENEFICIARIO** debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta de la Póliza, si son de tal naturaleza que **LA EMPRESA DE SEGUROS** de haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones, quedando **LA EMPRESA DE SEGUROS** exonerada de la devolución de las Primas pagadas.

#### **CLÁUSULA 11. RECHAZO DEL SINIESTRO**

Cuando la indemnización no proceda de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Generales, Particulares y Anexos de esta Póliza, **LA EMPRESA DE SEGUROS** deberá notificar por escrito al **ASEGURADO TITULAR** o al **BENEFICIARIO** en caso de fallecimiento de aquél, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifiquen el rechazo total o parcial del **SINIESTRO**, dentro de los treinta (30) días continuos siguientes, contados a partir de la fecha de recibir **LA EMPRESA DE SEGUROS** el último recaudo solicitado.

#### **CLÁUSULA 12. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**LA EMPRESA DE SEGUROS** no estará obligada al pago de la **INDEMNIZACIÓN** en los siguientes casos:

1. Si **EL TOMADOR**, **EL ASEGURADO** o **EL BENEFICIARIO** o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier momento emplea medios o documentos engañosos o dolosos, utilice datos falsos o simule hechos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios o cometer u ocultar fraudes en perjuicio de **LA EMPRESA DE SEGUROS**.

2. Si **EL TOMADOR, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO** actúa con dolo o culpa grave. No obstante, **LA EMPRESA DE SEGUROS** estará obligada 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 **LA EMPRESA DE SEGUROS** en lo que respecta a la Póliza.
3. 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 a **LA EMPRESA DE SEGUROS**.
4. Si el siniestro se inicia antes de la vigencia de la Póliza y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta de **LA EMPRESA DE SEGUROS**.
5. Si **EL TOMADOR o EL ASEGURADO** intencionalmente omitiere dar aviso a **LA EMPRESA DE SEGUROS** sobre la contratación de Pólizas que cubran los mismos riesgos o si hubiese celebrado el segundo o posteriores seguros con el fin de procurarse un provecho ilícito.
6. Cuando se presente alguna de las circunstancias establecidas en las Condiciones Particulares como causales de exoneración de responsabilidad de **LA EMPRESA DE SEGUROS**.
7. Si **EL TOMADOR, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO** omitiere notificar la ocurrencia del **SINIESTRO** o lo hiciera ya transcurrido el plazo establecido en la Cláusula 12 (Procedimiento para tramitar reclamos ante **LA EMPRESA DE SEGUROS**) de las Condiciones Particulares de esta Póliza, o no presentare los documentos requeridos por **LA EMPRESA DE SEGUROS** o lo hiciera fuera de los tiempos previstos en dicha cláusula, salvo que tal omisión o extemporaneidad haya sido por causa extraña no imputable al obligado, debidamente comprobada.
8. Cuando **EL TOMADOR, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO**, o cualquier otra persona que obre por su cuenta, obstaculizaren el ejercicio de los derechos de **LA EMPRESA DE SEGUROS**.
9. Cuando **EL TOMADOR, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO** no complete totalmente la **SOLICITUD DE SEGURO** que le suministre **LA EMPRESA DE SEGUROS**, ni declare con sinceridad y exactitud, antes de la celebración del contrato de seguro, todas las circunstancias necesarias que sean conocidas por él, para identificar las personas aseguradas y apreciar la extensión de los riesgos e influir en su valoración.

### **CLÁUSULA 13. PLURALIDAD DE SEGUROS**

El **TOMADOR** o el **ASEGURADO TITULAR** debe comunicar a **LA EMPRESA DE SEGUROS** la celebración de cualquier otro seguro que ampare iguales riesgos a los cubiertos por este seguro y que se refiera a la misma persona, la comunicación deberá hacerse por escrito y en un plazo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha en que el **ASEGURADO** tuvo conocimiento de tal circunstancia. El incumplimiento de este



deber sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que **LA EMPRESA DE SEGUROS** pueda deducir de la **SUMA ASEGURADA**, cantidad alguna por este concepto.

Si existen varios seguros que cubran gastos médicos y de farmacia y que estén obligados a pagar la indemnización sobre un mismo SINIESTRO, el **TOMADOR**, el **ASEGURADO TITULAR** o el **ASEGURADO DEPENDIENTE**, escogerá el orden en que presentará las reclamaciones y los **ASEGURADORES** deberán indemnizar, según el límite de su Póliza, hasta el monto total de los gastos.

Queda expresamente entendido que **LA EMPRESA DE SEGUROS** sólo responderá como máximo hasta la diferencia existente entre la indemnización pagada por otra u otras empresas de seguros que hubiesen indemnizado primeramente y el monto del siniestro, sin exceder en ningún caso el cien por ciento (100%) de los gastos incurridos y cubiertos por esta Póliza, sujetos a los **GASTOS RAZONABLES, USUALES Y ACOSTUMBRADOS** y a la **SUMA ASEGURADA** indicada en el **CUADRO RECIBO DE LA POLIZA**, En este caso, el **ASEGURADO TITULAR** deberá presentar el finiquito y las facturas originales indemnizadas por aquéllas.

#### **CLÁUSULA 14. PAGO DE INDEMNIZACIONES**

**LA EMPRESA DE SEGUROS**, se compromete a pagar la **INDEMNIZACIÓN** que sea procedente conforme a los términos de la presente Póliza y sus Anexos (si los hubiere), en un plazo no mayor de treinta (30) días continuos, contados a partir de la fecha en que el **TOMADOR**, el **ASEGURADO TITULAR**, el **ASEGURADO DEPENDIENTE** o cualquier otra persona que obre por cuenta de alguno de ellos, haya entregado el último de los recaudos solicitados por **LA EMPRESA DE SEGUROS** para analizar el SINIESTRO.

Si posterior al pago de una **INDEMNIZACIÓN**, **LA EMPRESA DE SEGUROS** llegare a comprobar que la misma era improcedente de acuerdo a las condiciones de esta Póliza y sus anexos, **LA EMPRESA DE SEGUROS**, de ser posible, considerará la **INDEMNIZACIÓN** pagada como un anticipo sobre cualquier futuro pago que tuviere que hacer al **TOMADOR** y, de no ser posible, **LA EMPRESA DE SEGUROS** podrá solicitar del **TOMADOR** o de la persona que solicitó tal reclamación, el reintegro de la **INDEMNIZACIÓN** pagada en forma indebida, ya sea de forma amistosa o mediante acción judicial.

#### **CLÁUSULA 15. ARBITRAJE**

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

arbitraje se ajustará a lo dispuesto en la ley que regula la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil.

El Superintendente de la Actividad Aseguradora actuará directamente o a través de los funcionarios que designe, como Árbitro Arbitrador, en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de esta Póliza. Las partes fijarán el procedimiento a seguir, caso contrario se aplicará el procedimiento previsto en la ley que rige la materia de arbitraje. En este caso, la decisión deberá ser tomada en un plazo que no excederá de treinta (30) días hábiles, una vez finalizado el lapso probatorio.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento, pudiendo solicitarse su nulidad únicamente en los supuestos legalmente previstos.

## **CLÁUSULA 16. CADUCIDAD DE LAS ACCIONES**

El **TOMADOR**, el **ASEGURADO TITULAR** o el **ASEGURADO DEPENDIENTE** perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra **LA EMPRESA DE SEGUROS** o convenir con ésta el arbitraje previsto en la cláusula anterior, si no interpone su demanda o solicita el arbitraje dentro del término que se señala a continuación:

- En caso de rechazo de un **SINIESTRO**: un (1) año contado a partir de la fecha de notificación del rechazo.
- En caso de inconformidad con el pago de la **INDEMNIZACIÓN**: un año (1) contado a partir de la fecha en que **LA EMPRESA DE SEGUROS** hubiere efectuado el pago.

En estos casos, el plazo de caducidad se comenzará a contar desde el momento en que haya un pronunciamiento escrito por parte de **LA EMPRESA DE SEGUROS**.

A los efectos de esta cláusula, se entenderá que la acción judicial ha sido iniciada una vez sea consignado el libelo de la demanda por ante el tribunal competente.

## **CLÁUSULA 17. PRESCRIPCIÓN**

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

## **CLÁUSULA 18. SUBROGACIÓN DE DERECHOS**

**LA EMPRESA DE SEGUROS** queda subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto indemnizado, en los derechos y acciones del **TOMADOR**, del **ASEGURADO** o del **ASEGURADO DEPENDIENTE** contra los terceros responsables.

Salvo el caso de dolo, no operará la subrogación si el daño hubiese sido causado por los descendientes, por el cónyuge, por la persona con quien mantenga unión estable de hecho, por otros parientes del **ASEGURADO** o por personas que convivan con él o por las personas por las cuales éste deba responder civilmente.

**EI ASEGURADO y/o el ASEGURADO DEPENDIENTE no podrán, en ningún momento, renunciar a sus derechos de recobrar de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado, so pena de perder todo derecho a INDEMNIZACIÓN bajo la presente Póliza.**

En caso de **SINIESTRO**, el **ASEGURADO y/o ASEGURADO DEPENDIENTE** está obligado a realizar, a expensas de **LA EMPRESA DE SEGUROS**, los actos que éste razonablemente le exija o que sean necesarios, con el fin que **LA EMPRESA DE SEGUROS** pueda ejercer todos los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago de la **INDEMNIZACIÓN**.

Esta cláusula no aplica a las coberturas definidas en el **Cláusula 5. Cobertura Opcional de Maternidad, de las Condiciones Particulares** de esta Póliza.

## **CLÁUSULA 19. MODIFICACIONES A LA PÓLIZA**

Toda modificación a las condiciones de la presente Póliza entrará en vigor una vez que el **TOMADOR y/o el ASEGURADO TITULAR** notifique por escrito su consentimiento a la proposición formulada por **LA EMPRESA DE SEGUROS** o cuando éste participe su aceptación a la solicitud de modificación propuesta por el **TOMADOR y/o ASEGURADO TITULAR**.

Las modificaciones se harán constar mediante Anexos debidamente firmados por un representante de **LA EMPRESA DE SEGUROS** y por el **TOMADOR y/o ASEGURADO TITULAR**. Los Anexos prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales de la Póliza.

Si la modificación requiere el pago de una **PRIMA** adicional, se aplicará lo dispuesto en la **CLÁUSULA 3. VIGENCIA DE LA PÓLIZA** y en la **CLÁUSULA 6. PAGO DE PRIMA**, ambas de estas Condiciones Generales.

Toda modificación de la **SUMA ASEGURADA** requiere de la expresa aceptación de la otra parte. Tales modificaciones se presumirán aceptadas por **LA EMPRESA DE SEGUROS** con la emisión del **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA**, en el cual se modifique la **SUMA ASEGURADA**; y por parte del **TOMADOR**, mediante comunicación escrita de aceptación que remita a **LA EMPRESA DE SEGUROS**, o por el pago de la diferencia de **PRIMA** correspondiente, si la hubiere.

Se consideran aceptadas las solicitudes escritas de prórroga o de modificación de la Póliza o de rehabilitación de la Póliza suspendida, si **LA EMPRESA DE SEGUROS** no rechaza la solicitud, por escrito, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de haberla recibido.

## **CLÁUSULA 20. PERITAJE**

Si surgiere desacuerdo para la fijación del importe de la indemnización, las partes podrán nombrar por escrito y de común acuerdo, un perito único al que someterán la controversia.

En caso de desacuerdo sobre la designación del perito único, se nombrarán por escrito dos (2) peritos, uno por cada parte, en el plazo de un (1) mes calendario a partir del día en que una de ellas haya requerido a la otra dicha designación. En caso de que una de las partes se negare a designar o dejare de nombrar el perito en el plazo antes indicado, la otra parte tendrá el derecho de nombrar un amigable componedor.

Si los dos (2) peritos así nombrados no llegaren a un acuerdo, el o los puntos en discrepancia serán sometidos al fallo de un tercer perito nombrado por ellos por escrito, y su apreciación agotará este procedimiento.

El perito único, los dos (2) peritos o el tercer perito, según sea en caso, decidirán asimismo en qué proporción las partes han de soportar los gastos relativos al peritaje.

El fallecimiento de cualquiera de los peritos durante el curso de este procedimiento, no anulará ni mermará los poderes, derechos o atribuciones del o los peritos sobrevivientes, Asimismo, si el perito único o el tercer perito falleciera antes del dictamen final, las partes o los peritos que le hubieren nombrado, según el caso, quedan facultados para sustituirlo por otro.

Los peritos deberán dar su fallo por escrito en un período de treinta (30) días continuos, contados desde su designación.

Sólo podrá fungir como perito y amigable componedor, el médico legalmente autorizado para el ejercicio de la profesión médica, con una especialidad reconocida por la Federación Médica Venezolana y con conocimientos en la materia objeto del peritaje.

## CLÁUSULA 21. COOPERACIÓN DE LOS ASEGURADOS

EL **ASEGURADO** está obligado a entregar a **LA EMPRESA DE SEGUROS** todos los recibos, facturas y resultados de exámenes. Asimismo, el **ASEGURADO** otorga la autorización para que todos los médicos que lo hayan atendido o estén atendiendo, proporcionen a **LA EMPRESA DE SEGUROS**, información sobre su estado físico, historia médica, historia clínica y demás circunstancias. **LA EMPRESA DE SEGUROS** tendrá derecho, a sus propias expensas, a hacer examinar por sus médicos al **ASEGURADO**, antes o después de pagada la **INDEMNIZACIÓN** y/o al momento de su incorporación en la Póliza, y el **ASEGURADO** se obliga a someterse a los exámenes que razonablemente puedan requerirse.

**LA EMPRESA DE SEGUROS** podrá solicitar por escrito, cualesquiera otros recaudos que razonablemente necesite para una mejor evaluación del siniestro. Tal solicitud la deberá hacer **LA EMPRESA DE SEGUROS**, por una sola vez y dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha en que el **TOMADOR, ASEGURADO o BENEFICIAIRO** haya entregado los documentos inicialmente solicitados. A su vez el **TOMADOR, ASEGURADO o BENEFICIAIRO** dispondrán de un plazo de quince (15) días hábiles para entregar los nuevos recaudos.

## CLÁUSULA 22. AVISOS

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra, respecto de la Póliza, deberá hacerse mediante comunicación escrita o mediante telegrama con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal o sucursal de **LA EMPRESA DE SEGUROS** o a la dirección del **TOMADOR** o del **ASEGURADO TITULAR** que conste en el **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA**, según sea el caso.

## CLÁUSULA 23. DOMICILIO

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, el cual aparece indicado en el **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA**, a la competencia de cuyos tribunales declaran someterse expresamente.

## CONDICIONES PARTICULARES

### CLÁUSULA 1. DEFINICIONES

A los efectos de esta Póliza se define como:

**ACCIDENTE:** Hecho fortuito en el cual el **ASEGURADO** sufre una lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del **TOMADOR** o del **ASEGURADO**.

**CENTROS CLINICOS U HOSPITALARIOS:** Cualquier Instituto de salud público o privado, legalmente establecido y autorizado por las autoridades competentes, para prestar servicio de hospitalización y asistencia médica quirúrgica. No serán considerados así, a los efectos de esta Póliza: los institutos o lugares de descanso, centros exclusivos para tratamientos de drogadictos o alcohólicos, instituciones dedicadas exclusivamente al tratamiento de cualquier enfermedad infecto-contagiosa o de desórdenes y enfermedades mentales, instituciones geriátricas, hidro-clínicas, spas y otras instituciones semejantes a las antes indicadas.

**EDAD DE SUSCRIPCIÓN:** Es la edad alcanzada establecida por **LA EMPRESA DE SEGUROS** que tiene el **ASEGURADO** al momento de la contratación de la póliza y será la que corresponda al cumpleaños más cercano para el momento del comienzo de este contrato, cumpliendo años sucesivamente en la misma fecha.

**EMERGENCIA MÉDICA:** Cualquier enfermedad o lesión súbita y aguda que, de no ser tratada de inmediato, pone en peligro la vida o integridad física del **ASEGURADO**.

**ENFERMEDAD:** Alteración de la salud del **ASEGURADO** que origina reducción de su capacidad funcional y de la cual se origine un diagnóstico que la defina, certificado por un médico y que sea base para una reclamación de acuerdo con los términos de esta Póliza.

**ENFERMEDAD CRÓNICA:** Toda aquella patología cuyos síntomas sean prolongados en el tiempo o aquellos casos en los cuales a pesar de no tener sintomatología, exista una lesión anatómica demostrable cuyo tiempo de evolución sea prolongado; y principalmente aquellos casos en los cuales el tratamiento médico suministrado no logre la curación total de la patología, sino que actúe como tratamiento paliativo o produzca únicamente remisiones de la enfermedad en las que puedan aparecer crisis de reagudización.

**GASTOS USUALES, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS:** Se considera así el costo promedio calculado por **LA EMPRESA DE SEGUROS**, de los gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios de clínicas ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella en donde fue atendido el **ASEGURADO**, los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las Condiciones de esta Póliza, se encuentren cubiertos. Dicho promedio será calculado sobre la base de las estadísticas de los gastos facturados dentro de los treinta (30) días anteriores a la fecha en que el **ASEGURADO** incurrió en dichos gastos, incrementados según el Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC) del Banco Central de Venezuela registrados en el mismo mes.

Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el gasto razonable será el monto facturado amparado.

**LESIÓN:** Cualquier daño físico que sufra el asegurado, siempre que el mismo tenga como causa real, inmediata, necesaria, directa y exclusiva, heridas o golpes producidos por la acción repentina, violenta y fortuita de una fuerza o agente externo, independiente de la voluntad del **ASEGURADO**, objetivamente constatable, y que sea base para una reclamación de acuerdo a los términos de esta Póliza.

**MATERNIDAD:** Todos aquellos eventos originados por el acto de la concepción bien sea que finalice en: parto normal o fórceps, parto gemelar, parto prematuro, aborto espontáneo, embarazo ectópico, embarazo molar o cesárea, que ocurran durante la vigencia de la Póliza.

**MÉDICAMENTE NECESARIO:** Son servicios o suministros ordenados por un médico y proporcionados por **CENTROS CLÍNICOS U HOSPITALARIOS**, o centros de trasplantes que cumplen con las siguientes condiciones:

- a) Que sean apropiados y esenciales para el diagnóstico y tratamiento de la **ENFERMEDAD** o **LESIÓN** del **ASEGURADO**.
- b) Que sean cónsonos con las normas médicas farmacológicamente aceptadas.
- c) Que el servicio, tratamiento o suministro proporcionado sea conveniente al estado de salud del **ASEGURADO** y no sea de naturaleza experimental o investigativa.
- d) Que no exceda en alcance, duración o intensidad para proporcionar un tratamiento seguro, adecuado y apropiado.

La necesidad médica es avalada por **LA EMPRESA DE SEGUROS** basándose en la definición anterior. El hecho que un tratamiento, servicio o suministro haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un médico, no lo hace suficiente para considerarlo médicamente necesario.

**MÉDICO TRATANTE:** Profesional de la medicina, legalmente autorizado para ejercer la medicina bajo las leyes de la jurisdicción donde ha sido prestado el servicio y el cual se encuentra practicando dentro de los límites de cualquier autorización legal que sea pertinente. El médico deberá tener la especialidad directamente vinculada con el diagnóstico, tratamiento o cuidado de las enfermedades cubiertas bajo esta Póliza.

**PLAZO DE ESPERA:** Aquel período, dentro de la vigencia de la cobertura de este contrato de seguro, durante el cual **LA EMPRESA DE SEGUROS** no cubre determinados riesgos.

**TRATAMIENTO MÉDICO AMBULATORIO:** Asistencia médica recibida por **EL ASEGURADO** siendo atendido en un consultorio, una clínica o Institución Hospitalaria por un tiempo menor a veinticuatro (24) horas.

## CLÁUSULA 2. APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES

Todas las definiciones, condiciones o limitaciones establecidas en las Condiciones Generales de esta Póliza serán aplicables a las presentes condiciones a menos que surjan contradicciones entre ambas, en cuyo caso se aplicarán las presentes Condiciones Particulares.

## CLÁUSULA 3. PERSONAS ASEGURABLES Y PERSONA NATURAL RESIDENTE

Son asegurables las siguientes personas:

1. **EI ASEGURADO TITULAR**, el (la) cónyuge o la persona con quien haga vida marital, los hijos, hermanos y padres del **ASEGURADO TITULAR**, así como aquellas personas que tengan nexo familiar con **EL ASEGURADO TITULAR** y personal doméstico que trabaje para él.
2. **PERSONA NATURAL RESIDENTE** que al momento de la contratación de este seguro, sean residentes de la República Bolivariana de Venezuela, es decir, cuya estadía en el país se prolongue por más de ciento ochenta y dos (182) días durante la vigencia anual de la Póliza.

## CLÁUSULA 4. GASTOS AMPARADOS

Comprende el **GASTOS, USUALES RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS**, incurrido por el **ASEGURADO** durante el período de vigencia de esta póliza por tratamientos, servicios o suministros **MÉDICAMENTE NECESARIOS**, derivado del diagnóstico de una **ENFERMEDAD** o un **ACCIDENTE** cubierto por la presente póliza, facturados por un **CENTRO CLÍNICO U HOSPITALARIO** y por un **MÉDICO TRATANTE** de acuerdo con el siguiente detalle:

### A. Gasto por Estadía Hospitalaria:

El gasto cubierto por este concepto será por la permanencia del **ASEGURADO** en calidad de paciente en el **CENTRO CLÍNICO U HOSPITALARIO** hasta por el costo máximo de una habitación estándar en el mismo (excluyendo expresamente el exceso que corresponda a una habitación especial, de lujo o suite), cuyo costo correrá por cuenta de **LA EMPRESA DE SEGUROS** a razón de:

1. Unidad de Cuidados Intensivos



2. Alimentación del **ASEGURADO**, excepto gastos por concepto de restaurante o fuente de soda.
3. Acompañante, siempre que ocupe la misma habitación del paciente **ASEGURADO**.
4. Llamadas telefónicas locales y televisión.
5. Atención de Enfermería y Paramédica.
6. Historia clínica, gastos de admisión, administración y cobranza.

#### **B. Honorarios médicos del equipo quirúrgico:**

Son los referentes a la atención profesional del **MÉDICO TRATANTE** o cirujano. El beneficio de cirugía es aplicable en caso de operación quirúrgica en forma ambulatoria o con hospitalización, ordenada y llevada a cabo por un cirujano debidamente facultado, y representa los gastos en que incurra el **ASEGURADO** por concepto de pago de honorarios médicos, de cirujano y hasta un máximo de tres (3) ayudantes y el anestesiólogo que participen en la(s) intervención(es) quirúrgicas relacionada(s) con la **ENFERMEDAD** o el **ACCIDENTE** tratado. Estos honorarios, con los demás beneficios cubiertos globalmente, están sujetos al límite máximo de la **SUMA ASEGURADA**.

Si al **ASEGURADO**, en el curso de una hospitalización, se le efectuaren dos (2) o más intervenciones quirúrgicas de varios órganos no relacionados entre sí, que ameriten más de un (1) acto quirúrgico, la indemnización de los honorarios médicos será la que resulte de considerar las intervenciones como actos médicos independientes.

Si el **ASEGURADO**, en el curso de una hospitalización, es atendido por dos (2) o más médicos cirujanos principales, el monto de los gastos amparados serán los mismos que si hubiera sido atendido por uno (1) solo. Si en el curso de una incisión quirúrgica se efectuaren dos (2) o más intervenciones en uno (1) o más órganos del cuerpo, la indemnización por honorarios médicos será la correspondiente a la de mayor cuantía

#### **C. Honorarios médicos de especialistas:**

Son aquellos convenidos con los médicos especialistas para atender al **ASEGURADO** que por orden médica se encuentre hospitalizado para el tratamiento de una **ENFERMEDAD** o **LESIÓN**, requiera o no intervención quirúrgica, o en las **EMERGENCIAS MÉDICAS** o **TRATAMIENTO MÉDICO AMBULATORIO** que no necesite hospitalización ni cirugía.

Cuando el **ASEGURADO** se encuentre hospitalizado, las visitas médicas serán indemnizadas de acuerdo al número de días que esté hospitalizado y a las condiciones del paciente.

#### **D. Gastos clínicos y especiales de diagnóstico:**

1. Sala de operaciones y cuarto de recuperación.

2. Sala de emergencia.
3. Derecho y material de anestesia.
4. Oxígeno y Gases.
5. Banco de Sangre y Transfusiones Sanguíneas.
6. Material médico quirúrgico y medicinas con prescripción médica que correspondan con el tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente.
7. Traslados en Ambulancia y/o Aeroambulancia en el Territorio de la República Bolivariana de Venezuela.
8. Monitoreo (Electrocardiografía, Presión Arterial Invasiva o no Invasiva, Saturación de Oxígeno, Presión Intracraneal) y Dinamap.
9. Prótesis internas funcionales, muletas y sillas rodantes que se requieran para uso permanente.
10. Uso de aparatos especiales de alta tecnología.
11. Gastos por concepto de aparatos ortopédicos, pulmones de hierro u otros equipos para el tratamiento de parálisis respiratoria, sillas de ruedas y camas especiales, así como de equipos para la administración de oxígeno. Se considera cubierto solamente el alquiler de tales aparatos y no su costo de adquisición.
12. Procedimientos de Imagenología; Estudios Imagenológicos Invasivos o no.
13. Exámenes de Laboratorio y Estudios Microbiológicos.
14. Exámenes Especiales y Estudios Anatomopatológicos.

#### **E. Otros gastos amparados:**

1. Gastos por tratamiento de Quimioterapia, Radioterapia, Fisioterapia y Rehabilitación por accidente o enfermedad cubierta por esta Póliza.
2. Cirugía plástica, cosmética o reconstructiva de lesiones o defectos, necesarias únicamente a consecuencia de **ACCIDENTES** ocurridos durante la vigencia de la Póliza y amparados por ésta; la intervención quirúrgica a que dé lugar deberá realizarse dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la ocurrencia de dicho **ACCIDENTE**.
3. Servicio de Analgesia Post Operatoria, siempre y cuando sea requerido por una **ENFERMEDAD** o **ACCIDENTE** cubierto por esta Póliza y que sea a consecuencia de las cirugías que a continuación se describen:
  - a) Cirugía cardiovascular y torácica: aneurisma de aorta, toracotomía.
  - b) Cirugía abdominal: colecistectomía abierta, esófago gastrectomía, gastrectomía total o parcial, hemicolectomía, hepatectomía, pancreatectomía, resección abdominoperineal de recto, lumbotomía con o sin nefrectomía parcial o total.
  - c) Cirugía oncológica: mastectomía radical oncológica con o sin reconstrucción, protocolo para cáncer de ovario, vulvectomía parcial o radical.
  - d) Cirugía pelviana: histerectomía abdominal con o sin ooforosalingectomía, prostatectomía abierta y radical.

e) Traumatología: fractura de tobillo, fractura de fémur, húmero o tibia, fractura de pelvis, cirugía de columna vertebral, prótesis de rodilla, caderas y hombro.

#### F. MEDICINA PREVENTIVA:

Esta Póliza otorga cobertura a los gastos amparados por concepto de honorarios médicos en que incurra el **ASEGURADO** al asistir a una consulta médica de carácter preventivo, hasta por la **SUMA ASEGURADA** indicada en el **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA**. Este beneficio estipula un máximo de tres (3) consultas médicas por **ASEGURADO**, de cualquier especialidad reconocida por la Federación Médica Venezolana.

#### G. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Esta póliza otorga cobertura a los tratamientos médicos de Inmunodeficiencia Adquirida y todas las enfermedades que sean causadas por, y/o relacionadas con, el virus HIV positivo. La suma asegurada será la indicada en el **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA**, siempre que el **ASEGURADO** que reciba dicho tratamiento tenga como mínimo un (1) año de haber ingresado en la Póliza.

#### H. BENEFICIO DIARIO POR HOSPITALIZACION

En caso que el **ASEGURADO** requiera ser hospitalizado como consecuencia de una **ENFERMEDAD** o **ACCIDENTE** amparado por esta Póliza, por un período mayor de 24 horas consecutivas, **LA EMPRESA DE SEGUROS** indemnizará el monto estipulado en el **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA**, por cada día que permanezca hospitalizado con un máximo de cuarenta y cinco (45) días continuos.

#### CLÁUSULA 5. COBERTURA OPCIONAL DE MATERNIDAD

Mediante la contratación de esta cobertura, el **TOMADOR** se obliga al pago de la **PRIMA** adicional correspondiente contra la entrega por parte de **LA EMPRESA DE SEGUROS** del **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA**.

Al contratarse esta cobertura opcional se indemnizarán los **GASTOS RAZONABLES, USUALES Y ACOSTUMBRADOS** amparados, menos el **DEDUCIBLE** si lo hubiere, y hasta la **SUMA ASEGURADA** indicada en el **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA**, por concepto de:

- a) Gastos por estadía hospitalaria
- b) Honorarios Médicos: obstetra principal, anestesiólogo, pediatra, primer y segundo ayudante (si se amerita)
- c) Gastos clínicos y especiales de diagnóstico

d) Gastos por cuidados del recién nacido ocasionados durante los primeros treinta (30) días: Retén, alimentación, medicamentos, incubadora, cuidados especiales y cualquier otro gasto que sea indispensable para garantizar su salud y vida.

## **CLÁUSULA 6. PLAZOS DE ESPERA**

**Todos los ASEGURADOS 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, con excepción de los casos previstos en la Cláusula 7 Exclusiones Temporales de estas Condiciones Particulares, siempre y cuando la ENFERMEDAD, hospitalización y/o intervención quirúrgica o tratamiento médico, no se encuentren excluidos según la Cláusula 8. Exclusiones Permanentes, de las Condiciones Particulares de esta Póliza.**

a) **Tendrán cobertura inmediata: ACCIDENTES y las siguientes enfermedades infecciosas agudas: apendicitis, peritonitis, gastroenteritis, meningo-encefalitis, fiebre reumática, malaria y neumonía, ocurridas, contraídas u originadas después de la fecha de comienzo de la póliza o rehabilitación, aumento de SUMA ASEGURADA, cambio de plan o la inclusión de un ASEGURADO, según sea aplicable.**

**Si la hospitalización o intervención quirúrgica se debiese a una ENFERMEDAD existente al momento de ocurrir un ACCIDENTE y aquella agravase las consecuencias del mismo, el caso será considerado a los efectos de esta Póliza y la aplicación de los PLAZOS DE ESPERA, como una ENFERMEDAD y no como un ACCIDENTE.**

**Si un ACCIDENTE agrava el curso de una ENFERMEDAD, las consecuencias serán consideradas como una ENFERMEDAD y no como un ACCIDENTE para los efectos de esta Póliza.**

b) **En caso de ENFERMEDAD, la cobertura surtirá efecto siempre y cuando lo GASTOS USUALES, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS se generen tres (3) meses desde la fecha de comienzo de la póliza o rehabilitación, aumento de SUMA ASEGURADA, cambio de plan o la inclusión de un ASEGURADO, según sea aplicable, que dé lugar a tratamiento médico, hospitalización o intervención quirúrgica, y siempre que la ENFERMEDAD que los genere no se encuentre excluida según la Cláusula 7. Exclusiones Temporales, de las Condiciones Particulares de esta Póliza.**

**Para los casos de aumento de la SUMA ASEGURADA o cambio de plan solicitado por el TOMADOR, este literal aplica únicamente para los beneficios y SUMAS ASEGURADAS en exceso de los anteriormente contratados.**

c) No tendrán **PLAZOS DE ESPERA** las **ENFERMEDADES, ACCIDENTES o ENFERMEDADES O MALFORMACIONES CONGÉNITAS** padecidos por el recién nacido, siempre que el parto haya sido amparado por **LA EMPRESA DE SEGUROS** y el recién nacido haya sido incluido en la Póliza dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a su nacimiento.

## **CLÁUSULA 7. EXCLUSIONES TEMPORALES**

Los gastos incurridos a consecuencia de tratamientos, hospitalización o intervenciones quirúrgicas derivadas de las patologías abajo señaladas, se indemnizarán de acuerdo a las condiciones indicadas a continuación:

a) Tendrán cobertura transcurridos dieciocho (18) meses desde la fecha de comienzo de la póliza o rehabilitación, aumento de **SUMA ASEGURADA**, cambio de plan o la inclusión de un **ASEGURADO**, según sea aplicable, las siguientes enfermedades:

Catarata, Glaucoma, Pterigión, Sinusopatías, Hipertrofias de cornetes, Septodesviación Nasal, Enfermedad ulcero-péptica, Hemorroides, Síndrome del Túnel del carpo, Enfermedad de Quervain, Amigdalitis, Adenoiditis, Litiasis de Vías Urinarias y sus complicaciones, Litiasis de Vías Biliares y sus complicaciones, Varicocele, Hidrocele, Fimosis, Parafimosis, Quistes de ovario, Poliposis endometrial, Fibromatosis uterina, Miomatosis, Salpingitis, Tumores sólidos benignos mayores de un (1) centímetro, Artritis, Artrosis, Artropatías del Hombro y Rodilla, Enfermedad Úlcero-Péptica, Gastritis, Enfermedad Diverticular de Colon, Lipomas, Hemangiomas, Nevus Sintomáticos, Enfermedades de la Tiroides y Paratiroides,

b) Tendrán cobertura transcurridos veinticuatro (24) meses desde la fecha de comienzo de la póliza o rehabilitación, aumento de **SUMA ASEGURADA**, cambio de plan o la inclusión de un **ASEGURADO**, según sea aplicable, las siguientes enfermedades:

**EBPOC (Enfermedad Bronco-Pulmonar Obstructiva Crónica), Aneurisma, Malformación arteriovenosa, Síndrome varicoso y sus complicaciones, Hipertensión arterial, Cardiopatía Isquémica, Arteriosclerosis, Arritmia Cardíaca, Enfermedad cerebro vascular, Diabetes mellitus y sus complicaciones, Estenosis del canal medular, Hernia Discal, Espina Bífida, Meningocele, Lipomeningocele, Mielomeningocele, Hernia Inguinal, Hernia Umbilical, Hernia Hiatal, Hallux Valgus, Insuficiencia Renal Crónica, Hiperplasia Prostática, Prolapso genital, Incontinencia urinaria al esfuerzo, Cura operatoria de miopía o hipermetropía superior a tres y medio (3.50) dioptrías (previa evaluación médica por parte de LA EMPRESA DE**

**SEGUROS), Endotropía, Esotropía, Tratamiento quirúrgico de patologías tumorales de las glándulas mamarias y de mamas supernumerarias (previa aprobación de LA EMPRESA DE SEGUROS). Cualquier tipo de Cáncer. Labio Leporino, Lupus Eritematoso, Comunicación Interventricular, Comunicación Interauricular, Tetralogía de Fallop.**

#### **CLÁUSULA 8. EXCLUSIONES PERMANENTES:**

**LA EMPRESA DE SEGUROS, no pagará las indemnizaciones por los gastos incurridos en relación a los siguientes supuestos:**

- 1. Cirugía plástica, cosmética o reconstructiva de lesiones o defectos, siempre que no sean como consecuencia de accidentes o de patologías oncológicas ocurridos y cubiertos durante la vigencia de la Póliza.**
- 2. Mamoplastia reductora con fines estéticos y/o funcionales, tratamiento de la condición fibroquística, displasia, enfermedad fibroquística de la mama.**
- 3. Ginecomastia en varones, cúmulo de grasa pectoral o lipomastia, gigantomastia juvenil, excepto los que provoque evidentes trastornos la columna cervical y dorsal evidenciados en estudios clínicos y de imágenes y a condición de que dichas pacientes tengan menos de veinte (20) años de edad y hayan estado incluidas en la Póliza por más de dieciocho (18) meses.**
- 4. Desórdenes mentales, curas de reposo, tratamientos de los trastornos funcionales de la conducta (ansiedad, neurosis, depresión, psicosis, neurosis). Enfermedades siquiátricas y mentales según clasificación internacional. Demencia senil, con o sin hospitalización en residencia geriátrica. Trastornos del sueño, causas y consecuencias generadas por éste.**
- 5. Verificación periódica de la salud, exámenes con fines diagnóstico, con o sin hospitalización, cuando no haya ENFERMEDAD o no guarden relación con la ENFERMEDAD de base que originó la atención médica.**
- 6. Consultas preventivas, con excepción de lo previsto en el literal “F” de la Cláusula 4 “Gastos Amparados” de las Condiciones Generales. Consultas pediátricas de niño sano. Control ginecológico, menopausia, osteoporosis post menopausia. Síndromes virales y/o gripales, excepto en menores de doce (12) años. Tratamiento desensibilizante para alergias, aplicación de vacunas.**
- 7. Tratamiento de la dependencia del alcohol, drogas, estupefacientes y psicotrópicos, sus complicaciones, tanto agudas como crónicas, así como los ACCIDENTES ocurridos por responsabilidad directa del ASEGURADO a**

consecuencia del consumo de alcohol, drogas o sustancias estupefacientes y psicotrópicas.

**8. Tratamientos odontológicos o periodontológicos, tratamientos o intervenciones maxilofaciales o de la región cráneo mandibular, el síndrome temporomaxilar y otras condiciones relacionadas con la unión de la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos de esa coyuntura; exceptuando los casos en que la LESIÓN sea de origen traumática a consecuencia de un ACCIDENTE amparado por esta Póliza, siempre y cuando el tratamiento a que dé lugar se realice dentro de los ciento ochenta (180) días continuos siguientes a la ocurrencia de dicho ACCIDENTE. En caso que el ASEGURADO requiera extender este plazo, deberá ser evaluado previamente por un especialista designado por LA EMPRESA DE SEGUROS.**

**9. Exámenes oftalmológicos, vicios de refracción o tratamientos médicos o quirúrgicos para corregir defectos de la refracción visual (miopía, hipermetropía, astigmatismo) menores o iguales a tres y medio (3,50) dioptrías. Uso de lentes correctivos, lentes de contacto.**

**10. Tratamiento médico o quirúrgico sobre órganos sanos con fines profilácticos.**

**11. Cualquier Enfermedad a partir del momento en que sea decretada como epidemia por algún organismo competente en cualquier parte del país.**

**12. Enfermedades de transmisión sexual, virus del papiloma humano VPH, molusco contagioso en adultos localizado en área genital, salvo lo dispuesto en el ítem G. de la Cláusula 4. GASTOS AMPRADOS DE ESTAS Condiciones Particulares.**

**13. Lesiones causadas en actos de guerra declaradas o no, y por la participación activa en motín y huelga, guerra civil, terrorismo, lesiones o enfermedades profesionales a consecuencias del servicio como miembro de alguna unidad militar o policial y cualquier hecho que las leyes califiquen como delitos contra la seguridad interior del Estado.**

**14. Los daños o lesiones intencionalmente inflingidos por el ASEGURADO a sí mismo, suicidio, intento de suicidio y participación en hechos delictivos.**

**15. Intervención del ASEGURADO en duelos o riñas, a menos que se compruebe que no han sido provocados por él.**

**16. Lesiones causadas por terremotos, temblor de tierra, tifón, huracán, tornado, ciclón u otra convulsión de la naturaleza o perturbación atmosférica.**

17. Lesiones, accidentes o enfermedades adquiridas a consecuencia de reacción nuclear, radiación nuclear o contaminación radioactiva, contaminación química, fisión o fusión nuclear, así como el uso y empleo de la energía atómica o nuclear.
18. Cirugías o tratamientos ortopédicos con el fin de corregir malformaciones óseas o articulares que no sean derivadas de ACCIDENTES, ENFERMEDADES o patologías cubiertos por esta Póliza y ocurridos durante la vigencia de la misma.
19. Servicio médico suministrado por un familiar hasta 4° grado de consanguinidad y 2° de afinidad y/o recibido sin costo alguno.
20. Atención especial de enfermeras domiciliarias.
21. Obtención de bragueros, aparatos correctivos y accesorios médicos u otros equipos especiales no requeridos quirúrgicamente: muletas, bastón, silla de ruedas, andaderas, botas ortopédicas, plantillas especiales.
22. Audífonos, prótesis auditivas y exo-prótesis.
23. Intervenciones quirúrgicas destinadas a corregir defectos físicos o ACCIDENTES sufridos con anterioridad a la fecha que se hizo efectivo el seguro.
24. Tratamiento esclerosante de las várices.
25. Gastos por concepto de consulta, exámenes, medicamentos y los siguientes procedimientos no aceptados por la Federación Médica Venezolana: medicina naturista, alternativa o sistémica, acupuntura, homeopatía, adaptógenos, cámaras hiperbáricas, delfinoterapia, medicina biológica, aplicación de plasma rico en factores de crecimiento.
26. Estudios y/o tratamientos médicos o quirúrgicos, así como las consecuencias y complicaciones por infertilidad, esterilización quirúrgica de ambos sexos, disfunciones e insuficiencias sexuales, prótesis de pene (enfermedad de Peryronie), inseminación artificial, in Vitro, colocación de dispositivos intrauterinos (DIU), uso de anticonceptivos orales (ACO) y afines.
27. Tratamiento médico o quirúrgico para el acné o la alopecia; cirugías para embellecimiento.
28. Prácticas de los siguientes deportes de alto riesgo: lucha, submarinismo, vuelo en Ícaro, boxeo, competencias de automóviles, motociclismo, equitación, alpinismo, escalada, coleo y rodeo, paracaidismo, parapente, salto de benjé, a



menos que haya sido declarado en la Solicitud de Seguros por el ASEGURADO y LA EMPRESA DE SEGUROS asuma el riesgo.

**29. Tratamiento médico y/o quirúrgico para la obesidad o reducción de peso, sus complicaciones y/o consecuencias.**

**30. Atención médica, estudios, tratamientos y hospitalizaciones por alteraciones hormonales con repercusión en el crecimiento y/o desarrollo.**

**31. Terapia ocupacional, terapia de lenguaje o de la conducta.**

**32. Tratamiento de fisioterapia, excepto aquellos a consecuencia de una ENFERMEDAD o ACCIDENTE cubierto por la Póliza, hasta treinta (30) sesiones o cuatro (4) meses, lo que ocurra primero.**

**33. Maternidad y todo lo relacionado con el estado de gravidez del asegurado incluyendo tratamiento médico pre y post natal durante el embarazo y el parto propiamente, así como el aborto y embarazo ectópico, a menos que hubiese contratado la cobertura opcional de maternidad.**

**34. Gastos de transporte, distintos a ambulancias terrestres MÉDICAMENTE NECESARIAS y previamente autorizadas por LA EMPRESA DE SEGUROS.**

**35. Servicios médicos o medicamentos cuyas facturas presentadas no se encuentren a nombre del ASEGURADO, o no cumplan con las exigencias del SENIAT (número de RIF, razón social, fecha de facturación y domicilio fiscal)**

**36. Si la hospitalización, tratamientos médicos o intervención quirúrgica se debiese a alguna enfermedad o por un tratamiento o intervención no cubierto según las condiciones de la presente póliza, y la misma presentará alguna complicación o secuela, el caso será considerado a los efectos de este seguro como un caso de enfermedad no amparado bajo la cobertura de la presente póliza.**

**37. Si la Hospitalización, tratamiento médico o intervención quirúrgica se debiesen a alguna enfermedad que gocen de cobertura y en el mismo acto quirúrgico se efectúa otra intervención o tratamiento médico no cubierto por la póliza y se presentara alguna complicación durante la cirugía o en el post operatorio de ésta; LA EMPRESA DE SEGUROS indemnizará en proporción al costo del procedimiento amparado sin complicaciones.**

## CLÁUSULA 9. INDISPUTABILIDAD, ANULACIÓN Y RENOVACIÓN

Esta Póliza será indisputable, después de tres (03) años de estar la cobertura vigente ininterrumpidamente, contados estos a partir de la fecha de comienzo de la póliza, inclusión del **ASEGURADO**, aumento de Suma Asegurada o Cambio de Plan, según sea el caso, siempre que la enfermedad, hospitalización y/o intervención quirúrgica y/o tratamiento médico no se encuentren indicados en la **CLÁUSULA 8. EXCLUSIONES PERMANENTES de las Condiciones Particulares**.

No obstante, desde el inicio del contrato las partes podrán establecer que ciertas enfermedades no están cubiertas, siempre que sea mediante un acuerdo debidamente firmado por los contratantes.

Para los casos de aumento de suma asegurada o cambio de plan solicitado por el **TOMADOR**, esta cláusula aplica únicamente para las sumas aseguradas y beneficios en exceso de los anteriores contratados.

Al asegurado que permanezca incluido dentro de la cobertura de la presente póliza ininterrumpidamente durante tres (3) años, **LA EMPRESA DE SEGUROS** le garantiza la permanencia en el Seguro.

## CLÁUSULA 10. INDEMNIZACIÓN

**LA EMPRESA DE SEGUROS** indemnizará los **GASTOS, USUALES RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS** amparados, dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días continuos, contados a partir de la fecha en que **LA EMPRESA DE SEGUROS** haya recibido el último recaudo solicitado, salvo por causa extraña no imputable a **LA EMPRESA DE SEGUROS**.

El pago de las prestaciones aquí previstas se efectuarán al **ASEGURADO TITULAR**, o si éste hubiere fallecido antes del pago, al **BENEFICIARIO** nombrado en la **SOLICITUD DE SEGURO** o, en su defecto, de no existir persona designada, se realizará a los Únicos y Universales Herederos.

El monto a indemnizar será el resultado de, el total de gastos amparados menos el **DEDUCIBLE**, si lo hubiere. En ningún caso, la **INDEMNIZACIÓN** podrá exceder la **SUMA ASEGURADA**, esta y el **DEDUCIBLE**, estarán indicados en el **CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA**.

La cobertura de esta Póliza es por **ASEGURADO**, por **ENFERMEDAD** y año Póliza.

El **DEDUCIBLE** será aplicado en cada caso de **ENFERMEDAD** o **LESIÓN** originada por un **ACCIDENTE**. Si una **ENFERMEDAD** o **LESIÓN** origina dos (2) o más

reclamaciones durante un año Póliza, el DEDUCIBLE se aplicará sólo en la primera reclamación.

Si dos (2) o más ASEGURADOS incurren en gastos amparados como consecuencia de un mismo ACCIDENTE, el DEDUCIBLE será aplicado una sola vez por evento.

#### **CLÁUSULA 11. OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD**

**LA EMPRESA DE SEGUROS no pagará la INDEMNIZACIÓN cuando el ASEGURADO TITULAR, TOMADOR o ASEGURADO DEPENDIENTE:**

a) Causare(n) o provocare(n) intencionalmente el SINIESTRO o fuese(n) cómplice(s) del hecho. En el supuesto de que sea el BENEFICIARIO el que cause dolosamente el daño, quedará nula la designación hecha a su favor.

b) Sin el consentimiento de LA EMPRESA DE SEGUROS y sin haber evaluado el SINIESTRO, efectúen cambios o modificaciones a las pruebas o evidencias que puedan hacer más difícil o imposible la determinación de la causa del mismo, siempre que tal cambio o modificación no se imponga a favor del interés público o para evitar que sobrevenga un daño mayor.

c) Incumpliere(n) cualquiera de las obligaciones establecidas en la CLÁUSULA 12 Procedimientos para tramitar reclamo ante LA EMPRESA DE SEGUROS de estas Condiciones Particulares, a menos que el incumplimiento se deba a causa extraña no imputable al TOMADOR, al ASEGURADO TITULAR o al ASEGURADO DEPENDIENTE, u otra que lo exonere de responsabilidad.

d) Infrinja(n) las leyes vigentes en la República Bolivariana de Venezuela o en cualquier otro país. Siempre que tal infracción constituya un delito o sea la causa fundamental del siniestro.

e) No cooperare con LA EMPRESA DE SEGUROS en los términos previstos en la CLÁUSULA 21. COOPERACIÓN DE LOS ASEGURADOS, de las Condiciones Generales de esta Póliza.

f) No entregaren los documentos requeridos por LA EMPRESA DE SEGUROS u omitieren dar aviso del SINIESTRO en los plazos señalados en esta Póliza, a menos que se compruebe que dejó de realizarse por causa extraña no imputable.

g) Suministraren información falsa o inexacta u omitieran cualquier dato, que de haber sido conocido por LA EMPRESA DE SEGUROS, éste no hubiere emitido o rehabilitado la póliza; o la hubiere hecho en diferentes condiciones.

## **CLÁUSULA 12. PROCEDIMIENTOS PARA TRAMITAR RECLAMOS ANTE LA EMPRESA DE SEGUROS**

**EI TOMADOR**, el **ASEGURADO TITULAR** o el **ASEGURADO DEPENDIENTE** o el **BENEFICIARIO**, según sea el caso, debe notificar a **LA EMPRESA DE SEGUROS** la ocurrencia del **SINIESTRO** dentro del plazo máximo de treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha en que tuvo conocimiento del inicio de la hospitalización, tratamiento médico, intervención quirúrgica u ocurrencia del **ACCIDENTE**, en el formulario de declaración de **SINIESTRO** que **LA EMPRESA DE SEGUROS** tenga para este propósito. Cuando un **SINIESTRO** involucre varios tratamientos dentro de una misma vigencia de la póliza, todos se considerarán a efectos de la Póliza como uno sólo y la fecha para su notificación será la del primer tratamiento.

Una vez efectuada la notificación del **SINIESTRO** y dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha de terminación de la hospitalización, tratamiento médico o intervención quirúrgica, deberán entregarse a **LA EMPRESA DE SEGUROS** los originales de: informes médicos evolutivos de la **ENFERMEDAD** o **ACCIDENTE**, resultados de los exámenes y estudios practicados, récipes de indicación médica, las facturas canceladas y comprobantes de pago de los servicios recibidos y documentos concernientes a servicios expresamente cubiertos por esta Póliza.

En el caso de tratamientos continuados o prolongados, las reclamaciones por las compras de medicamentos que sean adquiridos por el **ASEGURADO**, para tratamientos de enfermedades amparadas por esta Póliza, **LA EMPRESA DE SEGUROS** sólo reembolsará los costos correspondientes a tales medicamentos hasta por un máximo de tres (3) meses de duración de los tratamientos. Si al finalizar dicho periodo es necesario continuar con el tratamiento médico, se podrá hacer a **LA EMPRESA DE SEGUROS** una nueva reclamación por los gastos incurridos para los próximos tres (3) meses, debiendo el **ASEGURADO** en todos los casos presentar a **LA EMPRESA DE SEGUROS** los comprobantes o soportes que evidencien el gasto.

En los casos en que **LA EMPRESA DE SEGUROS** requiera documentos adicionales para la evaluación del **SINIESTRO**, podrá solicitarlos por escrito y por una sola vez, siempre que dicha solicitud se efectúe dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos en los párrafos anteriores de esta cláusula. En este caso, se establece un plazo de quince (15) días hábiles para la presentación de los recaudos solicitados por **LA EMPRESA DE SEGUROS** contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos.

En caso de tener el **ASEGURADO** otros seguros que cubran el mismo reclamo y éste fuese presentado primeramente a las otras compañías de seguros, se extenderá el plazo para la presentación de documentos ante **LA EMPRESA DE SEGUROS** a sesenta (60)

días continuos, contados a partir de la fecha de la indemnización por parte de las otras compañías de seguros.

Todas las **INDEMNIZACIONES** de los gastos amparados según la presente póliza se realizarán en moneda nacional. Los gastos incurridos fuera del territorio nacional deberán constar en facturas debidamente pagadas y su reembolso se efectuará en moneda de curso legal en la República Bolivariana de Venezuela a la tasa de cambio oficial para la venta vigente a la fecha en que **LA EMPRESA DE SEGUROS** realice el pago del **SINIESTRO** dentro de los treinta (30) días hábiles siguiente al recibo en la oficina de **LA EMPRESA DE SEGUROS**, de toda la documentación requerida, siempre que la reclamación se encuentre amparada según las condiciones de esta Póliza, realizando la **INDEMNIZACIÓN** como si dicho tratamiento y/o intervención se hubiese efectuado en la República Bolivariana de Venezuela en la fecha en que ocurrió el **SINIESTRO**.

### **CLÁUSULA 13. EXÁMEN Y RECONOCIMIENTO MÉDICO**

**LA EMPRESA DE SEGUROS** tiene derecho a someter al **ASEGURADO** a los exámenes y reconocimientos médicos necesarios y razonables al momento de su incorporación en la Póliza o para la evaluación de cualquier **SINIESTRO** presentado por éste, siendo por cuenta de **LA EMPRESA DE SEGUROS** los gastos que se originen por tal concepto.

---

**EL TOMADOR**

---

**POR ESTAR SEGUROS, S.A.**

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° 19292 de fecha 18/01/2013