

PÓLIZA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO

En consideración a las declaraciones de **EL TOMADOR**, de **EL ASEGURADO** y del **BENEFICIARIO** y con sujeción a las presentes Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los Anexos, si los hubiere, y los demás documentos que formen parte de este contrato, **EL ASEGURADOR** se obliga al pago de las indemnizaciones correspondientes en caso de siniestro cubierto por esta Póliza.

En todo lo no previsto en este contrato, son aplicables las disposiciones contenidas en el Decreto con Fuerza de Ley del Contrato de Seguro y en la Ley de la Actividad Aseguradora.

CLÁUSULA 2. DEFINICIONES

Para todos los fines relacionados con esta Póliza, queda expresamente convenido entre las partes que los siguientes términos tendrán los significados que se indican, siendo que el género masculino incluirá también al femenino, así como el singular al plural, y viceversa, cuando corresponda, salvo que del texto de la Póliza se desprenda una interpretación diferente:

EL ASEGURADOR: ESTAR SEGUROS, S.A., Registro de Información Fiscal (R.I.F.) N° J-00007587-5, 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 el Centro Plaza Torre "D", 1ra. Transversal, Los Palos Grandes, Caracas, Venezuela, quien asume los riesgos cubiertos por esta Póliza.

EL TOMADOR: Persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena traspasa los riesgos a **EL ASEGURADOR**, celebrando el presente contrato y obligándose a efectuar el pago de las primas.

EL ASEGURADO: Persona natural expuesta a los riesgos cubiertos por esta Póliza.

EL ASEGURADO TITULAR: Persona indicada como tal en el Cuadro Recibo de la Póliza, quien representará a los demás asegurados inscritos en la Póliza.

DEPENDIENTES: Personas que dependen económicamente de **EL ASEGURADO TITULAR**.

BENEFICIARIO: **EL ASEGURADO TITULAR** o **EL ASEGURADO** afectado por el siniestro. **EL ASEGURADO TITULAR** tiene el derecho a designar un **BENEFICIARIO EN CASO DE MUERTE**, quien tendrá derecho a recibir la indemnización que le corresponde a **EL ASEGURADO TITULAR** en el supuesto de su fallecimiento. A falta de la designación del **BENEFICIARIO EN CASO DE MUERTE** o en caso de inexactitud o error en el nombre, que haga imposible su identificación, la indemnización convenida se pagará en partes iguales a los herederos legales de **EL ASEGURADO TITULAR**.

CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA: Documento donde se indica, como mínimo, la siguiente información: Número de la Póliza, identificación completa de **EL ASEGURADOR**, de su representante y domicilio principal, identificación completa de **EL TOMADOR**, de **EL ASEGURADO** y del **BENEFICIARIO**, vigencia de la Póliza, coberturas contratadas, sumas aseguradas, monto de las primas, forma de pago de las primas y firmas de **EL ASEGURADOR** y de **EL TOMADOR**. El Cuadro Recibo de la Póliza será entregado a **EL TOMADOR** conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los anexos, si los hubiere, y los demás documentos que formen parte integrante de la Póliza. Esta obligación no procederá en los casos de renovación del contrato, salvo que el texto de la Póliza haya sido objeto de alguna modificación.

SOLICITUD DE SEGURO: Cuestionario proporcionado por **EL ASEGURADOR**, que contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación de **EL TOMADOR**, de **EL ASEGURADO** y del **BENEFICIARIO**, así como también sobre el estado de salud de **EL ASEGURADO** y otros datos que puedan influir en la estimación del riesgo que se pretende amparar, las cuales deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por **EL TOMADOR** y **EL ASEGURADO TITULAR**, constituyendo esta declaración la base legal para la emisión de este contrato.

DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO: Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, el Cuadro Recibo de la Póliza, los anexos que se emitan para complementar o modificar la Póliza y los demás documentos que por su naturaleza formen parte del contrato.

EDAD: La edad de **EL ASEGURADO** será la que corresponda al cumpleaños más cercano a la fecha de inicio de la primera vigencia de la Póliza contrato, cumpliendo años, sucesivamente, en cada aniversario de dicha fecha.

CONDICIONES PARTICULARES: Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.

PRIMA: Es la contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar **EL TOMADOR** a **EL ASEGURADOR** en virtud de la celebración del contrato.

SUMA ASEGURADA: Es el monto máximo que **EL ASEGURADOR** pagará en caso de siniestro cubierto por la Póliza.

SINIESTRO: Es el acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte de **EL ASEGURADOR**.

CLÁUSULA 3. VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La vigencia de la Póliza es anual y estará indicada en el Cuadro Recibo de la Póliza, con indicación de la fecha en que se emite, la hora y día de su inicio y vencimiento.

CLÁUSULA 4. RENOVACIÓN

La Póliza se entenderá renovada automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anual anterior y por un plazo igual, entendiéndose que la renovación no implica una nueva Póliza, sino la prórroga de la anterior. Las partes pueden negarse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de vigencia en curso de la Póliza.

CLÁUSULA 5. PAGO DE LAS PRIMAS

El pago de la prima será anual, salvo que desde el inicio de la Póliza y previa solicitud de **EL TOMADOR** y aceptación de **EL ASEGURADOR**, se haya acordado fraccionar su pago, lo cual se hará constar en el Cuadro Recibo de la Póliza.

EL TOMADOR debe pagar la primera prima en el plazo de quince (15) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la Póliza. Igualmente, en caso de fraccionamiento, está obligado a pagar cada fracción de la prima en el plazo de quince (15) días continuos siguientes a la fecha de finalización de la última fracción de prima pagada.

Si la prima no es pagada o se hace imposible su cobro en el plazo establecido por causa imputable a **EL TOMADOR**, el contrato de seguro quedará sin validez y efecto alguno a partir de la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza o del vencimiento de la última fracción de prima pagada, según corresponda, sin que para ello exista obligación de **EL ASEGURADOR** de notificar a **EL TOMADOR** que el contrato ha quedado sin efecto.

Si ocurriese un siniestro en el plazo convenido para el pago de la prima, **EL ASEGURADOR** pagará la indemnización, siempre que **EL TOMADOR** pague antes de su vencimiento la prima correspondiente. No obstante, si el monto de la indemnización es mayor a la prima anual, **EL ASEGURADOR** pagará la indemnización, previa deducción de la prima anual. Asimismo, en el supuesto de primas fraccionadas, **EL ASEGURADOR**, a su elección, podrá descontar de la indemnización la prima fraccionada o la prima anual.

Contra el pago de la prima, **EL ASEGURADOR** entregará a **EL TOMADOR** el recibo de prima correspondiente firmado y sellado por el mismo.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte de **EL ASEGURADOR** por dicho exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses del excedente, aun cuando aquellas hubieren sido aceptadas formalmente por **EL ASEGURADOR**.

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

CLÁUSULA 6. PLAZO DE GRACIA

EL ASEGURADOR concede treinta (30) días continuos de gracia para el pago de la prima correspondiente a la renovación anual de la Póliza, contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia anual anterior. Si ocurriere un siniestro en este plazo, **EL**

ASEGURADOR pagará la indemnización, siempre que **EL TOMADOR** pague antes de su vencimiento la prima correspondiente. No obstante, si el monto de la indemnización es mayor a la prima anual, **EL ASEGURADOR** pagará la indemnización, previa deducción de la prima anual. Asimismo, en el supuesto de primas fraccionadas, **EL ASEGURADOR**, a su elección, podrá descontar de la indemnización la prima fraccionada o la prima anual. Vencido el plazo de gracia sin que se haya pagado la prima de renovación en los términos previstos en esta cláusula, el contrato quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación de la vigencia anual anterior de la Póliza, sin que para ello exista obligación de **EL ASEGURADOR** de notificar a **EL TOMADOR** que el contrato ha quedado sin efecto.

CLÁUSULA 7. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.

EL ASEGURADOR no estará obligado al pago de la indemnización en los siguientes casos:

1. Si **EL TOMADOR**, **EL ASEGURADO** o el **BENEFICIARIO** presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios. En el supuesto del **BENEFICIARIO**, quedará nula la designación hecha a su favor.
2. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave de **EL TOMADOR**, de **EL ASEGURADO** o del **BENEFICIARIO**, pero sí de los ocasionados en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con **EL ASEGURADOR** en lo que respecta a esta Póliza.
3. Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo de **EL TOMADOR**, de **EL ASEGURADO** o del **BENEFICIARIO**.
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 **EL ASEGURADOR**.
5. En el caso en que **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO TITULAR** haya actuado con dolo o culpa grave, según lo señalado en la Cláusula 8. Declaraciones en la Solicitud de Seguro, de estas Condiciones Generales
6. Otras exoneraciones de responsabilidad establecidas en la Póliza.

CLÁUSULA 8. DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD

La presente Póliza se emite con fundamento en las declaraciones e informaciones suministradas por **EL TOMADOR** y **EL ASEGURADO TITULAR** en la Solicitud de Seguro y en cualquier otro documento que pueda requerir **EL ASEGURADOR**.

EL TOMADOR y **EL ASEGURADO TITULAR** tienen el deber, antes de la celebración del contrato, de declarar con exactitud a **EL ASEGURADOR**, de acuerdo con el cuestionario que éste les proporcione o los requerimientos que les indique, todas las circunstancias por ellos conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Por lo tanto, el presente contrato se celebra bajo la presunción de la buena fe por parte de **EL TOMADOR** y de **EL ASEGURADO**

TITULAR, sin perjuicio de la facultad de **EL ASEGURADOR** de exigir en forma razonable la comprobación de la exposición referida.

EL ASEGURADOR deberá participar a **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO TITULAR**, en un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado que puede influir en la valoración del riesgo y podrá ajustar o resolver el contrato 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 TITULAR**. En caso de resolución, ésta se producirá a partir del décimo sexto (16°) día siguiente a su notificación, siempre y cuando la devolución de la prima no consumida, deducida la comisión pagada al intermediario de seguros, se encuentre a disposición de **EL TOMADOR** en la caja de **EL ASEGURADOR**. Corresponderán a **EL ASEGURADOR** las primas relativas al período transcurrido hasta el momento en que se haga esta notificación. **EL ASEGURADOR** no resolverá el contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que **EL ASEGURADOR** haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la indemnización de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Igualmente, si ocurre un siniestro antes del vencimiento de los plazos de un (1) mes o de dieciséis (16) días antes mencionados, según sea el caso, la indemnización también se reducirá en los términos mencionados en este párrafo. Si **EL TOMADOR** o **EL ASEGURADO TITULAR** actúa con dolo o culpa grave, **EL ASEGURADOR** quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la prima.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte de **EL TOMADOR**, de **EL ASEGURADO TITULAR** o del **BENEFICIARIO**, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta de la Póliza, si son de tal naturaleza que **EL ASEGURADOR** de haberlas conocido no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

CLÁUSULA 9. EDAD.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad de **EL ASEGURADO**, sin que se demuestre que haya dolo o mala fe, **EL ASEGURADOR** no podrá resolver el contrato a menos que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por **EL ASEGURADOR** en esta Póliza, pero en este caso se devolverá a **EL TOMADOR** la prima no consumida, deducida la comisión pagada al intermediario de seguros, a la fecha de su extinción.

Si la edad de **EL ASEGURADO** estuviese comprendida dentro de dichos límites, se aplicarán las reglas siguientes:

1. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de **EL ASEGURADOR** se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

2. Si **EL ASEGURADOR** hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad de **EL ASEGURADO**, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.
3. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, **EL ASEGURADOR** estará obligado a reembolsar el exceso de las primas percibidas, sin intereses. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad.
4. Si con posterioridad a la muerte de **EL ASEGURADO** se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, **EL ASEGURADOR** estará obligado a pagar al **BENEFICIARIO** la suma que por las primas canceladas corresponda de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige la presente cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

CLÁUSULA 10. PAGO DE INDEMNIZACIONES

EL ASEGURADOR, salvo por causa extraña que no le sea imputable, se compromete a pagar la indemnización que sea procedente conforme con la presente Póliza, en un plazo no mayor de treinta (30) días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que **EL ASEGURADOR** haya recibido toda la información y recaudos razonablemente solicitados para liquidar el siniestro.

CLÁUSULA 11. RECHAZO DEL SINIESTRO

Cuando no proceda la cobertura de cualquier reclamo, de acuerdo con lo estipulado en la presente Póliza, **EL ASEGURADOR** deberá notificar por escrito a **EL TOMADOR**, **EL ASEGURADO** o el **BENEFICIARIO**, en el plazo señalado en la cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo total o parcial del siniestro.

CLÁUSULA 12. ARBITRAJE

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato. La tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil.

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

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento

CLÁUSULA 13. CADUCIDAD.

EL TOMADOR, EL ASEGURADO o el **BENEFICIARIO** perderá todo derecho a ejercer acción judicial (Demanda) contra **EL ASEGURADOR** o convenir con éste el Arbitraje previsto en la cláusula anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir los plazos que se señalan a continuación:

- a) En caso de rechazo del siniestro: un (1) año contado a partir de la fecha de notificación del rechazo.
- b) En caso de inconformidad con el pago de la indemnización: un año (1) contado a partir de la fecha en que **EL ASEGURADOR** hubiere efectuado el pago.

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

CLÁUSULA 14. PRESCRIPCIÓN.

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

CLÁUSULA 15. MODIFICACIONES Y REHABILITACIONES.

Toda modificación de la Póliza deberá constar en anexo. Si la modificación requiere pago de prima adicional, se aplicará lo dispuesto en este contrato para efectos del pago de las primas.

Solamente los funcionarios autorizados por **EL ASEGURADOR** tendrán facultad para emitir anexos a la presente Póliza. Para que éstos tengan validez y puedan considerarse parte integrante de la misma, deben ser emitidos en los formularios usuales de **EL ASEGURADOR** y estar debidamente sellados y firmados por uno de sus funcionarios autorizados y por **EL TOMADOR**. Los Anexos prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales.

Una vez caducada, la Póliza puede ser rehabilitada a solicitud escrita de **EL TOMADOR**, siempre que el **ASEGURADO TITULAR** y sus **DEPENDIENTES** se encuentren en buen estado de salud, según declaración de salud hecha por **EL ASEGURADO** o reconocimiento médico, entrando el contrato de nuevo en vigor, desde el día señalado en el Cuadro Recibo de Póliza, el Certificado de Seguro o anexo correspondiente, con sujeción a cualquier condición nueva que establezca **EL ASEGURADOR**.

Se reputan aceptadas las solicitudes escritas de modificar el contrato o de rehabilitarlo en caso de que esté suspendido, si **EL ASEGURADOR** no rechaza la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido. Este plazo será de veinte (20) días hábiles cuando a criterio de **EL ASEGURADOR** la modificación o rehabilitación de este contrato haga necesario un reconocimiento médico. El requerimiento de **EL ASEGURADOR** de que **EL ASEGURADO** se realice el examen médico, no implica aceptación.

La modificación de la suma asegurada requerirá aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por **EL ASEGURADOR** con la emisión del Cuadro Recibo

de Póliza, en el que se modifique la suma asegurada, y por parte de **EL TOMADOR** mediante comunicación escrita o con el pago de la diferencia de prima correspondiente.

CLÁUSULA 16. AVISOS

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra con respecto a esta Póliza, deberá hacerse mediante comunicación escrita, telegrama o medio electrónico, con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal o sucursal de **EL ASEGURADOR** o a la dirección de **EL TOMADOR** o de **EL ASEGURADO TITULAR** que conste en la Póliza, según sea el caso.

Las comunicaciones entregadas al intermediario de seguros producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte.

Los intermediarios de seguros deben entregar la correspondencia a su destinatario en un lapso de cinco (5) días hábiles, contados a partir de su recepción

CLÁUSULA 17. DOMICILIO

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

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

EL ASEGURADOR

EL TOMADOR

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante oficio N° **SAA-1-1- 11634-2014** de fecha 15 de Diciembre de 2014.

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1. DEFINICIONES

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

Término	Descripción
Accidente	Suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad de EL TOMADOR , de EL ASEGURADO o del BENEFICIARIO , que le cause a EL ASEGURADO lesiones corporales.
Beneficio Diario	Es la suma asegurada o el monto pagadero por cada día de hospitalización, indicado en el Cuadro Recibo de la Póliza.
Centro Clínico u Hospitalario	Establecimiento permanente con permiso sanitario vigente y autorizado por el Organismo del Estado que corresponda para suministrar asistencia médica. 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, dipsómanos (alcohólicos), enfermedades infecto-contagiosa, enfermos mentales o desordenes de conducta, ni lugares donde se proporcionen tratamientos naturistas, terapias alternativas y acupuntura.
Día	Se define como el período de veinticuatro (24) horas consecutivas.
Enfermedad	Alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que origine reducción de su capacidad funcional y que requiera tratamiento médico y/o intervención quirúrgica.
Enfermedad Congénita	Alteración de la salud 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 de la Póliza o de la inclusión de EL ASEGURADO en la Póliza.
Enfermedad Preexistente	Enfermedad o lesión corporal que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del contrato o de la inclusión de EL ASEGURADO en la Póliza, y sea conocida por EL TOMADOR o EL ASEGURADO .
Exclusiones Temporales	Alteraciones a la salud o casos que no están cubiertos por esta Póliza durante un periodo de tiempo limitado. Este lapso comienza a correr desde el momento en que EL ASEGURADO es incluido en la

PÓLIZA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Término	Descripción
	Póliza, ya sea que la incorporación haya ocurrido al momento de la emisión de la Póliza o con posterioridad a ésta.
Hospitalización	Reclusión en un centro clínico u hospitalario como paciente interno bajo el cuidado y atención de un médico.
Informe Médico	Es un documento emitido por el médico tratante, que resume en forma clara y concisa, la etiología, evolución de la afección o enfermedad y el tratamiento recibido. Si la atención médica y/o tratamiento es aplicado en la República Bolivariana de Venezuela, dicho informe deberá contener el nombre del médico, su especialidad, el número de cédula de identidad, la matrícula del Ministerio correspondiente y el número del Colegio Médico al que pertenezca. Si la atención médica y/o tratamiento es aplicado fuera de la República Bolivariana de Venezuela, dicho informe deberá cumplir con todos los requisitos legales de forma y fondo que aplican en el país donde se elabore dicho informe, al mismo tiempo que debe estar certificado por el respectivo consulado.
Lesión Corporal	Daño causado al organismo como consecuencia de un accidente o una enfermedad.
Medicamento Necesario	Servicio o suministro ordenado por un médico y proporcionado por centros clínicos u hospitalarios que cumplan con las siguientes condiciones: a) Que sean apropiados y esenciales para el diagnóstico y tratamiento de la lesión del EL ASEGURADO . b) Que sean cónsonos con las normas médicas y farmacológicamente aceptadas. c) Que a juicio del Médico Tratante; el servicio, tratamiento o suministro proporcionado sea el más conveniente al estado de salud de EL ASEGURADO . d) Que el servicio, tratamiento o suministro proporcionado esté reconocido por la Federación Médica Venezolana y no sea de naturaleza experimental o investigativa. e) Que no exceda en alcance, duración o intensidad para proporcionar un tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
Médico	Profesional de la medicina legalmente autorizado para el ejercicio de la misma en el país donde presta sus servicios y cuya especialidad médica esté directamente vinculada con la afección o condición de EL ASEGURADO . No se aceptará ningún médico que sea: a) El mismo Asegurado, b) El cónyuge de EL ASEGURADO , o c) familiar de EL ASEGURADO o de su cónyuge, cuyo parentesco fuere el de hijo, padre o hermano.
Paciente Interno	Persona cuya hospitalización se realiza por recomendación de un

Término	Descripción
	médico, con la finalidad de prestarle atención médica o realizarle intervención alguna quirúrgica en relación a una enfermedad o lesión corporal.
Unidad de Terapia Intensiva (UTI)	Sala especial de un centro clínico u hospitalario, que funciona durante las veinticuatro (24) horas para la atención de pacientes, equipada para brindar servicios médicos especiales no disponibles en una sala común de recuperación postoperatoria.

CLÁUSULA 2. COBERTURA

- 2.1 **BENEFICIO DIARIO POR HOSPITALIZACIÓN. EL ASEGURADOR** se obliga a pagar el Beneficio Diario, estipulado en el Cuadro Recibo de la Póliza, por cada día que **EL ASEGURADO** permanezca hospitalizado como consecuencia de una enfermedad contraída o un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y amparado por la misma, siempre que la hospitalización sea considerada por el Médico Tratante y por **EL ASEGURADOR** como Medicamento Necesario. Este beneficio se pagará hasta un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días por enfermedad o accidente amparado por la Póliza.
- 2.2 **DOBLE BENEFICIO.** En caso que **EL ASEGURADO** fuese recluido en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de un Centro Clínico u Hospitalario, por ser Medicamento Necesario para el cuidado médico, diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o el accidente cubierto por esta Póliza y ocurrido durante la vigencia de la misma, **EL ASEGURADOR** pagará por cada día que **EL ASEGURADO** permanezca hospitalizado, una cantidad adicional equivalente al cien por ciento (100%) del beneficio diario por hospitalización, estipulado en el Cuadro Recibo de la Póliza, por un período máximo de hasta treinta (30) días por cada año Póliza.
- 2.3 **CUIDADOS AL CONVALECIENTE.** En caso que **EL ASEGURADO** sea dado de alta médica de un Centro Clínico u Hospitalario con motivo de una hospitalización que haya estado amparada por la presente Póliza y, si el médico tratante y **EL ASEGURADOR** determinan que el período de convalecencia, posterior a la alta, debe extenderse por ser médicamente necesario, **EL ASEGURADOR** pagará una suma equivalente al cien por ciento (100%) del beneficio diario por hospitalización, estipulado en el Cuadro Recibo de la Póliza, por cada día de convalecencia, por un periodo máximo de días igual al menor entre: el número de días consecutivos que el asegurado estuvo hospitalizado antes del periodo de convalecencia o quince (15) días continuos. Esta cobertura sólo amparará hasta un máximo de treinta (30) días de convalecencia por cada año Póliza.

CLÁUSULA 3. PLAZOS DE ESPERA Y EXCLUSIONES

La presente Póliza no cubre y **EL ASEGURADOR** no pagará indemnización alguna por hospitalizaciones que se produzcan como consecuencia de:

Plazos de espera

1. **Tratamientos quirúrgicos indicados a causa de adenoides, amigdalitis, hemorroides, fistulectomía, esfinterotomía, colecistectomía y enfermedades gineco-obstétricas, a menos que EL ASEGURADO afectado tenga más de diez (10) meses ininterrumpidos de antigüedad en la Póliza.**
2. **Cualquier otra enfermedad que no esté excluida temporal o permanentemente en esta Póliza, a menos que EL ASEGURADO afectado tenga más de cuatro (04) meses ininterrumpidos de antigüedad en la Póliza.**

Exclusiones Temporales

1. **Enfermedades preexistentes, a menos que EL ASEGURADO afectado tenga más de treinta y seis (36) meses ininterrumpidos de antigüedad en la Póliza.**
2. **Enfermedades congénitas, a menos que EL ASEGURADO afectado tenga más de veinte cuatro (24) meses ininterrumpidos de antigüedad en la Póliza.**
3. **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, Endotropía, Esotropía, Tratamiento quirúrgico de patologías tumorales de las glándulas mamarias y de mamas supernumerarias. Cualquier tipo de Cáncer. Labio Leporino, Lupus Eritematoso, Comunicación Interventricular, Comunicación Interauricular, Tetralogía de Fallop; a menos que EL ASEGURADO afectado tenga más de veinticuatro (24) meses ininterrumpidos de antigüedad en la Póliza.**
4. **Catarata, Glaucoma, Pterigión, Sinusopatías, Hipertrofias de cornetes, Septodesviación Nasal, Enfermedad ulcero-péptica, Síndrome del Túnel del carpo, Enfermedad de Quervain, 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; a menos que EL ASEGURADO afectado tenga más de diez y ocho (18) meses ininterrumpidos de antigüedad en la Póliza.**

PÓLIZA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

Exclusiones Permanentes

- 1. Lesiones autoinferidas, suicidios o tentativa de suicidio, accidentes causados intencionalmente por EL ASEGURADO; los sufridos por su imprudencia, negligencia o impericia grave.**
- 2. 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.**
- 3. Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), terrorismo, insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra intestina, guerra civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación de estado de excepción, o cualquier acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con cualquier organización con actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno de jure o de facto o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.**
- 4. Fisión o fusión nuclear, contaminación radiactiva, riesgos atómicos o de energía nuclear y sus consecuencias**
- 5. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y todas las enfermedades que sean causadas por y/o relacionadas con el virus HIV positivo. Infección oportunista o neoplasma maligno, si al momento de producirse un accidente o manifestarse una enfermedad, EL ASEGURADO tuviere el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o fuere seropositivo al HIV (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Se consideran infecciones oportunistas la neumonía pneumocystis carinii, el organismo del virus de enteritis crónica y/o la infección diseminada de hongos.**
- 6. Encontrarse EL ASEGURADO bajo el efecto de alguna droga o sustancia estupefaciente o psicotrópica que no haya sido médicamente prescrita.**
- 7. Viajes como pasajero en aviones, embarcaciones, helicópteros, autobuses y ferrocarriles, tanto en líneas comerciales como privadas de pasajeros, a nivel nacional e internacional, no autorizadas por las autoridades correspondientes o que incumplan con las leyes correspondientes.**
- 8. Práctica o entrenamientos propios de deportes de buceo, alpinismo o escalamiento de montañas, donde se haga uso de sogas o guías, espeleología, paracaidismo, parapente, planeadores, motociclismo, deportes de invierno, deportes profesionales o carreras que no sean a pie.**
- 9. Tomar parte en carreras, concursos de velocidad o resistencia, apuestas y sus entrenamientos, exploraciones, expediciones y cualquier empresa arriesgada o peligrosa.**
- 10. Hernias de cualquier naturaleza y sus consecuencias.**
- 11. Realizar EL ASEGURADO actividades propias del servicio militar.**
- 12. Encontrarse EL ASEGURADO sometido a presidio, prisión o a cualquier pena privativa de libertad.**

13. Participación activa de EL ASEGURADO en actos delictivos, duelos o riñas, motín, conmoción civil, disturbios populares, saqueos, disturbios laborales o conflictos de trabajo
14. La práctica profesional de cualquier deporte.
15. Tratamientos dentales de cualquier índole, incluyendo dientes postizos, coronas, incrustaciones y/o puentes, tratamientos ortodóncicos y endodóncicos, siempre que no sean consecuencia de un accidente amparado por esta Póliza. Tratamientos mandibulares, incluyendo la articulación temporomandibular.
16. Exámenes rutinarios de la vista o de los oídos. Cirugía de refracción (queratotomía radial).
17. Tratamientos para enfermedades mentales o desordenes psiquiátricos.
18. Tratamiento para transformación sexual o insuficiencias sexuales o para enfermedades de transmisión sexual.
19. Tratamientos para el abuso de alcohol, adicción y/o abuso de drogas o estupefacientes.
20. Cirugía plástica cosmética u ortopédica, siempre que no sean consecuencia de un accidente amparado por esta Póliza. Tratamientos de belleza.
21. Hospitalizaciones cuya finalidad sea realizar exámenes médicos, de laboratorio, consultas médicas, exámenes de rutina u chequeos generales de salud.
22. Hospitalizaciones por control y diagnóstico de embarazo, parto, cesárea, aborto, legrado uterino por aborto, chequeos ginecológicos y las complicaciones relacionadas con cualesquiera de estos eventos; así como cualquier evento relacionado con la maternidad.
23. Esterilización quirúrgica para ambos sexos, pruebas y tratamientos relacionados con la infertilidad, fertilización in vitro y/o procedimientos afines. Implantación o retiro de dispositivos intrauterinos y sus consecuencias.
24. Tratamientos de andropausia, menarquía, menopausia, siempre que la menopausia no esté provocando alteraciones clínicas que ameriten tratamiento médico.
25. Tratamientos quirúrgicos o no quirúrgicos para la obesidad o reducción de peso.
26. Radioterapia, cobaltoterapia, quimioterapia o cualquier otro elemento radioactivo aplicados con fines terapéuticos.
27. Tratamientos no aceptados por la Federación Médica Venezolana: acupuntura, medicina naturista, homeopatía, entre otros.
28. Fisioterapia y rehabilitación.
29. Tratamientos desensibilizantes para las alergias.
30. Trasplantes de órganos y/o implantes cuando se trate de: córnea, médula ósea, órganos o tejidos humanos óseo musculares y paratiroideos (excepto en caso de quemaduras), cualquier trasplante experimental e implante de corazón artificial.
31. Tratamientos o servicios cuando EL ASEGURADO no se encuentre hospitalizado en un centro clínico u hospitalario, según lo definido en esta Póliza; o cuando la

hospitalización no se encuentre bajo la atención y cuidado de un médico, conforme la definición establecida en la Póliza.

32. Enfermedades decretadas como epidémicas por el organismo competente.
33. Tratamiento experimental o investigativo.

Si EL TOMADOR o EL ASEGURADO solicitare un incremento en la suma asegurada, comenzarán a considerarse nuevamente los Plazos de Espera y las Exclusiones Temporales para las cantidades en exceso, contados a partir de la fecha en que se produjo el incremento, por tanto de ocurrir un siniestro antes del vencimiento de los plazos de espera aplicables a la nueva suma asegurada, EL ASEGURADOR indemnizará sobre la base de la suma asegurada contratada antes de la modificación, siempre que los Plazos de Espera y las Exclusiones Temporales anteriores hubieren vencido.

Los hijos de EL ASEGURADO TITULAR, nacidos durante la vigencia de la Póliza y de madres amparadas por la misma, no le serán aplicados Plazos de Espera y las Exclusiones Temporales, siempre y cuando los niños hayan sido incluidos en esta Póliza dentro de los primeros treinta (30) días siguientes a su nacimiento.

CLÁUSULA 4. EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD

EL ASEGURADOR quedará relevado de toda responsabilidad de indemnización:

1. Si EL TOMADOR, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO no notificaren el siniestro o no suministraren la información solicitada por EL ASEGURADOR dentro de los plazos señalados en la Cláusula 10. Procedimiento en caso de Siniestros, de estas Condiciones Particulares, a menos que se compruebe que dejó de realizarse por causa extraña no imputable a cualquiera de ellos.
2. Si EL TOMADOR, EL ASEGURADO o EL BENEFICIARIO con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a EL ASEGURADOR, incumplieren con las obligaciones establecidas en la Cláusula 11. Cooperación, de estas Condiciones Particulares.

CLÁUSULA 5. PERSONAS ASEGURABLES

Son personas asegurables bajo la presente Póliza **EL ASEGURADO TITULAR** que se encuentre económicamente activo, siempre y cuando su edad al momento de contratación de la Póliza sea mayor o igual a dieciocho (18) años y menor de sesenta y cinco (65) y los **DEPENDIENTES** que se señalan a continuación:

1. El cónyuge de **EL ASEGURADO TITULAR** o la persona con la cual mantenga unión estable de hecho, mayor o igual a dieciocho (18) años y menor de sesenta y cinco (65) años.
2. Los hijos de **EL ASEGURADO TITULAR** o de su cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho, mayor de seis (6) meses y menor de veinticinco (25) años.

3. Los padres de **EL ASEGURADO TITULAR** o de su cónyuge o de la persona con la cual mantenga unión estable de hecho, menor de sesenta y cinco (65) años.
 4. Cualquier otra persona que conviva y dependa económicamente de **EL ASEGURADO TITULAR**, mayor o igual a dieciocho (18) años y menor de sesenta y cinco (65) años.
- Las personas antes mencionadas estarán identificadas en el Cuadro Recibo de la Póliza.

CLÁUSULA 6. TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA CADA ASEGURADO.

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

1. Cuando el cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho con **EL ASEGURADO TITULAR** termine su relación con él.
2. Si el hijo de **EL ASEGURADO TITULAR** o de su cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho, alcanza la edad de veinticinco (25) años, contraiga matrimonio o mantenga unión estable de hecho.
3. Cuando alguna de las personas mencionadas en el numeral 4 de la cláusula anterior, deje de depender económicamente de **EL ASEGURADO TITULAR**.
4. Por aviso escrito de **EL TOMADOR** o de **EL ASEGURADO TITULAR**, comunicando a **EL 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 en curso de la Póliza, siempre que se mantenga en vigor con el pago de la prima correspondiente.

La terminación se efectuará sin perjuicio del derecho de **EL ASEGURADO** o del **BENEFICIARIO** a indemnizaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación.

Si **EL ASEGURADO**, conforme con lo indicado en los numerales anteriores, quedare excluido de la Póliza, podrá solicitarse a **EL ASEGURADOR**, a más tardar dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha en que sea efectiva la terminación, la emisión de una póliza de "Renta Diaria por Hospitalización", 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 para el momento de la terminación del seguro.

CLÁUSULA 7. CONTINUIDAD DEL SEGURO

Al fallecimiento de **EL ASEGURADO TITULAR**, la Póliza se mantendrá en vigor en forma continua hasta la fecha en que finaliza la cobertura de la prima anual o fracción de prima anual pagada, fecha en la cual quedará anulada y sin efecto, si el grupo familiar restante no solicita la continuidad de la Póliza antes de finalizar la mencionada fecha.

El nuevo **EL ASEGURADO** Titular deberá tener una edad mayor o igual a dieciocho (18) años.

CLÁUSULA 8. POSTERGACIÓN DE LOS RIESGOS.

En caso que **EL ASEGURADO** amparado por la presente Póliza fuere hospitalizado o internado en un centro clínico u hospitalario o se hallare inválido a la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza, los riesgos comenzaran a correr por cuenta de **EL ASEGURADOR**, en lo que se refiere a **EL ASEGURADO** afectado, luego de los treinta (30) días continuos posteriores a la fecha del alta del centro clínico u hospitalario o de la desaparición de la invalidez, según sea el caso.

CLÁUSULA 9. PAGO DE INDEMNIZACIÓN

La cobertura de esta Póliza será pagadera a partir del primer día de hospitalización en el Centro Clínico u Hospitalario y por un periodo que no excederá, **en ningún caso**, de trescientos sesenta y cinco días (365) por enfermedad o accidente amparado por la Póliza.

La indemnización prevista por esta Póliza se hará efectiva finalizado el periodo de hospitalización y una vez cumplidos los requisitos estipulados en la **CLÁUSULA 10. Procedimiento en caso de Siniestro**, de estas Condiciones Particulares.

Cuando la hospitalización de **EL ASEGURADO** se haya producido por la misma causa o causas relacionadas con una hospitalización previa, por la cual se haya pagado bajo esta Póliza indemnización por concepto de Renta Diaria por Hospitalización, y si ambas hospitalizaciones no están separadas por un periodo de al menos doce (12) meses, se considerarán ambas hospitalizaciones como consecuencia de una misma enfermedad o accidente, por lo que se acumularán los días de ambos periodos de hospitalización, para el propósito de determinar el periodo máximo a indemnizar.

Si EL ASEGURADO estuviese amparado por **EL ASEGURADOR** con más de una cobertura de Renta Diaria por Hospitalización, **EL ASEGURADOR** indemnizará, únicamente, con base a la que provea el mayor beneficio. Si las coberturas prevén beneficios idénticos, **EL ASEGURADOR** indemnizará de acuerdo con la que haya sido emitida primero. En estos casos, **EL ASEGURADOR** devolverá el monto de las primas pagadas por **EL TOMADOR por las restantes coberturas, correspondientes a las vigencias en curso.**

CLÁUSULA 10. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

En caso de siniestro **EL TOMADOR, EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO**, deberá dar aviso por escrito a **EL ASEGURADOR**, mediante planilla de Declaración de Siniestro que al efecto le sea suministrará, en un plazo no mayor de quince (15) días a contar desde la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del siniestro.

Una vez presentado el aviso de siniestro, **EL TOMADOR, EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO** deberá, dentro de un plazo de treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha del aviso de siniestro o dentro de cualquier plazo mayor que, por escrito, le hubiese concedido **EL ASEGURADOR**, suministrar la siguiente documentación:

1. Un informe escrito con todas las circunstancias relativas a la ocurrencia del siniestro.
2. Fotocopia de la cédula de identidad del **EL ASEGURADO** que recibió la asistencia médica o la partida de nacimiento.

3. Original de facturas y recibos debidamente cancelados y ajustados a los requerimientos del Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (SENIAT) emitidos por el centro clínico u hospitalario.
4. Los informes médicos y certificados médicos que acrediten la enfermedad o lesión por la cual se le presta atención médica, con indicación de su origen, tipo y duración.
5. Radiografías, resonancias magnéticas y tomografías, si el caso lo requiere.
6. Una relación detallada de cualesquiera otros seguros vigentes que contengan cobertura de renta diaria por hospitalización.
7. Informe de la autoridad competente que intervino en el siniestro (sí fuese el caso).

EL ASEGURADOR podrá solicitar documentos adicionales a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad. La solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los veinte (20) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos en los literales anteriores. Sin embargo, si del análisis de los documentos consignados se derivare, razonablemente, la necesidad de exigir documentación complementaria, **EL ASEGURADOR** podrá solicitarla dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos solicitados. En estos supuestos, se establece un plazo de treinta (30) días continuos para la presentación de los nuevos recaudos, contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos.

De ser requerido, **EL TOMADOR, EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO** se compromete a facilitar a **EL ASEGURADOR** y al o los médico(s) que éste designe, toda clase de informaciones sobre el siniestro y sus consecuencias, así como a facilitar que **EL ASEGURADO** afectado se someta a los reconocimientos que el o los médico(s) crea(n) oportunos, así como hacer todo lo necesario para la conservación de su vida y de su más rápida curación.

Igualmente, **EL TOMADOR, EL ASEGURADO o BENEFICIARIO** están obligados a dar la autorización correspondiente para que todos los médicos que estén atendiendo la hospitalización proporcionen a **EL ASEGURADOR** información sobre el estado físico de **EL ASEGURADO afectado**, así como de su historia médica, historia clínica y demás circunstancias relacionadas con la enfermedad o lesión.

En caso de siniestros ocurridos fuera de la República Bolivariana de Venezuela, toda la documentación a presentar debe ser traducida al idioma español por intérprete público y certificada en el Consulado de la República Bolivariana de Venezuela en el país en el que haya ocurrido el siniestro.

EL ASEGURADOR, a su propio costo, tendrá derecho a examinar por sus médicos a **EL ASEGURADO** afectado y el mismo se obliga a someterse a los exámenes que razonablemente puedan requerirse.

CLÁUSULA 11. COOPERACIÓN

EL TOMADOR, EL ASEGURADO y el BENEFICIARIO, en caso de reclamación en virtud de la presente Póliza, deberán cooperar diligentemente y adoptar todas las medidas que fueren razonables para reducir al mínimo las consecuencias del accidente, enfermedad o lesión que



PÓLIZA RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

motivo la hospitalización. El incumplimiento de este deber dará derecho a **EL ASEGURADOR** a reducir la indemnización en la proporción correspondiente teniendo en cuenta el grado de culpa de **EL TOMADOR, EL ASEGURADO y el BENEFICIARIO**. Si este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a **EL ASEGURADOR**, éste quedara liberado de la indemnización derivada del siniestro.

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

EL ASEGURADOR

EL TOMADOR

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante oficio N° **SAA-1-1- 11634-2014** de fecha 15 de Diciembre de 2014.