

CONDICIONES GENERALES

Cláusula 1. Objeto del Seguro

Mediante este seguro de personas El Asegurador se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las condiciones generales, particulares y anexos si los hubiere, y a indemnizar el monto de los gastos razonables por los servicios médicos y hospitalarios requeridos por las alteraciones de la salud de El Asegurado en exceso del deducible correspondiente y hasta por la suma asegurada indicada en el Cuadro Recibo de la Póliza.

Cláusula 2. Definiciones Generales

A los efectos de la presente Póliza, los términos que se señalan seguidamente tienen el significado que se expresa:

El Asegurador: Mercantil Seguros, C.A., es la persona jurídica que en virtud del presente contrato se obliga a asumir los riesgos cubiertos en las condiciones particulares y anexos de la Póliza.

El Tomador: Persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena traslada los riesgos a El Asegurador, comprometiéndose a efectuar el pago de la prima.

El Asegurado: Persona natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las condiciones particulares y anexos de la Póliza. Identificado en el Cuadro Recibo de la Póliza.

El Asegurado Titular: Es la persona que ejercerá y representará a los asegurados inscritos en La Póliza.

Edad de El Asegurado: La edad alcanzada a la fecha de comienzo de la póliza, cumpliendo años sucesivamente en la misma fecha.

Cuadro Recibo de La Póliza: Documento donde se indican los datos particulares de la póliza, como son: Número de la póliza, identificación completa de El Asegurador, de su representante y domicilio principal, identificación completa del Tomador, Asegurado y Beneficiarios, dirección del Tomador, dirección de cobro, nombre del intermediario de seguros, dirección del Asegurado Titular, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma y lugar de pago, período de vigencia, porcentaje de reembolso, deducible y firmas del Asegurador y del Tomador.

Documentos que forman parte de la Póliza: La Condiciones Generales, Las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguros, los exámenes e informes médicos solicitados a El Asegurado si los hubiere, el Cuadro Recibo de la Póliza y los Anexos que se emitan para complementarla o modificarla.

Tipo de Moneda: Se entenderá que en todas las transacciones con esta Póliza se utilizará el Bolívar, la moneda oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

Prima: Es la contraprestación que en función del riesgo debe pagar El Tomador a El Asegurador en virtud de la celebración del contrato. Salvo pacto en contrario, la prima es pagadera en dinero. El Tomador está obligado al pago de la prima en las condiciones establecidas en la Póliza.

Deducible: Cantidad indicada en el Cuadro Recibo de la Póliza que deberá asumir El Asegurado Titular y en consecuencia no será pagada por el Asegurador en caso de un siniestro cubierto por la póliza. Esta cantidad se aplica en los casos de gastos cubiertos por la póliza por concepto de atención médica de hospitalización, cirugía y tratamiento ambulatorio; por cada evento y para cada Asegurado.

Suma Asegurada: Es el límite máximo de responsabilidad del Asegurador, el cual se indica en el Cuadro Recibo de la Póliza.

Siniestro: Es el acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte de El Asegurador.

Terrorismo: Se refiere a los actos criminales con fines políticos concebidos o planeados para provocar un estado de terror en la población en general, en un grupo de personas o en personas determinadas que son injustificables en todas las circunstancias, cualesquiera sean las consideraciones políticas, filosóficas, ideológicas, raciales, étnicas, religiosas o de cualquier otra índole que se hagan valer para justificarlos.

Cláusula 3. Exclusiones Generales

Esta Póliza no cubre los siniestros ocasionados por:

- a) Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, insurrección, rebelión, guerra civil, guerra intestina, usurpación de poder, sublevación, 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 destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.
- b) El uso y empleo de la energía atómica y/o nuclear.
- c) Indemnización por Daños y Perjuicios atribuibles a proveedores de salud, tales como: médicos, anestesiólogos, asistentes médicos, enfermeras, y similares.

Cláusula 4. Exoneración de Responsabilidad

El Asegurador no estará obligado a responder ante una reclamación en los siguientes casos:

1. Si El Asegurado o El Tomador 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, así como también en caso de omisión, ocultamiento de información o reticencia en las declaraciones suministradas por El Asegurado o por terceras personas que obren por cuenta de éste en la presentación de siniestros con el propósito de ocultar o disimular la reclamación de un procedimiento no amparado por la presente póliza.
2. Si El Asegurado no puede probar la ocurrencia del siniestro.
3. Si El Asegurado o El Tomador o el beneficiario actuare con dolo o si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador.
4. Si El Asegurado o El Tomador causare o provocare el siniestro por culpa grave, excepto cuando el siniestro sea ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con El Asegurador en lo que respecta a la Póliza de seguro.
5. 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.
6. Cuando el pago de la prima de renovación se hubiera realizado con posterioridad a la fecha de ocurrencia de un siniestro, El Asegurador no tendrá responsabilidad alguna, salvo que se efectúe dentro del plazo establecido en la Cláusula 7, "Plazo de Gracia".
7. Si El Tomador, El Asegurado o El Beneficiario incumplieren lo establecido en la Cláusula 4. Obligaciones del Asegurado en caso de Reembolso de las Condiciones Particulares de esta póliza, salvo causa extraña no imputable al Asegurador.
8. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las condiciones particulares y anexos, si los hubiere, de la póliza.

Cláusula 5. Vigencia de la Póliza

EL Asegurador asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de celebración del contrato de seguro, lo cual se producirá una vez que el Tomador notifique su consentimiento a la proposición formulada por el Asegurador o cuando éste participe su aceptación a la solicitud efectuada por el Tomador, según corresponda. En todo caso la vigencia de la Póliza se hará constar en el Cuadro Recibo de la Póliza con indicación de la fecha en que se emita la hora y día de su iniciación y vencimiento.

Cláusula 6. Renovación

Salvo disposición en contrario establecida en las condiciones particulares, esta Póliza se entenderá renovada automáticamente al finalizar el último día del período de vigencia anterior y por un plazo igual, entendiéndose que la renovación no implica una póliza nueva, sino la prórroga de la anterior. La renovación no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no renovar, mediante notificación escrita a la otra parte, dirigida al último domicilio que conste en el Cuadro Recibo de la Póliza, efectuada con un plazo de por lo menos un (01) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso.

Cláusula 7. Plazo de Gracia

Con el fin de no causar interrupciones en la protección ofrecida por esta Póliza y de evitar plazos de espera con ocasión de las renovaciones, El Tomador debe efectuar el pago de las Primas de futuros períodos, a más tardar el mismo día en que termina el período anterior. No obstante esto, El Asegurador otorga a El Tomador un plazo de gracia de treinta (30) días continuos y siguientes al de expiración del período anterior pagado, durante cuyo plazo se puede efectuar el pago de la prima correspondiente al período siguiente, sin que operen plazos de espera, con la particularidad, además, que durante el mencionado período de gracia continúa el seguro en todo su vigor, y que éste cesa solamente al término del período de gracia señalado. Si durante el plazo de gracia ocurriera algún siniestro amparado bajo las condiciones de esta póliza, se procederá de acuerdo a lo siguiente: Si el monto de los gastos cubiertos de la reclamación es igual o superior al monto de la Prima, se descontará del monto a indemnizar por el siniestro, la Prima correspondiente a la vigencia del seguro. Si el monto de los gastos cubiertos de la reclamación es menor a la Prima pendiente, El Tomador deberá pagar, antes de finalizar el plazo de gracia establecido la diferencia existente entre la Prima y dicho monto. No obstante, si El Tomador se negase o no pudiese pagar la diferencia de prima antes de finalizar el plazo de gracia, el contrato se considerará prorrogado solamente por el período de tiempo que resultare de dividir el monto del siniestro indemnizable entre la prima completa que corresponda al mismo período de cobertura anterior multiplicando por el número de días que contenga dicho período.

La falta de pago de la Prima en el tiempo establecido en el párrafo anterior, se entenderá como la voluntad de El Tomador de resolver la póliza, quedando ésta sin validez ni efecto alguno.

Cláusula 8. Pago de la Prima

El Tomador debe la prima desde el momento de la celebración del contrato, y es exigible por parte de El Asegurador al momento de la entrega de la Póliza, del Cuadro Recibo de la Póliza o de la Nota de Cobertura Provisional. En caso de que la prima no sea pagada o se haga imposible su cobro por causa imputable a El Tomador, El Asegurador tendrá derecho a resolver la Póliza.

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

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 de dicho excedente, aun cuando aquellas hubieren sido aceptadas formalmente por El Asegurador.

El Asegurador no está obligado a cobrar las primas a domicilio ni a 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. No obstante, si en la Póliza no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en la caja de El Asegurador.

Cláusula 9. Declaraciones Falsas o Inexactas

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/o Asegurado Titular sin perjuicio de la facultad de El Asegurador de exigir en forma razonable la comprobación de la exposición referida.

Si El Tomador o el Asegurado Titular al contestar las preguntas de la Solicitud de Seguros, hubieren hecho cualquier declaración falsa o incompleta, o si hubieren incurrido en omisión o reticencia de mala fe de circunstancias que sean relevantes para la apreciación del riesgo debidamente probadas, anula esta Póliza en todas sus partes, quedando limitada la obligación del Asegurador únicamente a reintegrar sin intereses la prima pagada, desde la emisión o renovación, lo que sea más reciente.

En caso de descubrirse declaraciones falsas, El Asegurador participará 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 resolverá el contrato mediante comunicación dirigida al 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, esta se producirá a partir del décimo sexto (16°) día siguiente a su notificación, siempre y cuando la devolución de la prima correspondiente se encuentre a disposición del tomador en la caja de la compañía de seguros. Corresponderán a El Asegurador las primas relativas al período en curso en el momento en que 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 prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el tomador o asegurado actúa con dolo o culpa grave, El Asegurador quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la prima.

Cuando esta Póliza cubra a varios Asegurados 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 siempre y cuando sea técnicamente posible.

Cláusula 10. Declaración Errónea de la Edad

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del asegurado, sin que se demuestre que haya dolo o mala fe, El Asegurador no resolverá el contrato a menos que la edad real al tiempo de su celebración esté fuera de los límites de admisión fijados por el Asegurador, pero en este caso se devolverá al asegurado la prima no consumida calculada a la fecha de extinción.

Si la edad del Asegurado estuviese comprendida dentro de dichos límites, y se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación del 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. Si el Asegurador hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del Asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos. 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 reembolsará el exceso de las primas percibidas, sin intereses. Si con posterioridad a la muerte del 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 todos los cálculos de esta Cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

Cláusula 11. Pluralidad de Seguros

Cuando existan varios seguros de hospitalización, cirugía o maternidad aplicables al mismo siniestro, El Asegurado escogerá el orden en que presentará las reclamaciones y los Aseguradores deberán indemnizar, según los límites de sus pólizas, hasta el monto total de los gastos. En este caso se deberá presentar el finiquito y las facturas originales indemnizadas por las otras empresas de seguros.

En caso de presentarse una reclamación ante El Asegurador por algún siniestro que ya haya sido indemnizado parcialmente por otro u otros Aseguradores, el Asegurado deberá suministrar el original del o de los finiquitos o liquidaciones que le hayan sido entregados por los otros Aseguradores que hayan pagado indemnización por el siniestro presentado.

Cláusula 12. Pago de la Indemnización

El pago de la indemnización prevista en la presente Póliza, deberá ser efectuado dentro de los treinta (30) días hábiles contados a partir de la fecha de recibir El Asegurador la reclamación con el último de los recaudos solicitados, salvo causa extraña no imputable al Asegurador. En caso de fallecimiento de El Asegurado Titular, la indemnización de aquellos siniestros que deban ser cancelados por reembolso corresponderá al Beneficiario.

Cláusula 13. Rechazo del Siniestro

Cuando no proceda la cobertura de cualquier reclamo, de acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Generales, Particulares y Anexos de la presente Póliza, El Asegurador deberá notificar por escrito a El Asegurado Titular o a sus Beneficiarios en caso de fallecimiento de éste, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo total o parcial del siniestro, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha de recibir El Asegurador el último de los recaudos necesarios.

Cláusula 14. Peritaje

Si surgiere desacuerdo entre El Asegurado Titular y El Asegurador para la fijación del monto de los gastos cubiertos que pudieran corresponder, de acuerdo con las coberturas contratadas, las partes podrán someterse al siguiente procedimiento:

- a) Nombrar un perito de común acuerdo entre las partes y por escrito.
- b) En caso de desacuerdo sobre la designación del perito único, se nombrarán por escrito dos (2) peritos, uno por cada parte, en el plazo de dos (2) meses contados a partir del día en que una de las partes haya requerido a la otra dicha designación.
- c) En el caso de que una de las dos partes se negare a designar o dejare de nombrar un perito en el plazo antes indicado, la otra parte tendrá el derecho de nombrar un amigable componedor.
- d) Si los dos peritos así nombrados no llegaren a un acuerdo, el o los puntos de discrepancia serán sometidos a un tercer perito nombrado por ellos por escrito. La apreciación de este último agotará este procedimiento.
- e) Cada parte asumirá los honorarios del perito designado por cada parte, más la mitad de los honorarios del tercero, si dicha designación se llegare a presentar.

El fallecimiento de cualesquiera de los peritos, que aconteciere en el curso de las operaciones de peritaje, no anulará ni mermará los poderes, derechos o atribuciones del perito sobreviviente. Asimismo, si el perito único o el perito tercero falleciere antes del dictamen final, la parte o los peritos que le hubieren nombrado, según sea el caso, quedan facultados para sustituirlo por otro.

Para los efectos de esta Cláusula, se entiende por perito(s) y amigable componedor el(los) médico(s) legalmente autorizado(s) para el ejercicio de la profesión médica, quien(es) deberá(n) tener una especialidad reconocida por la Federación Médica Venezolana y suficiente experiencia en la materia que haya originado el peritaje.

Cláusula 15. Arbitraje

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

El Superintendente de Seguros podrá actuar directamente o a través de los funcionarios que designe como Árbitro Arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre las partes, con motivo de divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la Póliza. Las partes fijarán el procedimiento a seguir, en caso contrario se aplicará el procedimiento previsto en la Ley que rige la materia de Arbitraje. En este caso la decisión deberá ser adoptada en un plazo que no exceda de treinta (30) días hábiles una vez finalizado el lapso probatorio. El Laudo Arbitral será de obligatorio cumplimiento.

Cláusula 16. Caducidad

El Tomador, El asegurado Titular o el Beneficiario perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra El Asegurador o convenir con éste el arbitraje previsto en la Cláusula 15 ARBITRAJE de estas Condiciones Generales, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala 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 o con el servicio prestado, un (1) año contado a partir de la fecha en que El Asegurador hubiere efectuado el pago o hubiere sido prestado el servicio.

En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado desde el momento en que haya un pronunciamiento por parte de El Asegurador.

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

Cláusula 17. 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 nacimiento a la obligación.

Cláusula 18. Subrogación de Derechos

El Asegurador queda subrogado en todos los derechos de El Tomador, El Asegurado o el Beneficiario en caso de muerte, en contra de terceros responsables, hasta el monto de cualquier siniestro cubierto por él. El Tomador, El Asegurado o El Beneficiario se obligan a realizar, a expensas de El Asegurador, los actos necesarios que éste razonablemente pueda requerir para la preservación de todos los derechos que le correspondan por esta subrogación y el ejercicio de los mismos.

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará si el siniestro hubiese sido causado por los descendientes, por el cónyuge, por la persona con quien mantenga unión estable de hecho, por otros parientes de El Asegurado o personas que convivan permanentemente con él o por las personas por las que debe responder civilmente.

El Asegurado o Beneficiario en caso de muerte no podrá, en ningún momento renunciar a sus derechos de recobrar de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado, so pena de perder todo derecho a indemnización bajo esta Póliza.

El Asegurado o Beneficiario o sus causahabientes en caso de muerte, están obligados a realizar a expensas de El Asegurador, los actos que éste razonablemente le exija o que sean necesarios con el objeto de que El Asegurador ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago de la indemnización.

Cláusula 19. Modificaciones

Toda modificación a las condiciones de la póliza entrará en vigor una vez que el Tomador notifique su consentimiento a la proposición formulada por el Asegurador o cuando éste participe su aceptación a la solicitud de modificación propuesta por el Tomador.

Las modificaciones se harán constar mediante anexos, debidamente firmados por un representante de El Asegurador y por el Tomador. Los anexos prevalecerán sobre las Condiciones Particulares, y éstas sobre las Condiciones Generales de la póliza.

Si la modificación requiere pago de prima adicional se aplicará lo dispuesto en la cláusula 8 PAGO DE LA PRIMA de estas condiciones generales.

Todo cambio referente a aumento o disminución de la suma Asegurada o el deducible, deberá realizarse con efecto al siguiente período anual de la Póliza, es decir, al año-póliza próximo, con un período de anticipación mínimo de treinta (30) días hábiles y llenando una nueva solicitud.

La modificación de la suma asegurada o el deducible requerirá aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por El Asegurador con la emisión del Cuadro Recibo de la Póliza, en el que se modifique la suma asegurada, y por parte de El Tomador mediante comunicación escrita o por el pago de la diferencia de la prima correspondiente, si la hubiere.

Se considera aceptada la solicitud escrita de modificación, 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 la modificación haga necesario un reconocimiento médico. El requerimiento de El Asegurador de que El Asegurado se realice el examen médico, no implica aceptación de la modificación.

Cláusula 20. Rehabilitación

Si la presente Póliza quedara sin validez ni efecto por falta de pago de la prima, podrá ser rehabilitada siempre que El Tomador lo solicite por escrito dentro del plazo de tres (3) meses, contado desde la fecha en que quedó sin validez ni efecto y demostrare a satisfacción de El Asegurador que los asegurados están en condiciones aptas para asegurarse de nuevo y cancelare la prima pendiente. En caso de siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de rehabilitación no habrá derecho a indemnización alguna.

Cláusula 21. Avisos

Las comunicaciones relativas a la terminación del contrato o al rechazo de cualquier reclamación, o de cualquier otro asunto entre las partes, deberán hacerse por cualquier medio de comunicación que deje certificada su recepción de modo indubitable, dirigidas al domicilio de El Asegurador o a la dirección de El Tomador o de El Asegurado Titular que conste en la Póliza, o a la dirección de su productor de seguros, si lo hubiere.

La comunicación entregada al productor de seguros produce el mismo efecto que si hubiese sido entregada a la otra parte, a partir de los cinco (05) días hábiles de haber sido recibida por el productor de seguros.

Cláusula 22. 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 de Caracas, a cuya Jurisdicción declaran someterse las partes.

Condiciones Particulares

Cláusula 1. Objeto Del Seguro

Mediante esta Póliza El Asegurador se compromete a indemnizar el 100% de los gastos médicos razonables y acostumbrados por aquellos siniestros ocurridos durante la vigencia de la Póliza con motivo de las alteraciones de salud hasta la suma asegurada indicada en el Cuadro Recibo de la póliza en exceso del deducible indicado también en el Cuadro Recibo de la Póliza.

Cláusula 2. Interpretación de Términos

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

- a) **Accidente:** Lesión corporal sufrida involuntariamente por El Asegurado independiente de cualquier otra causa, por la acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa.
- b) **Beneficiario:** Se entenderá como Beneficiario aquella persona que demuestre fehacientemente que ha incurrido en los gastos amparados por esta póliza.
- c) **Hospital y/o Clínica:** Institución que opera de conformidad con la ley, que proporciona instalaciones permanentes que brindan asistencia médica a pacientes internos, que dispone de personal médico regular y permanente, quienes primordialmente se dedican a efectuar diagnósticos y a proporcionar servicios terapéuticos y atención médico - quirúrgica a personas lesionadas o enfermas.

No son considerados Hospitales o Clínicas las instituciones que son usadas principalmente como un centro para:

1. Descanso.
 2. Cuidados de custodia.
 3. Cuidados de enfermería.
 4. Cuidado de ancianos.
 5. Cuidados de convalecencia.
 6. Tratamientos de alcoholismo, adicción a las drogas, condiciones nerviosas o condiciones mentales.
- d) **Enfermedad:** Alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que se traduce en malestar o desorden.
 - e) **Emergencia Médica:** La aparición inesperada y repentina de una condición médica acompañada de síntomas serios que pongan en peligro la vida de El Asegurado, en la que se requiera la atención médica inmediata, siempre que se encuentre cubierta, no se considerará en ningún caso emergencia médica aquella que se presente después de transcurridos un lapso de setenta y dos (72) horas de presentada la condición médica. Una causa de emergencia médica son los accidentes.
 - f) **Enfermedad Congénita:** Toda aquella alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo humano que tiene origen durante el período de gestación, evidente al momento del nacimiento o posteriormente.
 - g) **Enfermedad Preexistente:** Enfermedad que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha en que se haya celebrado el contrato de seguro, que sea conocida por El Tomador o El Asegurado.
 - h) **Evento:** Cada una de las condiciones médicas cubiertas por la Póliza, agudas y/o crónicas y sus complicaciones, que ocurran durante la vigencia de la misma, las cuales requieran tratamiento médico y/o quirúrgico.
 - i) **Gasto Médico Razonable y Acostumbrado:** Se considera gasto razonable al costo promedio calculado por el Asegurador, del gasto médico, quirúrgico y hospitalario de instituciones médicas ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella en donde fue atendido El Asegurado, el cual corresponde a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones, y que de acuerdo con las condiciones de esta Póliza se encuentre cubierto. Dicho promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga El Asegurador de los gastos facturados en el mes inmediatamente anterior a la fecha en que El Asegurado incurrió en dichos gastos, incrementados según el Índice de Precios al Consumidor (IPC) calculados en el mismo mes por el Banco Central de Venezuela, o los baremos de las instituciones médicas que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el gasto razonable será el monto facturado.

- j) **Lesión:** Daño causado al organismo por un accidente o enfermedad que ocurra durante la vigencia de la Póliza.
- k) **Medicamento Necesario o Necesidad Médica:** Significa que un tratamiento, servicio, medicamento o estancia en un hospital:
1. Es apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de El Asegurado.
 2. No excede en alcance, duración, o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
 3. Ha sido prescrito por un médico.
 4. Es consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.
 5. En el caso de un paciente internado en un hospital o centro de transplante, no puede ser administrado fuera de dicha institución sin riesgo para el paciente.
- La necesidad médica es determinada por El Asegurador sobre la base de la definición anterior. El hecho de que un tratamiento, servicio o suministro haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un médico no es necesariamente suficiente para que El Asegurador deba considerarlo médicamente necesario.
- l) **Plazo de Espera:** Es aquel período dentro de la vigencia de la cobertura de la Póliza, durante el cual El Asegurador no cubre determinados riesgos.
- m) **Servicio de Hospital y/o Clínica:** Tratamiento y servicios médicamente necesarios ordenados por un médico a El Asegurado que ha sido admitido como paciente en una clínica y/u hospital.
- n) **Servicio Ambulatorio:** Tratamiento médico o intervención quirúrgica, suministrada a El Asegurado sin que éste se encuentre hospitalizado o internado en un hospital o clínica que operen de conformidad con la ley.
- o) **Servicios de Laboratorio y Rayos X:** Unidades que realizan exámenes de laboratorio, radiografías y procedimientos de medicina necesarios, usados para diagnosticar y tratar enfermedades, siempre que sean ordenados por un médico.
- p) **Enfermedad Crónica:** Toda aquella patología cuyos síntomas sean prolongados en el tiempo por más de tres meses o aquellos casos en los cuales a pesar de no tener sintomatología, exista una lesión anatómica demostrable cuyo tiempo de evolución sea superior a los tres meses; y principalmente aquellos casos en los cuales el tratamiento médico suministrado no logre la curación total de la patología, sino que actúe como tratamiento paliativo o produzca únicamente remisiones de la enfermedad en las que puedan aparecer brotes de reagudización posteriormente.
- q) **Red de Proveedores:** Grupo de clínicas, hospitales, ambulatorios, médicos u otros proveedores de servicios y suministros médico-hospitalarios seleccionados por El Asegurador, con quienes ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto del seguro.
- r) **Reembolso:** Modalidad de pago de las indemnizaciones que puedan corresponder, que consiste en el reintegro de los gastos ocasionados y cubiertos por esta póliza.
- s) **Médico:** Profesional legalmente autorizado para ejercer la medicina según las leyes y normas de la jurisdicción donde ha sido prestado el servicio y la cual practica dentro de los límites regulares y admisibles de cualquier autorización legal que sea pertinente. El término "MEDICO" no incluye a dentista (odontólogo, ortodoncista), quiropráctico, optómetra, podiatra o cualquier otro profesional cuya especialidad no esté reconocida por las autoridades del país donde fue prestado el servicio médico.
- t) **Enfermedad Infecciosa Aguda:** Síndrome Clínico, caracterizado por síntomas y signos que afectan la participación de un órgano o sistema, producido por los siguientes microorganismos: Clamidas, Rickettsias, Micoplasma, Espiroquetas, Bacterias, Hongos y Parásitos, en donde el individuo puede requerir atención médica ambulatoria u hospitalización para el control y curación.

Cláusula 3. Coberturas de la Póliza

Gastos Cubiertos por Concepto de Atención Médica por Hospitalización, Cirugía y Tratamiento Ambulatorio.

A los efectos de esta Cobertura se entenderá por Gastos Cubiertos por concepto de atención médica por hospitalización, cirugía y tratamiento ambulatorio los gastos médicos razonables y acostumbrados incurridos por El Asegurado durante la vigencia de esta Póliza por tratamientos, servicios o suministros médicamente necesarios, como resultado de, o en relación con siniestros ocurridos durante la vigencia de la Póliza. Concluida la vigencia de la Póliza y si la misma no fuere renovada, El Asegurador indemnizará los gastos incurridos por los servicios que se estén prestando para ese momento, todo de conformidad con las condiciones y términos de la presente Póliza. Solamente se consideran gastos cubiertos, los incurridos por:

1. Un Hospital o clínica en el cual se incluyen:
 - 1.1. Habitación sencilla, comidas y servicio general de enfermería durante la permanencia en la habitación sencilla, sala o pabellón, o unidad de cuidado intensivo.
 - 1.2. Los servicios prestados en el departamento de consulta externa de un hospital.
2. Un centro de cirugía ambulatoria independiente, pero solamente si el tratamiento, cirugía, servicio o suministro hubiese estado cubierto bajo esta Cobertura de haber sido proporcionado en un hospital y/o clínica.
3. Visitas médicas efectuadas a El Asegurado mientras se encuentre recluido en un Hospital o Clínica.
4. Los servicios, tratamientos o suministros médicos y quirúrgicos de:
 - 4.1. Anestesia y su administración, siempre que haya sido proporcionada por un anestesiólogo profesional y legalmente autorizado para el ejercicio de esta profesión.
 - 4.2. Exámenes de laboratorio y patología, exámenes de rayos x, isótopos radioactivos, quimioterapia, electrocardiogramas, terapia de rayos x, ecocardiografías, mielogramas, electroencefalografía, angiografías, tomografías computarizadas, y otras pruebas y tratamientos similares, requeridos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cubiertas, siempre que hayan sido suministrados por un médico, o bajo la supervisión médica.
 - 4.3. Transfusiones de sangre, aplicación de plasma y sueros.
 - 4.4. Consumo de oxígeno, aplicación de soluciones intravenosas e inyecciones.
5. Drogas y medicinas para cuya obtención se requiera una receta o prescripción de un médico, y siempre que sean dispensadas por un farmacéutico licenciado y sean médicamente necesarias.
6. Servicio de ambulancia terrestre dentro del Territorio Nacional, siempre que hayan sido previamente autorizado por El Asegurador.
7. Honorarios médicos por Cirugía: Este beneficio se otorgará por concepto de Honorarios Médicos correspondientes al Cirujano Principal, Primer Ayudante, Segundo Ayudante y al Anestesiólogo, ocasionados por una intervención quirúrgica. Los montos máximos a indemnizar por concepto de Honorarios Médicos serán los gastos médicos razonables y acostumbrados aplicados al tipo de intervención practicada.

Si el asegurado en el curso de la Hospitalización o intervención le fueren practicadas por dos (02) o más Cirujanos diferentes intervenciones, el monto de los gastos médicos cubiertos será el correspondiente a la suma de los Gastos Razonables calculados por separado sobre cada intervención.

Si en el curso de una intervención quirúrgica se efectuaren por un solo Cirujano dos o más intervenciones médicamente necesarias por una o varias vías, los Honorarios Médicos se indemnizarán considerando la intervención de mayor costo más un cincuenta por ciento (50%) de la segunda.

8. Tratamientos no Quirúrgicos:

Se cubrirán los Honorarios Médicos derivados de tratamientos o visitas médicas en los casos de enfermedad o accidente existiendo hospitalización o no.

9. Otras atenciones:

- 9.1. Tratamientos o intervenciones odontológicas que sean necesarias como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza y cubierto por ésta.
- 9.2. Cirugía Plástica, Cosmética o Reconstructiva que sea necesaria como consecuencia de un Accidente o Cáncer ocurrido durante la vigencia de la Póliza.
- 9.3. Tratamientos médicos para enfermedades crónicas, contraídas durante la vigencia de la Póliza.
- 9.4. Medicina Física y de Rehabilitación que se requiera como consecuencia de un accidente, intervención o enfermedad ocurrida durante la vigencia de esta Póliza, hasta un máximo de veinte (20) sesiones por evento siempre y cuando sea Médicamente Necesario.
- 9.5. Enfermedad, Accidente o defectos congénitos padecidos por un recién nacido, siempre que el parto este cubierto por el Anexo de Maternidad y sea incluido en la póliza dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de nacimiento.

Cláusula 4. Obligaciones del Asegurado en Caso de Reembolso

Para el cobro de la indemnización a que hubiere lugar de acuerdo a lo establecido en el presente contrato, El Tomador, El Asegurado, o El Beneficiario debe cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Notificar la ocurrencia del siniestro a través de los formularios establecidos por El Asegurador para tal fin, inmediatamente o a más tardar dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha en que tenga conocimiento del mismo.
- b) Entregar a El Asegurador dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha de notificación y debidamente cumplimentados, los formularios de que dispone El Asegurador para realizar el reclamo o la solicitud de servicio, junto con el informe y la certificación del médico tratante, la información de la institución médica, todos los exámenes médicos (Laboratorio, Rayos X, Resonancias, Biopsias etc.), facturas y recibos originales debidamente cancelados y cualquier otra documentación relacionada con los servicios recibidos.
- c) Una vez efectuada la entrega de los formularios de reclamo acompañados de todos los requisitos señalados en el literal anterior (b), El Asegurador queda facultado para exigir en una sola oportunidad, toda la información médica adicional que estime necesaria y razonable con referencia a la evaluación de la reclamación en un tiempo máximo de treinta (30) días hábiles siguientes, contados desde la entrega del último requisito solicitado en el literal (b), a su vez, el Asegurado dispone de treinta (30) días continuos, para entregar dicha documentación, contados a partir de la fecha de su exigencia.

El Asegurador mantendrá control sobre la confidencialidad de la información recibida, y no podrá revelarla a organización externa alguna sin el previo consentimiento de El Tomador o El Asegurado, dado mediante notificaciones escritas, o por cláusulas contractuales o convenios, o por la exigencia de la Ley vigente.

Cláusula 5. Personas Asegurables

A efectos de la contratación de esta Póliza, serán asegurables las personas que para la fecha de emisión de la póliza o su inclusión en la misma, cumplan con los siguientes requisitos:

- a) Como Asegurado Titular: persona cuya edad sea mayor o igual de dieciocho (18) años y menor o igual de sesenta y cinco (65) años.
- b) Los hijos, nietos, hermanos y sobrinos de El Asegurado, los cuales podrán ser incluidos en la Póliza únicamente si están solteros y sean menores de veinticinco (25) años.
- c) Cualquier otro familiar de El Asegurado Titular o persona a su servicio cuya edad sea menor o igual a sesenta y cinco (65) años de edad.

Cualquier persona que quiera asegurarse debe gozar de buena salud y no tener defectos físicos o mutilaciones relevantes al momento de solicitar la Póliza.

Cláusula 6. Agotamiento de la Suma Asegurada

La suma Asegurada se agotará por enfermedad contraída o accidente sufrido, por cada Asegurado y año de vigencia de la Póliza. Si los Gastos Cubiertos por los que se haga responsable El Asegurador alcanzan la Suma Asegurada para una determinada enfermedad contraída o accidente sufrido, no se cubrirán más gastos de ese asegurado para esa enfermedad o accidente por el tiempo que reste hasta que se renueve la Póliza.

El monto correspondiente al deducible aplicará en los casos de gastos cubiertos por la póliza por concepto de atención médica de hospitalización, cirugía y tratamiento ambulatorio; por cada evento y para cada Asegurado.

Cláusula 7. Selección de Médicos, Clínicas u Hospitales

El Asegurado podrá elegir el médico, la clínica o el hospital que le pueda prestar los servicios que requiera, siempre que tal médico, clínica u hospital esté adscrito a la Red de Proveedores de El Asegurador, salvo que por las condiciones médicas del caso y por el lugar donde se presente la situación El Asegurador considere razonable que El Asegurado no haya podido acceder a los servicios de un médico, hospital y/o clínica adscrito a la red de proveedores, en cuyo caso El Asegurado podrá ser atendido por un médico, clínica u hospital no adscrito a la red de proveedores quedando sujeto a la aplicación de gastos médicos razonables y acostumbrados.

El Asegurador pondrá trimestralmente a disposición de sus asegurados e intermediarios de seguros, información actualizada correspondiente a los médicos, clínicas y hospitales que integran la Red de Proveedores. A su vez El Asegurador publicará mediante avisos colocados en cada una de sus oficinas de atención al público y en los medios de información electrónicos, los centros asistenciales proveedores con los cuales deben haber suscrito los contratos que aseguren dicha prestación durante el trimestre en referencia. De igual manera empleará un centro de atención telefónica.

Cláusula 8. Modalidades de Pago de la Indemnización

El Asegurador empleará las siguientes modalidades para hacer efectiva la indemnización:

1. **Carta de Compromiso o Carta-Aval:** En caso de atención médica electiva, El Asegurado podrá solicitar a El Asegurador una carta de compromiso o carta aval, mediante la cual El Asegurador se hará responsable ante el médico o institución médica que prestará la atención por los gastos cubiertos que correspondan según las condiciones y límites de la Póliza. Ante tal solicitud, El Asegurador evaluará los recaudos presentados para determinar la posibilidad de otorgar la carta compromiso o carta-aval. El Asegurado debe entregar al Asegurador el presupuesto emitido por el médico o institución médica, exámenes médicos, informe médico que justifique la necesidad médica y cualquier otro documento relacionado con la atención. De no ser procedente su emisión El Asegurador informará a El Asegurado las causas de hecho y de derecho que justifican tal decisión.

En caso de otorgar carta-aval, El Asegurador se reserva el derecho de someter a El Asegurado a reconocimiento o control de los médicos designados por éste, así como a visitarle en la clínica elegida durante su hospitalización y exigir toda la documentación que considere necesaria para el análisis del reclamo.

2. **Clave de Emergencia:** En caso de atención médica de emergencia, El Asegurado podrá solicitar a El Asegurador una clave de emergencia, mediante la cual El Asegurador se hará responsable, ante el médico o la institución médica que prestará la atención, por los gastos cubiertos que correspondan según las condiciones y límites de la Póliza. De no ser procedente su emisión, El Asegurador informará a El Asegurado las causas de hecho o de derecho que justifican tal decisión.

No serán otorgadas Claves de Emergencia ni Cartas Avaes que comprometan a El Asegurador ante médicos, clínicas u hospitales no adscritos a la Red de Proveedores de El Asegurador.

3. Reembolso: En caso de atención médica que hubiese sido cancelada por El Asegurado, por no haberse hecho uso de las modalidades de servicio señaladas en el aparte 1 y en el aparte 2, el Asegurado podrá solicitar el reembolso del monto correspondiente a los gastos cubiertos por El Asegurador.

En caso de gastos ocurridos fuera de la República Bolivariana de Venezuela, toda la documentación a presentar debe ser autenticada en idioma español en el Consulado de la República Bolivariana de Venezuela en el país donde se haya efectuado el gasto. El pago de los servicios causados en el exterior se efectuará en bolívares, considerando la tasa de cambio oficial para la venta en la República Bolivariana de Venezuela de la moneda en que están expresados los gastos, correspondiente a la fecha en que se haya incurrido en los mismos.

Queda entendido y convenido que la emisión de la carta de compromiso o de la Clave de Emergencia no constituye una obligación contractual, sino la prestación de un servicio por parte de El Asegurador a sus asegurados. En consecuencia, El Asegurador se reserva el derecho de aceptar o rechazar la emisión de la Carta de compromiso o Clave de emergencia solicitada, en virtud de las Condiciones Generales y Particulares de esta Póliza; así como negarla en aquellos casos en que la información suministrada no permita determinar con certeza que el caso estuviera cubierto, hasta tanto no se presenten otros documentos complementarios, o se lleve a cabo el tratamiento médico y/o quirúrgico, o El Asegurado se someta a una evaluación en el departamento médico de El Asegurador, o con un médico especialista recomendado y pagado por éste.

Cláusula 9. Cooperación de el Asegurado

En caso de reclamación en virtud de la presente Póliza, El Asegurado procederá a dar aviso a El Asegurador, anexando los recaudos originales, e igualmente adoptará todas las medidas que fuesen necesarias para reducir al mínimo las consecuencias de la causa que originó la necesidad de la atención médica. Asimismo cuidará y vigilará que el costo de los servicios médicos, hospitalarios y de farmacia que reciba, sea razonable y justo. Igualmente permitirá y colaborará con El Asegurador para adoptar las medidas razonables con el objeto de obtener el mismo fin.

El Asegurado se obliga a certificar la exactitud de sus reclamaciones mediante una declaración hecha bajo juramento o en cualquier otra forma legal; y a autorizar a cuantos médicos le atendieren, a proporcionar a El Asegurador cualquier información acerca de su estado físico, historia clínica y demás circunstancias que originaron la reclamación. Asimismo, El Asegurado autoriza a El Asegurador a actuar en su nombre ante el colegio de médicos o cualquier institución competente, para solicitar cuando lo estime conveniente, evaluación, reconsideración, o dictamen sobre la razonabilidad de los gastos presentados sobre cualquier reclamación.

Si se tratare de un accidente, El Asegurado entregará a El Asegurador una declaración por escrito suministrando todos los datos relacionados con el accidente que razonablemente se le pudiera exigir a más tardar dentro de los treinta (30) días siguientes a la ocurrencia del accidente.

Cláusula 10. Plazos De Espera

Todos los asegurados tienen derecho a disfrutar de los beneficios previstos en esta póliza, una vez transcurridos los plazos de espera que se especifican a continuación, los cuales serán contados a partir de la fecha de comienzo de la póliza, de su rehabilitación, aumento de suma asegurada solicitada por el tomador y solo por el incremento o para los nuevos asegurados a partir de la fecha de inclusión:

- a) Ninguno: En caso de accidentes, emergencias médicas y las siguientes enfermedades: meningo-encefalitis, fiebre reumática, malaria, neumonía, gastroenteritis, abscesos, apendicitis y pielonefritis contraídas dentro de la vigencia del seguro. Si al ocurrir un accidente, existiese una enfermedad y esta agravase las consecuencias del mismo, o el accidente agravase la enfermedad, el caso será considerado a los efectos de este seguro y la aplicación de plazos de espera, como un caso de enfermedad y no de accidente.

- b) Tres (3) meses: En caso de enfermedades infecciosas agudas no mencionadas en el literal anterior y contraídas dentro de la vigencia del seguro.
- c) Enfermedad o defectos congénitos padecidos por un recién nacido, no tendrán Plazos de espera, siempre que el parto este cubierto por el Anexo de Maternidad y sea incluido en la póliza dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de nacimiento.

Cláusula 11. Exclusiones Temporales

Los servicios médicos originados por las enfermedades indicadas no estarán cubiertos durante los siguientes períodos, los cuales serán contados a partir de la fecha de comienzo de la póliza, de su rehabilitación, aumento de suma asegurada solicitada por el tomador y solo por el incremento o para los nuevos asegurados a partir de la fecha de inclusión:

1. Doce (12) meses en casos de hernias de la pared abdominal, cura operatoria de eventración, enfermedad ulcero-péptica, hemorroides, prolapso genital, fibromatosis uterinas, litiasis vesicular y renal con sus complicaciones, hernias discales no traumáticas y fisura anal.
2. Veinticuatro (24) meses para Enfermedades Preexistentes, salvo aquellas enfermedades que El Asegurador hubiere acordado con El Asegurado que no tendrían cobertura, en cuyo caso El Asegurador no estará obligado en ningún momento a indemnizar los gastos incurridos por tales enfermedades preexistentes. Sin embargo estarán cubiertas desde el inicio de la Póliza aquellas enfermedades preexistentes que el Asegurador haya acordado con el Asegurado que tendrían cobertura.
3. Diez y ocho (18) meses para las siguientes enfermedades: enfermedades de otorrinolaringología (hipertrofia de cornetes, septo desviación e intervenciones para sinusitis, timpanocentesis y tímpanoplastia), prostatectomía, cura operatoria de cataratas, varicocele, fimosis y parafimosis, enfermedad diverticular del colon, enfermedad broncopulmonar obstructiva crónica (EBPOC), diabetes mellitus y sus complicaciones, síndrome varicoso y sus complicaciones cirugías cardiovasculares, aneurismas, cardiopatía isquémica, arritmia cardíaca, osteoporosis no postmenopausia, patología de ligamentos y meniscopatía en rodilla, hiperplasia prostática benigna, enfermedad inflamatoria pelviana, pólipos endometriales, incontinencia urinaria, tumores benignos con diámetro mayor a un (01) centímetro y adenomas benignos de la mama, cáncer, enfermedades de la columna vertebral.

No se aplicará lo mencionado en esta cláusula a los hijos recién nacidos que sean inscritos en la Póliza dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de su nacimiento, siempre que su nacimiento haya estado cubierto por esta Póliza mediante el correspondiente Anexo de "Cobertura de Maternidad y Cuidados del Recién Nacido".

Cláusula 12. Exclusiones Particulares

Esta Póliza no cubre los gastos por servicios médicos originados por las siguientes circunstancias:

1. Verificación periódica de la salud, exámenes de diagnósticos con o sin hospitalización y todos aquellos exámenes que no tengan relación con la enfermedad tratada. Tratamientos desensibilizantes para alergias, vacunaciones, atención de estados gripales y virales.
2. Cirugía Plástica, Cosmética o Reconstructiva que no sea necesaria como consecuencia de un Accidente o Cáncer. Tratamientos Médicos o quirúrgicos de patología no tumoral de las Glándulas Mamarias, Condición o Enfermedad Fibroquística, Tratamiento quirúrgico de Glándulas Supernumerarias. Mastoplastia reductora con fines estéticos y/o funcionales y gigantomastia.
3. Tratamientos o intervenciones odontológicas que no sean necesarios como consecuencia de un accidente.
4. Cirugías Ortopédicas y sus Tratamientos (enfermedad degenerativa, desviación angular, esqueleto axil y apendicular, enfermedades inflamatorias autoinmunes) a consecuencia de un accidente o enfermedad contraída fuera de la fecha de vigencia de la Póliza.

5. Tratamientos o intervenciones de la región cráneo mandibular, incluyendo el síndrome temporomandibular y otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, el cráneo y los músculos, nervios y otros tejidos en esa coyuntura.
6. Cirugía de Refracción de la Vista, cuando el Asegurado posea médicamente menos de cinco (05) dioptrías. Servicios Optométricos.
7. Curas de Reposo, Alcoholismo, uso de sustancias estupefacientes y psicotrópicas. Enfermedades Psiquiátricas y Mentales según clasificación Internacional, así como trastornos funcionales de la conducta (Neurosis, depresión, ansiedad, psicosis). Enfermedades y/o accidentes producidos por el uso o consumo de alcohol, sustancias estupefacientes y psicotrópicas, medicamentos que no estén prescritos por un médico legalmente autorizado o inscrito en el Ministerio de Salud y Desarrollo Social.
8. Tratamientos de Acupuntura, Homeopatía, Medicinas alternativas y otras no aceptadas por la Federación Médica Venezolana.
9. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o enfermedades relacionadas con el virus HIV. Enfermedades de transmisión sexual. Tratamiento del Virus del Papiloma Humano (VPH) y sus consecuencias.
10. Maternidad y sus complicaciones, embarazo molar, embarazo ectópico, aborto espontáneo o terapéutico, parto normal, fórceps, parto prematuro, embarazo múltiple y cesárea. Parto atendido por comadrona. Control por embarazo (consultas pre y post natales). Cuidados del Recién Nacido en los eventos mencionados en este numeral, si fuera el caso. Abortos provocados sin fines terapéuticos.
11. Chequeos o controles ginecológicos
12. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos, aplicados para la obesidad y/o reducción de peso.
13. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos para enfermedades crónicas no contraídas durante la vigencia de la Póliza.
14. Práctica de actividades o deportes de alto riesgo de cualquier índole, como son: paracaidismo, competencias de velocidad o de resistencia, parapente, vuelo en ícaros, vuelo a vela, artes marciales, boxeo, equitación, hipismo, submarinismo, motociclismo de velocidad, resistencia u obstáculos, espeleología, alpinismo o competencias de riesgo. Tentativas de suicidios y/o lesiones autoinferidas o causadas a sí mismo, bien sea dolosas o culposas. Participación activa en hechos delictivos, riñas o disturbios callejeros.
15. Enfermedad epidémica o hechos catastróficos, declarados como tales por las autoridades competentes.
16. Tratamientos Médicos, Quirúrgicos y sus consecuencias aplicados por: infertilidad, esterilización en ambos sexos. Tratamientos relacionados con trastornos del crecimiento. Tratamiento por Cirugía para optar a un cambio de sexo o para mejorar la función sexual que no sea consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza). Reemplazo de injerto de prótesis de pene. Inseminación Artificial e implantación artificial de embriones In Vitro. Disfunciones, insuficiencias e impotencia sexual. Enfermedad de Peyrone.
17. Tratamiento Médico para menarquía, menopausia, andropausia y sus consecuencias. Tratamiento anticonceptivo, osteoporosis postmenopáusica.
18. Todo servicio para, o como resultado de un transplante, por el cual el receptor es provisto de equipo artificial o mecánico, o de artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos, o cuando el donante es de especie animal. Transplante de órgano cuando la persona Asegurada sea donante para terceros.
19. La compra o alquiler de aparatos de aire acondicionado, vaporizador, humidificador, deshumidificador, equipos para hacer ejercicios o similares, silla de ruedas de cualquier tipo, equipos o prótesis ortopédicas, mecánicas o electrónicas, marcapasos, material especial para

cirugía ortopédica; siempre que no sean médicamente necesarios para el tratamiento de una afección.

20. Tratamientos por terapia ocupacional, educacional y de lenguaje.
21. Medicina Física y de Rehabilitación, que no sea a consecuencia de un accidente, intervención o enfermedad cubierta por esta póliza.
22. Servicios personales para comodidad de El Asegurado, radio, barbería o peluquería, fuente de soda, gastos del acompañante, estacionamiento, gastos de cobranza, gastos de facturación, floristería y/u ornamentos, artículos de higiene personal, artículos de uso personal o que no sean de índole médica, o servicios de cualquier clase proporcionados a un pariente cercano, acompañante o asistente, cargos en exceso que correspondan a habitaciones especiales o de lujo y las llamadas telefónicas no locales y todo gasto que no tenga relación con el evento cubierto.
23. Servicios médicos recibidos en alguna institución hospitalaria del Estado o cualquier otro servicio médico por el cual no se exija pago alguno al Asegurado.
24. Medicinas sin prescripción facultativa o no relacionadas con una Enfermedad o Accidente tratado, y todos los demás gastos de material médico - quirúrgico, medicinas o instrumentos no desglosados en la facturación con respecto al nombre y cantidad utilizada.
25. Servicios médicos o medicamentos cuyas facturas presentadas no cumplan con las exigencias del SENIAT (Nro. de RIF preimpreso, Nro. de NIT, Razón Social, fecha de facturación y domicilio fiscal).
26. Servicios de Ambulancia Aérea que no sea Médicamente Necesario, Enfermero(a) privado(a) para el cuidado del paciente fuera del centro hospitalario no autorizado expresamente por el Asegurador.

Cláusula 13. Indisputabilidad

Esta Póliza será indisputable, en lo que respecta a enfermedades preexistentes que no hayan sido declaradas en la solicitud de seguro, de acuerdo con lo siguiente:

- a) Para aquellos Asegurados inscritos desde el inicio de la Póliza, después de dos (2) años ininterrumpidos, contados desde la fecha de comienzo o rehabilitación de esta Póliza.
- b) Para aquellos Asegurados inscritos después de haber entrado en vigor esta Póliza, luego de transcurridos dos (2) años ininterrumpidos, contados desde su fecha de inclusión o desde la fecha de rehabilitación de esta Póliza, si ésta es posterior a la fecha de inclusión.
- c) Para los hijos de El Asegurado Titular que nazcan durante la vigencia de esta Póliza cuyo nacimiento haya sido cubierto por la misma, mediante el correspondiente Anexo de "Cobertura de Maternidad y cuidados del Recién Nacido", la indisputabilidad será inmediata, siempre que hayan sido inscritos dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de su nacimiento.

En caso de no cumplirse lo estipulado en el literal c), es decir, que el hijo de El Asegurado Titular nacido durante la vigencia de la póliza no haya tenido cobertura para su nacimiento por esta póliza o que, en cualquier caso, no haya sido inscrito en el plazo de treinta (30) días contados desde su nacimiento, la indisputabilidad de la Póliza para dicho hijo será después de dos (2) años ininterrumpidos contados desde la fecha de su inclusión o desde la fecha de rehabilitación de la Póliza, si ésta es posterior a la fecha de inclusión.

Igualmente si El Asegurado Titular solicitare un incremento del monto de la Suma Asegurada contratada inicialmente durante los dos (2) primeros años de la celebración del contrato, esta cláusula será aplicada, a partir de la fecha en que se produzca la ampliación de cobertura, para la cantidad en exceso de la originalmente contratada en los términos establecidos anteriormente.