

## **PÓLIZA DE SEGURO SALUD “ASISTENCIA MÉDICA PRIMARIA DE SALUD - ES MI CONSULTA”**

Entre Estar Seguros S.A., Registro de Información Fiscal 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, que en adelante se denominará el Asegurador, representada por el ciudadano Jose Miguel Reyes en su carácter de Presidente Ejecutivo, facultado según los Estatutos Sociales de su representada, y el Tomador, identificado en el Cuadro Póliza Recibo, han convenido en suscribir el presente contrato de seguro, el cual está conformado y se registrará por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo, la Solicitud de Seguro y los demás documentos que formen parte integrante del mismo

### **CONDICIONES GENERALES**

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

A través de este contrato de seguro el Asegurador se compromete a cubrir los servicios requeridos por los asegurados por los riesgos mencionados en las Condiciones Particulares en caso de ocurrencia de los mismos, sujeto a los términos, condiciones y límites establecidos en este contrato de seguro y establecidos en el Cuadro Póliza Recibo.

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

A los efectos de este contrato, 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, cuando corresponda, salvo que del texto de este contrato se desprenda una interpretación diferente:

- 1. ASEGURADOR:** Estar Seguros, S.A quien asume los riesgos cubiertos en este contrato.
- 2. TOMADOR:** Persona natural o jurídica que, obrando por cuenta propia o ajena, contrata el seguro con el Asegurador, trasladándole los riesgos y obligándose al pago de la prima.
- 3. ASEGURADO:** Persona natural expuesta a los riesgos cubiertos y amparada por este contrato.
- 4. ASEGURADO TITULAR:** Asegurado indicado con este carácter en el Cuadro Póliza Recibo, quien ejerce los derechos de los Asegurados ante el Asegurador.

5. **BENEFICIARIO:** Persona natural o jurídica que tiene el derecho de recibir el pago de la indemnización a que hubiere lugar. En caso de reembolso, el Asegurador pagará la indemnización al Asegurado Titular, independientemente de la persona que haya incurrido en los gastos.
6. **CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGUROS:** Es un documento que se emite en los seguros colectivos, cuando hay un ingreso al colectivo de un nuevo integrante del colectivo
7. **CONDICIONES PARTICULARES:** Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.
8. **CUADRO PÓLIZA RECIBO:** Documento en el que se indica, como mínimo, la siguiente información: número de la Póliza, identificación completa del Asegurador y de su domicilio principal, identificación completa del Tomador, de los Asegurados y de los Beneficiarios, dirección del Tomador, dirección de cobro, dirección del Asegurado, nombre del intermediario de la actividad aseguradora, coberturas contratadas, básicas y opcionales, distinguiendo para cada cobertura: la suma asegurada, el deducible, si lo hubiere, y el monto de la prima; lugar y forma de pago de la prima; duración del contrato; fecha de emisión del contrato; y firmas del Asegurador y del Tomador.
9. **DEPENDIENTES:** Son aquellas personas que conviven y dependen económicamente del Asegurado Titular.
10. **DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO:** La Solicitud de Seguro; el documento de Cobertura Provisional, si lo hubiere; las Condiciones Generales; las Condiciones Particulares; el Cuadro Póliza Recibo; los anexos que se emitan para complementar o modificar la póliza y demás documentos que por su naturaleza formen parte del contrato.
11. **EDAD:** Es la correspondiente a la fecha de cumpleaños más cercana, anterior o posterior, al momento de emisión o renovación de la Póliza.
12. **GRUPO FAMILIAR:** El grupo familiar está conformado por el Asegurado Titular y las personas que mantengan los siguientes parentescos con él, inscrita en el presente seguro:
  - a. Cónyuge o persona con la que mantenga unión estable de hecho al momento incluirse como Asegurado en la Póliza.
  - b. Hijos y hermanos, hasta los 25 años solteros y sin trabajo.
  - c. Padres hasta los 90 años.
13. **MONEDA DEL CONTRATO:** La moneda indicada en el Cuadro Póliza Recibo.
14. **PRIMA:** Contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración del contrato.

15. **REPRESENTANTE LEGAL:** Persona legalmente autorizada por el Asegurado Titular para que en caso de reclamo y con el único propósito de efectuar la tramitación correspondiente, actúe ante el Asegurador si él se encontrare imposibilitado para ejercer sus derechos.
16. **SOLICITUD DE SEGUROS:** Cuestionario que proporciona el Asegurador, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del Tomador, de los propuestos Asegurados y de los Beneficiarios, así como también del estado de salud de cada una de las personas que estarán amparadas por la Póliza y demás datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el Tomador o propuesto Asegurado Titular, según corresponda, constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión del contrato.
17. **SINIESTRO:** Materialización del riesgo que da origen a la obligación de indemnizar por parte del Asegurador.
18. **SUMA ASEGURADA:** Límite máximo de responsabilidad del Asegurador, indicado en el Cuadro Póliza Recibo.

### **CLÁUSULA 3. EXCLUSIONES GENERALES.**

**Esta póliza no cubre:**

1. **Lesiones o enfermedades originadas como consecuencia o se den en el curso de: guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con alguna organización que realice actividades dirigidas a la sustitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.**
2. **Lesiones o enfermedades producidas por radiación nuclear, fisión, fusión, radiaciones ionizantes o contaminación radiactiva, salvo que se originen por una causa extraña no imputable al Asegurado.**
3. **Lesiones o enfermedades causadas por terremoto, temblor de tierra, maremoto, tsunami, inundación, movimientos de masas, flujos torrenciales, huracanes, tornado, tifón, ciclón, eventos climáticos, granizo, erupción volcánica o cualquier otra convulsión de la naturaleza o perturbación atmosférica.**
4. **Lesiones ocasionadas como consecuencia de la participación activa del Asegurado en actos delictivos, motín, conmoción civil, disturbios populares, saqueos, disturbios laborales o conflictos de trabajo.**

5. **Tentativa de suicidio o lesiones que el Asegurado se cause intencionalmente.**
6. **Lesiones ocasionadas como consecuencia de la participación activa del Asegurado en duelos o riñas, a menos que se compruebe que no han sido provocados por el Asegurado o que éste actuó en legítima defensa.**

**CLÁUSULA 4. EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD.**

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

1. **Si el Tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios relacionados con este contrato.**
2. **Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario.**
3. **Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario. No obstante, el Asegurador estará obligado al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el Asegurador en lo que respecta a este contrato.**
4. **Si el siniestro se inicia antes de la duración del contrato y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador.**
5. **Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no empleare los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro, siempre que este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador.**
6. **Si el Tomador o el Asegurado Titular actúa con dolo o culpa grave, según lo señalado en la Cláusula 10. Declaraciones en la Solicitud de Seguro, de estas Condiciones Generales.**
7. **Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario intencionalmente omitiere dar aviso al Asegurador sobre la contratación de pólizas que cubran el mismo riesgo amparado por el presente contrato o si hubiese celebrado el segundo o posteriores contratos de seguros, sobre los mismos riesgos, con el fin de procurarse un provecho ilícito.**
8. **Si el Asegurado o el Beneficiario incumpliere lo establecido en la Cláusula 14. Subrogación de Derechos, de estas Condiciones Generales, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.**
9. **Si el Tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, actuando con dolo o culpa grave, obstaculiza los derechos del Asegurador estipulados en este contrato.**

**10. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares de este contrato.****CLÁUSULA 5. DURACIÓN DEL CONTRATO.**

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

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

**CLÁUSULA 6. PAGO DE LA PRIMA.**

El Tomador debe pagar la primera prima anual en el plazo de diez (10) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la duración del contrato. Si la prima no es pagada o se hace imposible su cobro por causa imputable al Tomador en el plazo establecido, el Asegurador tendrá derecho a exigir el pago correspondiente o resolver el contrato. En caso de resolución, ésta tendrá efecto desde el inicio de la duración del contrato, sin necesidad de previo aviso al Tomador.

Si el Asegurador no ejerce su derecho a resolver el contrato de seguro, no podrá negarse a recibir el pago de la prima vencida.

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

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

Contra el pago de la prima, el Asegurador entregará al Tomador el Cuadro Póliza Recibo o Recibo de Prima correspondiente, según sea el caso, firmado y sellado por el mismo. La entrega podrá efectuarse en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, que consten en la solicitud de seguro, con acuse de recibo.

El pago de la prima solamente conserva en vigor el contrato por el tiempo al cual corresponda dicho pago, según conste en el Cuadro Póliza Recibo.

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

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

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

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

#### **CLÁUSULA 7. FRACCIONAMIENTO DE LA PRIMA.**

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

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

1. Descontar del monto indemnizable la fracción de prima vencida. No obstante, si el monto a pagar es por la totalidad de la suma asegurada, el Asegurador podrá deducir las fracciones de primas pendientes para completar la totalidad de la prima del período de duración del contrato.
2. Si el monto indemnizable es menor a la fracción de prima vencida, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague la referida fracción de prima vencida, antes del referido plazo de cinco (5) días hábiles previsto en esta Cláusula.

En caso de resolución por falta de pago de una fracción de prima vencida, ésta tendrá efecto desde la fecha de finalización del periodo cubierto por la última fracción de prima pagada, siempre que el Asegurador lo haya notificado previamente al Tomador o al Asegurado. Si el Asegurado no ejerce su derecho a resolver el contrato de seguro, no podrá negarse a recibir el pago de la prima vencida.

Contra el pago de la prima o cualquiera de sus fracciones, el Asegurador entregará al Tomador el Cuadro Póliza Recibo o recibo de prima correspondiente, según sea el caso, firmado y sellado. La entrega de este documento podrá efectuarse en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos previstos para ello y acordados por las partes que consten en la solicitud de seguro.

#### **CLÁUSULA 8. RENOVACIÓN.**

El contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de duración anterior y por un plazo igual, siempre que el Tomador pague la prima

correspondiente al nuevo período, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula 9. Plazo de Gracia de estas Condiciones Generales, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior.

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

Transcurridos dos (2) años ininterrumpidos desde la celebración del contrato, el Asegurador no podrá anular o negarse a renovar en las mismas condiciones, siempre que el Tomador pague la prima correspondiente.

### **CLÁUSULA 9. PLAZO DE GRACIA.**

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

Si ocurriere un siniestro en este plazo, el Asegurador pagará la indemnización, previa deducción de la prima correspondiente. Si el monto del siniestro es menor a la prima de renovación, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague la prima en el plazo de gracia concedido. Si la prima no es pagada en el referido período, el contrato quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación de la duración del contrato anterior.

### **CLÁUSULA 10. DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO.**

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

El Asegurador, deberá participar al Tomador o al Asegurado Titular, en el plazo de cinco (5) días hábiles siguientes, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o rescindir el contrato, mediante comunicación impresa o través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, dirigida al Tomador o al Asegurado Titular, según corresponda, en el plazo de un (1) mes, contado a partir del conocimiento de los hechos.

En caso de resolución, ésta se producirá a partir del décimo sexto (16°) día continuo siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir, se encuentre a disposición del Tomador en la caja del Asegurador. Corresponderán al Asegurador, las primas relativas al período de seguro transcurrido, en el momento en que haga esta notificación. El Asegurador no podrá rescindir el contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes que el Asegurador, haga la participación a que se refiere esta Cláusula, la indemnización 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, el pago de 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. Cuando el contrato esté referido a varias personas y la reserva o inexactitud se contrajese sólo a uno o varios de ellos, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto a los restantes, si ello fuere técnicamente posible.

#### **CLÁUSULA 11. FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE.**

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

En caso de falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario en la reclamación del siniestro, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato y exoneran del pago de la indemnización al Asegurador.

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

#### **CLÁUSULA 12. PAGO DE INDEMNIZACIONES.**

El Asegurador deberá pagar la indemnización que corresponda en un plazo que no exceda de veinte (20) días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que haya recibido el último recaudo solicitado, salvo por causa extraña no imputable al Asegurador.

#### **CLÁUSULA 13. RECHAZO DEL SINIESTRO.**

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

**CLÁUSULA 14. SUBROGACIÓN DE DERECHOS.**

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

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

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

En caso de siniestro, el Asegurado o el Beneficiario está obligado a realizar a expensas del Asegurador, cuantos actos sean necesarios y todo lo que éste pueda razonablemente requerir, con el objeto de permitir que ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago.

Si el Tomador, Asegurado o el Beneficiario incumpliere lo establecido en esta Cláusula, perderá el derecho al pago que le otorga este contrato o estará obligado a reintegrar el monto de la indemnización, si esta ya se hubiese efectuado, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.

**CLÁUSULA 15. OTROS CONTRATOS DE SALUD.**

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

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

**CLÁUSULA 16. 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 sobre el Arbitraje en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

#### **CLÁUSULA 17. CADUCIDAD.**

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

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

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

#### **CLÁUSULA 18. PRESCRIPCIÓN.**

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

#### **CLÁUSULA 19. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO.**

1. El Tomador y el Propuesto Asegurado Titular deberán llenar la Solicitud de Seguro y declarar, con absoluta sinceridad, todas las circunstancias necesarias para identificar a las personas aseguradas y apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en este contrato.
2. El Asegurado deberá prestar toda la colaboración necesaria para facilitar la realización de la evaluación del riesgo.
3. El Tomador deberá pagar la prima en la forma, frecuencia y tiempo convenido en este contrato.

4. El Asegurado deberá emplear el cuidado de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro.
5. El Asegurado le hará saber al Asegurador, dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares, la ocurrencia de un siniestro, expresando claramente las causas y circunstancias de lo ocurrido.
6. El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberá declarar, al momento de contratar la Póliza y al tiempo de exigir el pago del siniestro, los contratos de seguros que existen y que cubren el mismo riesgo.
7. El Tomador o Asegurado deberá probar la ocurrencia del siniestro a través de la consignación de toda aquella información necesaria para la indemnización del siniestro, que sea solicitada por el Asegurador.
8. El Tomador o el Asegurado, en caso de cambio de dirección de cobro, domicilio, habitación u oficina, según sea el caso, debe notificar por escrito al Asegurador dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de haber efectuado el cambio.
9. El Asegurado debe cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el presente contrato.

#### **CLÁUSULA 20. OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR.**

El Asegurador deberá:

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

5. Cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el contrato de seguro.

### **CLÁUSULA 21. MODIFICACION Y REHABILITACIÓN.**

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

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

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

La modificación de la suma asegurada o del deducible, si lo hubiere, requerirá siempre aceptación expresa de la otra parte; en caso de que no exista aceptación expresa se presumirá aceptada: por el Asegurador, con la emisión del Cuadro Póliza Recibo correspondiente, en el que se modifique la suma asegurada o el deducible y, por el Tomador o el Asegurado Titular, con el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere. Si la modificación propuesta por el Asegurador es efectiva a partir de la renovación del contrato, la solicitud debe ser comunicada al Tomador o al Asegurado Titular mediante notificación efectuada en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con un plazo de un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso. En caso de desacuerdo del Tomador o Asegurado Titular, el Asegurador mantendrá o renovará el contrato bajo las mismas condiciones de suma asegurada y deducible vigentes al momento de la propuesta de modificación, sin perjuicio de la obligación del Asegurador de renovar el contrato, conforme a lo indicado en la Clausula 8. Renovaciones de estas Condiciones Generales.

Las modificaciones se harán constar mediante Anexos, debidamente firmados por un representante del Asegurador y el Tomador, los cuales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y estas sobre las Condiciones Generales de este contrato. Si la modificaciones requieren pago de prima adicional se aplicara lo dispuesto al respecto en este contrato.

**CLÁUSULA 22. TERMINACIÓN ANTICIPADA.**

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

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

**CLÁUSULA 23. AVISOS.**

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

Las comunicaciones relacionadas con la tramitación de siniestros que sean entregadas al intermediario de la actividad aseguradora producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte, salvo estipulación en contrario indicada expresamente en el contrato.

El intermediario de la actividad aseguradora será administrativa y civilmente responsable en caso de que no haya entregado la correspondencia a su destinatario en un lapso de tres (3) días hábiles, contados a partir de su recepción.

**CLÁUSULA 24. DOMICILIO ESPECIAL.**

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

**Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante  
Providencia Nro. SAA-09-0152-2025 de fecha 27/02/2025**

## CONDICIONES PARTICULARES

### CLÁUSULA 1. DEFINICIONES PARTICULARES

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

**ACCIDENTE:** Suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del Tomador o del Asegurado, que le cause a este último lesiones corporales.

**AMBULANCIA:** Vehículo médico integral destinado para el transporte y atención de emergencias de salud, equipado con insumos e instrumentos médicos necesarios para la estabilización de la condición física del paciente.

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

**ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA DE SALUD:** Servicio de atención médica dispensada al Asegurado en una etapa inicial de la afección médica, prestada por profesionales de la salud en la Red de Proveedores del Asegurador, con la integración de distintos servicios en los niveles de atención que éste prevé y con la finalidad de:

1. Mejorar y restituir la salud del asegurado cuando éste presente los primeros síntomas o la enfermedad de poca complicación, para evitar problemas mayores de salud y previniendo que acuda a la emergencia en Institución Hospitalaria más costosos.
2. Que el asegurado pueda canalizar su atención de forma inmediata según su afección de salud, a través de los Centro de Atención y Servicio, seleccionando al médico, según su especialidad

La atención primaria es el primer nivel de cualquier sistema de salud, el escalón previo a la asistencia especializada u hospitalaria.

**ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA:** Servicio de atención médica prestada por profesionales de la salud generales, en caso que el Asegurado presente una situación de urgencia o emergencia médica, y se prestará en el lugar donde éste se encuentre. En caso de requerirse y según el criterio médico, contemplará la administración de tratamiento médico vía oral, endovenoso, intramuscular o respiratorio. En el supuesto que el Asegurado no pueda ser estabilizado en el sitio donde se encuentre, incluye el traslado urbano por emergencia a un Centro de Servicios Médicos que indique el Asegurado al Asegurador.

**CENTRO DE ATENCIÓN Y SERVICIO (CAS):** Oficina Central de Atención donde se reciben las llamadas telefónicas, correos electrónicos o WhatsApp, para solicitar los servicios que se garantizan mediante este contrato de seguro.

**INSTITUCIÓN HOSPITALARIA:** Establecimiento permanente con permiso sanitario vigente para suministrar asistencia médica, autorizado por el organismo público competente. No serán consideradas instituciones hospitalarias para los efectos de esta Póliza, lugares de descanso, geriátricos, spas, hidroclínicas y cualquier institución que suministre tratamientos similares, centros exclusivos para tratamiento de farmacodependientes, de dipsómanos (alcohólicos), enfermos mentales o desórdenes de conducta, ni lugares donde se proporcionen tratamientos naturistas, terapias alternativas y acupuntura.

**COSTO RAZONABLE:** Es el promedio calculado por el Asegurador de los gastos cubiertos por tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas de Instituciones Hospitalarias ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido el Asegurado, los cuales correspondan a una intervención quirúrgica o tratamiento médico igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de esta Póliza se encuentran cubiertos. Este promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga el Asegurador de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en los gastos, incrementado según el Índice Nacional de Precios al Consumidor (I.N.P.C) del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el costo razonable será el monto facturado.

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

De ser el caso, el costo razonable de los gastos cubiertos debe ajustarse a los baremos o la estructura de precios que el Estado haya fijado en el área de prestación de servicios de salud. Este concepto es aplicable a toda adquisición de insumos, suministros, instrumentos especiales, equipos médicos o cualquier otro gasto médico amparado e incurrido con motivo de la asistencia.

**DIAGNÓSTICO CLÍNICO:** Es aquel emitido por el médico tratante, basado en la historia clínica, examen físico y resultados de exámenes de diagnóstico y laboratorio.

**DOSIS DE ESTABILIZACIÓN (UNIDOSIS):** Es la dosis concreta y unitaria de un medicamento que un Asegurado recibe en el momento de la evaluación médica para mejorar o eliminar un síntoma determinado.

**EMERGENCIA MÉDICA:** Condición que compromete la vida o la integridad física del Asegurado, cuya atención no puede ser diferida y su diagnóstico ha sido realizado por un médico calificado de la institución hospitalaria prestadora de los servicios de salud.

**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 AGUDA:** Aquella enfermedad que tiene un comienzo súbito y una evolución rápida, incluyendo su resolución.

**ENFERMEDAD, DEFECTO O MALFORMACIÓN CONGÉNITA:** Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo humano que existan desde la fecha de nacimiento o antes del mismo. Se considerará enfermedad preexistente si es conocida por el Tomador o el Asegurado a la fecha de inicio de la duración del contrato o de la inclusión del Asegurado en la Póliza.

**ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Enfermedad o lesión que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de inicio de la duración del contrato o de la inclusión del Asegurado en la Póliza, y sea conocida por el Tomador o el Asegurado al momento de la suscripción del contrato, o su inclusión en el seguro.

**EVALUADOR DE MEDICINA VIRTUAL:** Plataforma de servicios que integra ciencia médica y análisis de datos con inteligencia artificial para detección temprana de diagnóstico, así como monitoreo y control de pacientes, evaluador de síntomas y pre diagnóstico médico digital.

**MÉDICO:** Persona natural acreditada conforme a la ley para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios, en cualquiera de sus modalidades y especialidades.

**MÉDICO ESPECIALISTA:** Médico capacitado en un área específica de la medicina.

**MÉDICO TRATANTE:** Profesional de la salud, legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina en el país donde presta sus servicios, cuya especialidad esté directamente relacionada con el diagnóstico o tratamiento efectuado al Asegurado. Queda entendido que el médico tratante es un profesional independiente y la prestación de sus servicios no genera responsabilidad por parte del Asegurador.

**MÉDICAMENTE NECESARIO:** Conjunto de medidas o procedimientos ordenados y suministrados por un médico o institución hospitalaria, que se ponen en práctica para el

tratamiento, curación o alivio de una enfermedad o lesión, bajo las siguientes características:

1. Que sea apropiado y pertinente para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del Asegurado.
2. Que sea congruente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina en la República Bolivariana de Venezuela y por la Federación Médica Venezolana.
3. Que el nivel de servicio o suministro sea idóneo y pueda ser proporcionado sin riesgo para el Asegurado.
4. Que no sea primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado, de su familia o de su Médico.

**PERFIL SIMPLE:** Se refiere al examen de laboratorio practicado al Asegurado que contempla: hematología completa, glicemia, creatinina, urea, triglicéridos, colesterol, orina.

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

1. No haya sido aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento médico de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional; o
2. Su uso esté restringido a objetivos clínicos disciplinados que posean valor o beneficio para propósitos clínicos de la disciplina y estudios científicos; o
3. No se haya probado de manera objetiva que posea valor, o beneficio terapéutico; o
4. Esté bajo estudio, investigación, en un período de prueba o en cualquier fase de un experimento o ensayo clínico.

**PROFESIONAL DE LA SALUD:** Lo integran profesionales médicos, paramédicos y de enfermería, legalmente autorizados para el ejercicio de la medicina en la República Bolivariana de Venezuela y calificados en la atención de emergencias y urgencias médicas de tipo pre hospitalarias.

**TELEMEDICINA 24/7:** Es la prestación de servicios médicos a distancia dispensado al Asegurado, por vía telefónica o medios online, por un médico de turno perteneciente a la Red de Proveedores de Servicios Médicos. El Asegurado recibirá la debida orientación médica y se determinará en esta fase los pasos que se deben seguir para alcanzar la estabilidad de la salud del Asegurado.

**TRASLADO DE EMERGENCIA:** Servicio de coordinación y movilización del personal profesional del Proveedor de Servicio y de una ambulancia a los fines de realizar un traslado de emergencia de manera inmediata al Asegurado a un centro hospitalario.

**TRATAMIENTO MÉDICO:** Conjunto de medidas realizadas u ordenadas por un médico que se ponen en práctica para la curación o alivio de una enfermedad o lesión, incluyendo medicamentos prescritos, insumos o prótesis.

**RED DE PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS:** Conjunto de centros de salud, instituciones hospitalarias, laboratorios, profesionales de la salud y proveedores de suministros médicos contratados por el Asegurador para proporcionar la prestación de los servicios previstos en las coberturas amparadas en el presente contrato. Los datos de localización de los Centros de Salud, profesionales de la salud y proveedores de suministros médicos, serán publicados y actualizados mensualmente en el portal de web del Asegurador o informados oportunamente a los Asegurados a través de cualquier otro mecanismo.

**URGENCIA MÉDICA:** Situación que amerita la atención médica de Asegurado de manera no inmediata, ocasionada por la acción súbita de un agente proveniente del medio externo que cause una lesión corporal al Asegurado, producto de una enfermedad o afección que padezca o reduzca su capacidad funcional, que se manifiesta de forma repentina, fortuita y ajena a la voluntad del Asegurado y que, sin embargo, no ponga en evidente peligro su vida ni ocasione consecuencias graves para su persona. Afección, lesión o agravamiento de una enfermedad que requiere atención de un profesional de la medicina, pero que no califica como una emergencia.

## **CLÁUSULA 2. SERVICIOS AMPARADOS**

**El Asegurador asumirá los costos médicos derivados por los servicios descritos en esta cláusula, prestados al Asegurado en los Centros Hospitalarios pertenecientes a la Red de Proveedor de Servicio, para los riesgos cubiertos cuya descripción y eventos garantizados durante la duración de este contrato, se detallan a continuación:**

- 1. Evaluador de Síntomas Médico: el Asegurado tendrá a su disposición las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año póliza, acceso ilimitado a la plataforma para el Evaluador de Síntomas y Prediagnóstico Médico Digital.**
- 2. Telemedicina 24/7: el Asegurado tendrá a su disposición las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año póliza, acceso ilimitado al servicio de telemedicina con medicina general vía (teléfono, chat, WhatsApp, Videollamadas), con Medicina General ilimitada. Mediante una llamada telefónica al número del Centro de Atención y Servicio (CAS) de la Red de Proveedores de Servicios Médicos, indicado en el Cuadro Póliza Recibo, se podrá tener acceso a la de Unidad de Triage Digital para establecer el diagnóstico inicial del Asegurado que solicite el servicio, a fin de obtener la orientación médica necesaria para alcanzar su estabilidad y determinar los pasos a**

seguir.

- 3. Consultas Médicas:** se garantizará hasta la cantidad de consultas descritas en el Cuadro Póliza Recibo, que el asegurado podrá seleccionar entre Medicina General y las quince (15) especialidades: medicina interna, ginecología, infectología, cardiología, traumatología, fisioterapia, pediatría, gastroenterología, otorrinolaringología, endocrinología, cirugía general, reumatología, urología, nefrología, neumología, siempre y cuando sean referidas por el médico del servicio de triaje digital y/o telemedicina 24/7.

Los servicios a continuación solo serán amparados siempre que se encuentren descritos en el Cuadro Póliza Recibo:

- 4. Laboratorio:** se cubrirá el perfil simple hasta por el monto agotable por año póliza y establecido en el Cuadro Póliza Recibo para este servicio. Este Perfil deberá ser derivados del servicio de Telemedicina o de las consultas presenciales dentro de Red del Proveedor.
- 5. Atención Médica Domiciliaria AMD:** se garantizará hasta una (1) Atención Médica Domiciliaria por año, en zonas urbanas y de fácil acceso. El servicio de Atención Médica Domiciliaria, será activado por el médico de Telemedicina 24/7. Si el asegurado requiere la atención, se envía el médico y enfermera; y según su evaluación se determina si el asegurado requiere de toma de muestra de laboratorios perfil simple. La atención incluye si se requiere tratamiento único unidosis (oral o endovenoso) para la estabilización del asegurado. El servicio será dispensado tomando en cuenta las limitaciones establecidas en la CLÁUSULA 8. Zona de Difícil Acceso y Horarios de Alto Riesgo, de estas Condiciones Particulares.

Los Servicios Amparados descritos en los numerales anteriores serán ofrecidos bajo los siguientes planes:

- 1. Plan I – Consulta Médica Clásica:**
  - Evaluación médica virtual
  - Telemedicina
  - 1 consulta médica especializada
- 2. Plan II – Consulta Médica Amplia:**
  - Evaluación médica virtual
  - Telemedicina
  - 3 consultas médicas especializadas

**3. Plan III Consulta Médica Total:**

- Evaluación médica virtual
- Telemedicina
- 5 consultas médicas especializadas
- Perfil de laboratorio
- 1 atención médica domiciliaria

**CLÁUSULA 3. PLAZOS DE ESPERA**

Los Asegurados inscritos en este contrato de seguro tienen derecho a gozar de las coberturas y beneficios en el establecidos, una vez transcurridos los Plazos de Espera que se especifican a continuación:

1. **Quince (15) días continuos para los servicios descritos en el numeral 3 de la Cláusula 2. Servicios Amparados de estas Condiciones Particulares, los cuales serán contados a partir de la fecha de comienzo del contrato o la inclusión del Asegurado, según sea el caso.**
2. **Sin plazo de espera para los servicios descritos en los numerales 1 y 2 de la Cláusula 2. Servicios Amparados de estas Condiciones Particulares.**

**CLÁUSULA 4. EXCLUSIONES PARTICULARES**

Quedan excluidos los servicios, atenciones o gastos que se mencionan a continuación:

1. **Cualquier servicio de Atención Médica Primaria de Salud que no haya sido prestado en la Red de Servicios Médicos Sugeridos, salvo lo dispuesto en la Cláusula 10. Reembolso de Gastos por Servicios Incurridos en Institución Hospitalaria no Acreditados por el Asegurador.**
2. **Cualquier servicio de Atención Médica Domiciliaria de Salud que no haya sido prestado en la Red de Servicios Médicos Sugeridos, salvo lo dispuesto en la Cláusula 10. Reembolso de Gastos por Servicios Incurridos en Institución Hospitalaria no Acreditados por el Asegurador.**
3. **Enfermedades y tratamientos odontológico y periodontológicos, intervención quirúrgica de distonías miofaciales por mal posición dentaria y/o anomalía de crecimiento maxilares, tratamiento de cualquier índole de la articulación temporomaxilar.**
4. **Cualquier tipo de servicio o acto quirúrgico o no quirúrgico derivado por la atención del Asegurado (con o sin complicaciones) por:**
  - a. **La reproducción asistida para la fertilización.**
  - b. **Los implantes de métodos anticonceptivos**
  - c. **La disfunción sexual independientemente de su sexo.**

d. La menarquia.

e. La pubertad precoz.

Por lo tanto, no estarían cubiertos: la salpingectomía, la vasectomía, los estudios de imagen, el laboratorio de control y los tratamientos médicos de condiciones fisiológicas como: síndrome climatérico, menopausia y andropausia, estudios de imagen y laboratorio de control para disfunción sexual eréctil.

5. **Tratamientos hormonales para casos con rasgos fenotípicos de talla baja.**
6. **Corrección de vicios o defectos de refracción visual (miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia) por tratamiento quirúrgicos o no quirúrgicos (anteojos y/o lentes de contacto) y lentes intraoculares o infraoculares.**
7. **Enfermedades psiquiátricas y mentales: neurosis, depresión, ansiedad, psicosis, ataques de pánico.**
8. **Enfermedades y/o accidentes como consecuencias del uso o consumo de alcohol, sustancias estupefacientes y psicotrópicas del Asegurado.**
9. **La Atención médica, estudios y tratamientos para la alopecia.**
10. **La intervención quirúrgica, la hospitalización, los procedimientos médicos por emergencia, las cirugías ambulatorias, los suministros médicos, los costos asociados a la utilización de equipos e instrumentos médicos especiales y el alquiler o compra de equipos médicos.**
11. **Las especialidades médicas para las consultas y valoraciones que no estén contempladas en el numeral 3 de la CLÁUSULA 2. Servicios Amparados de estas Condiciones Particulares.**
12. **Cualquier otro beneficio que no esté contemplado en la CLÁUSULA 2. Servicios Amparados de estas Condiciones Particulares.**
13. **Los Exámenes de laboratorios, a excepción de los contemplados en la CLÁUSULA 2. Servicios Amparados de estas Condiciones Particulares.**
14. **Mamografías y Densitometría.**
15. **Resonancias Magnéticas con o sin Contrastes, Tomografías con o sin contraste UROTAC, Tomografía por emisión de positrones PET/CT.**
16. **La Gammagrafía Ósea.**
17. **Angiografías, Colposcopia, Uretrocistoscopia, Prueba de Esfuerzo (Cardiología), Radioterapias y Quimioterapias, Estudios Gástricos (Endoscopías, Colonoscopia), Estudios Neumonológicos (Espirometrías), Estudios Otorrinolaringológicos (Audiometrías).**
18. **Atenciones Médicas Domiciliarias, toma de muestra a domicilio y Rayos X a domicilio, salvo lo cubierto en el plan contratado descrito en la CLÁUSULA 2. Servicios Amparados de estas Condiciones Particulares.**
19. **Traslados terrestres urbanos e interurbanos, traslados aéreos o marítimos, salvo lo cubierto en el plan contratado descrito en la CLÁUSULA 2. Servicios Amparados de estas Condiciones Particulares.**
20. **Los gastos incurridos por consultas, controles y exámenes pre y post natal, salvo lo**

cubierto en el plan contratado descrito en la **CLÁUSULA 2. Servicios Amparados de estas Condiciones Particulares.**

- 21. Procedimiento Experimental o Investigativo.**
- 22. Gastos de cobranza e impuestos, limpieza, microfilm, historias clínicas, estacionamiento, misceláneos y otros costos no definidos ni relacionados con el tratamiento de la afección declarada.**
- 23. Cualquier servicio o atención que no se encuentre dentro del plan contratado por el Asegurado.**

#### **CLÁUSULA 5. OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD**

- 1. El Asegurador no estará obligado al pago de gastos reembolsables, si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no notificare el siniestro o no entregare los documentos solicitados por el Asegurador dentro de los plazos establecidos en la CLÁUSULA 10. Reembolso de Gastos por Servicios Incurridos en Institución Hospitalaria no acreditados por el Asegurador, de estas Condiciones Particulares, salvo por causa extraña no imputable al Tomador o al Asegurado.**

#### **CLÁUSULA 6. EXTENSIÓN TERRITORIAL**

Los servicios contenidos en los Planes convenidos en el presente contrato estarán disponibles en todo el territorio de la República Bolivariana de Venezuela, dentro de la red de proveedores convenidos de EL PROVEEDOR.

#### **CLÁUSULA 7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE LA COBERTURA**

Los Servicios cubiertos por esta Póliza deberán ser solicitados de acuerdo a:

1. Protocolo para Evaluador de Síntomas Médico y Telemedicina
  - a. Con el objeto de que el Asegurador, a través de su Proveedor de Servicio, pueda prestar el Servicio de Triage digital y Telemedicina, se establece el siguiente protocolo:
    - El Asegurado accede al servicio escribiéndonos al WhatsApp 0412-6890369, chatea con nosotros en [www.upa.care](http://www.upa.care) o llamando al 0212-7204987.
  - b. El Asegurado responde las preguntas sobre su información personal y síntomas.
  - c. El Asegurado obtiene su prediagnóstico médico.
  - d. Si el Asegurado requiere ser atendido por un médico por telemedicina para una atención más personalizada, con informe, recípe e indicaciones, lo puede hacer a través del botón “SER ATENDIDO POR UN MÉDICO”.
  - e. Finalizada la telemedicina el Asegurado recibirá a través del correo, WhatsApp o medio de comunicación, el informe médico, referencias, récipes e indicaciones.
2. Para solicitar cualquier servicio presencial previsto en la cláusula 2. Servicios Amparados, numeral 3. Consultas Médicas:

- a. El Asegurado afectado podrá acceder al servicio siguiendo lo descrito en la Cláusula 2.- Servicios Amparados, mediante los distintos canales de comunicación indicados en el Cuadro Póliza Recibo:
    - El Asegurado accede al servicio escribiéndonos al WhatsApp 0412-6890369, chatea con nosotros en [www.upa.care](http://www.upa.care) o llamando al 0212-7204987.
  - b. El Asegurado deberá indicar sus datos personales para su validación en sistema.
  - c. El ejecutivo entrevistará o le hará llegar un cuestionario al Asegurado afectado, según sea el canal de comunicación que este haya utilizado, para que le suministre los datos de su póliza con el fin de validar su cobertura y sus condiciones de seguro e indicar el servicio requerido, previamente referidos por el médico del área de telemedicina 24/7.
  - d. El Asegurado podrá indicarle al Asegurador la Institución Hospitalaria perteneciente a la Red de Proveedores al cual quiere acudir y proceder con el servicio de Atención Médica Primaria de Salud que requiera. El Asegurador suministrará mensualmente un listado actualizado de dicha Red de Proveedores en los distintos medios electrónicos establecidos para ello.
  - e. Confirmada la cobertura del Asegurado, el ejecutivo le generará y suministrará una orden de Atención Médica Primaria de Salud, indicando la fecha y hora de su cita, el nombre y dirección del Centro de Servicios Médicos al que debe acudir con el fin de que reciba la prestación del servicio solicitado. Esta orden será enviada al Asegurado entre las veinte y cuatro (24) y setenta y dos (72) horas luego de realizada su solicitud, dependiendo de la disponibilidad del Centro de Servicios Médicos para el servicio solicitado.
3. Para solicitar los servicios de Atención Médica Domiciliaria:
- a. El Asegurado afectado podrá acceder al servicio siguiendo lo descrito en la Cláusula 2.- Servicios Amparados, mediante los distintos canales de comunicación indicados en el Cuadro Póliza Recibo:
    - El Asegurado accede al servicio escribiéndonos al WhatsApp 0412-6890369, chatea con nosotros en [www.upa.care](http://www.upa.care) o llamando al 0212-7204987.
  - b. El Asegurado deberá indicar sus datos personales para su validación en sistema.
  - c. Confirmada la cobertura del Asegurado, el ejecutivo activará el servicio de Telemedicina, comunicándolo con el Médico de turno, el cual evaluará el estado de salud del Asegurado.
  - d. Dependiendo del resultado de la evaluación médica realizada por el Médico de turno de Telemedicina, se desprenderá el protocolo de atención que requiera el Asegurado:
    - i) la orientación médica telefónica, ii) la Atención Médica Domiciliaria.
  - e. En caso que el Asegurado requiera la Atención Médica Domiciliaria, un ejecutivo del Centro de Atención y Servicio (CAS) llamará telefónicamente al Asegurado o la persona contacto en este caso, para coordinar la llegada de la unidad médica o de la ambulancia, dependiendo de la gravedad del caso.
  - f. Para la prestación de la Atención Médica Domiciliaria, se enviará al lugar donde se encuentre el Asegurado afectado un médico, personal de enfermería o paramédico,

que lo evaluarán médicamente, y si dicha evaluación lo determina, se le tomará una muestra de laboratorio para un Perfil Simple.

Los contactos del Asegurado por vía telefónica, por WhatsApp o correo electrónico, será considerados como aviso o notificación del siniestro, en razón de lo cual el Asegurado autoriza expresamente al Asegurador para que dicha llamada sea anotada o registrada electrónicamente, con el fin de que quede constancia de la notificación respectiva y del trámite que se le haya dado.

#### **CLÁUSULA 8. ZONA DE DIFÍCIL ACCESO Y HORARIOS DE ALTO RIESGO**

Se establece el siguiente protocolo para que pueda ser prestado el servicio de Asistencia Médica Domiciliaria o de Traslado Urbano del Asegurado en las zonas de difícil acceso o por horarios de alto riesgo, como sigue:

1. En todos los casos, en donde no sea posible que la unidad de Atención Médica Domiciliaria o la ambulancia, pueda llegar hasta el sitio donde se encuentra el Asegurado afectado, se recomendará a él o a su persona contacto: a) concertar un punto de encuentro cercano o, b) realizar una orientación médica telefónica a través del servicio de Telemedicina.
2. En las zonas conocidas como de alto riesgo, después de la 6:00 pm. y dependiendo de la sintomatología del Asegurado afectado, se sugiere que la Atención Médica Domiciliaria se realice al día siguiente en horas de la mañana, de tratarse de una emergencia, se le sugerirá el traslado del Asegurado afectado por sus medios hasta una zona segura donde pueda llegar una ambulancia para evaluarlo médicamente o efectuar el traslado urbano, lo que corresponda.

#### **CLÁUSULA 9. PERSONAS ASEGURABLES**

Son asegurables bajo este contrato, el Asegurado Titular y su grupo familiar hasta la edad de noventa (90) años para el momento de suscripción del contrato de seguros, las cuales deben estar identificados en el Cuadro Recibo.

El grupo familiar está conformado por el Asegurado Titular y las personas que mantengan los siguientes parentescos con él, inscrita en el presente seguro:

- a) Cónyuge o persona con la que mantenga unión estable de hecho al momento incluirse como Asegurado en la Póliza.
- b) Hijos y hermanos, hasta los 25 años solteros y sin trabajo.
- c) Padres hasta los 90 años.

#### **CLÁUSULA 10. REEMBOLSO DE GASTOS POR SERVICIOS INCURRIDOS EN INSTITUCIÓN HOSPITALARIA NO ACREDITADOS POR EL ASEGURADOR**

El Asegurado tiene el derecho a escoger libremente el proveedor que le prestará los servicios garantizados por este Contrato.

En los casos en que el Asegurado decida recibir los servicios previstos en la Cláusula 2., Servicios Amparados, de las presentes Condiciones Particulares, con un Proveedor de Servicio Médico distinto al contratado por el Asegurador, o cuando sea imposible la atención que amerita ser tratada de manera especial y/o por servicios que no puedan ser prestados por la Red de Proveedores de Servicios Médicos contratado por el Asegurador por causa extraña no imputable al Asegurado, los gastos incurridos serán reembolsados al Asegurado considerando el criterio de Costo Razonable, siempre que el servicio se encuentre cubierto. Para tramitar el reembolso el Asegurado deberá:

1. Dar aviso inmediatamente o a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de haber conocido la ocurrencia del servicio, indicando la existencia de cualquier otro servicio sobre los mismos riesgos cubiertos por esta Póliza, si fuere el caso.
2. Dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha de notificación del servicio, deberá remitir al Asegurador los documentos y recaudos que se indican a continuación:
  - a. Declaración por escrito del reclamo a través de los formularios que al efecto suministra el Asegurador para tal fin.
  - b. Copia de la cédula de identidad del Asegurado afectado.
  - c. Informe médico detallado entregado al Asegurado afectado, el cual deberá estar sellado y firmado por el médico tratante.
  - d. Originales y copias de las referencias médicas legibles para las interconsultas.
  - e. Originales y copias de los exámenes y estudios realizados.
  - f. Facturas legales en original y copia, que justifiquen el servicio prestado y cubierto por la póliza, que cumplan con las exigencias del Seniat y estén a nombre del Asegurado afectado.
  - g. Cuenta bancaria indicada por el Asegurado o el Tomador donde el Asegurador podrá realizar la transferencia del monto del Reembolso, en caso de que proceda.

En todo caso, para el análisis de la reclamación, el Asegurador podrá solicitar al Tomador, al Asegurado Titular o al interesado, según sea el caso, en una sola oportunidad y como máximo dentro de los diez (10) días continuos siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos en la presente cláusula, cualquier otra documentación que considere razonable y necesaria. Se establece un plazo de quince (15) días hábiles para la presentación de dichos recaudos solicitados por el Asegurador, contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos, salvo por causa extraña no imputable al Tomador o al Asegurado.

Los reembolsos que realizará el Asegurador se determinarán luego de efectuar el análisis que corresponda para verificar que el mismo procede, y serán el resultado de la aplicación de los Gastos Médicos Razonables.

**CLÁUSULA 11. TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA CADA ASEGURADO**

El seguro 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 del Asegurado Titular o de su cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho, contraiga matrimonio o mantenga unión estable de hecho.
3. Cuando alguna de las personas del Grupo Familiar deje de depender económicamente del Asegurado Titular.
4. Por aviso escrito del Tomador o el Asegurado Titular, comunicando al Asegurador la decisión de no renovar la Póliza o el seguro de algún Asegurado.

En los supuestos antes señalados, la terminación procederá al finalizar la duración del contrato.

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

La terminación se efectuará sin perjuicio del derecho del Asegurado a recibir los pagos de los reembolsos establecido en la cláusula 10. Reembolso de Gastos por Servicios Incurridos en Institución Hospitalaria No Acreditados por el Asegurador, cuando este proceda, por servicios dispensados con anterioridad a la fecha de terminación.

Si el Asegurado estuvo amparado ininterrumpidamente por tres (3) años a la fecha de terminación del seguro, el Asegurador queda obligado a emitir la póliza de seguro solicitada.

**CLÁUSULA 12. MONEDA DEL CONTRATO**

Es la moneda indicada en el Cuadro Póliza Recibo.

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

Asimismo, en caso de reembolsos el Asegurador podrá liberarse de su obligación, pagando en la moneda extranjera indicada en el Cuadro Póliza Recibo o en moneda nacional a la tasa de cambio oficial dictada por el Banco Central de Venezuela para la fecha del pago.

**CLÁUSULA 13. DEFENSOR DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO**

El Asegurador se obliga a atender y resolver cualquier denuncia, reclamo, queja o sugerencias que presente el Tomador, Asegurado, Beneficiario, con ocasión de las controversias derivadas de la ejecución del presente contrato de seguro, a través de la figura del Defensor del Tomador, Asegurado, Beneficiario, Contratante, Usuario y Afiliado. A tales fines el Tomador, Asegurado,



**CONTRATO DE SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL ASISTENCIA  
MÉDICA PRIMARIA DE SALUD**

Beneficiario, podrá acudir a la respectiva Unidad de Defensa, o comunicarse a través de los mecanismos dispuestos para ello.

Emitido en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de

\_\_\_\_\_  
**EL TOMADOR**

\_\_\_\_\_  
**Por EL ASEGURADOR**

**Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante  
Providencia Nro. SAA-09-0152-2025 de fecha 27/02/2025**