

PÓLIZA DE SEGURO DE

Salud Individual Para Ti

SEGUROS CARACAS, C.A., Sociedad Mercantil, domiciliada en Caracas, antes denominada Seguros Caracas de Liberty Mutual, C.A., e inscrita originalmente como C.A. Venezolana Seguros Caracas, por ante el Registro de Comercio que se llevaba en el Juzgado de Primera Instancia en lo Mercantil del Distrito Federal, el 12 y 19 de mayo de 1943, bajo los Nros. 2134 y 2193, modificada su denominación comercial por la actual mediante documentos inscritos ante el Registro Mercantil Segundo del Distrito Capital el 07 de febrero de 2020, bajo los N° 26 y 33, Tomo 24-A SDO., y modificado sus Estatutos en diversas oportunidades, la última de las cuales se encuentra inscrita por ante la citada Oficina de Registro, el 24 de abril de 2025, bajo el N° 8, Tomo 105-A, inscrita en la Superintendencia de Seguros, hoy Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° ES-13 y ante el Registro de Información Fiscal (RIF) bajo el N° J-00038923-3, representada por el ciudadano **GUSTAVO EDUARDO LUENGO DECARLI**, Venezolano, mayor de edad, domiciliado en Caracas, Distrito Capital, titular de la cédula de identidad N° **V-6.155.477**, y el Tomador, identificado en el Contrato Simplificado, han convenido en suscribir el presente Contrato de Seguro, el cual está conformado y se registrará por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Contrato Simplificado, la Solicitud de Seguro y los demás documentos que formen parte integrante del mismo.

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1: OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador se compromete a asumir los riesgos indicados en este contrato, hasta la suma asegurada señalada 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. **ASEGURADO:** persona natural expuesta a los riesgos cubiertos y amparada por este Contrato.
2. **ASEGURADO RESIDENTE:** Asegurado que vive en la República Bolivariana de Venezuela, por más de doscientos setenta (270) días acumulativos por año Póliza.
3. **ASEGURADO TITULAR:** asegurado indicado con este carácter en el Cuadro Póliza Recibo, quien ejerce los derechos de los Asegurados ante el Asegurador.
4. **ASEGURADOR:** Seguros Caracas, C.A., quien asume los riesgos cubiertos en este Contrato.
5. **BENEFICIARIO:** persona que tiene el derecho de recibir el pago de la indemnización a que hubiere lugar.
6. **CONDICIONES PARTICULARES:** aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.
7. **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 Titular, nombre del Intermediario de la Actividad Aseguradora, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma de pago, duración del Contrato, fecha de emisión del Contrato, deducible, si los hubiere, y firmas del Asegurador y del Tomador del contrato.
8. **DEDUCIBLE:** cantidad indicada en el Cuadro Póliza Recibo que deberá asumir el Asegurado, y en consecuencia no será pagada por el Asegurador en caso de ocurrencia de un Siniestro cubierto por este Contrato.
9. **DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO:** las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, el Cuadro Póliza Recibo, los Anexos que se emitan para complementar o modificar el contrato y los demás documentos que por su naturaleza formen parte del Contrato.

- 10. EDAD:** es la correspondiente a la fecha de cumpleaños más cercana, anterior o posterior, al momento de emisión o renovación del contrato.
- 11. MEDIOS DE INFORMACIÓN ELECTRONICOS:** cualquier tipo de plataforma o herramienta digital que permita la transmisión, almacenamiento y acceso a información de manera electrónica. Esto incluye, pero no se limita a, correos electrónicos, sitios web, aplicaciones móviles, mensajería móvil y Central de Alarma Telefónica.
- 12. PRIMA:** contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración de este Contrato.
- 13. RESIDENCIA HABITUAL:** domicilio permanente del Asegurado, indicado en el Cuadro Póliza Recibo, el cual debe estar ubicado en la República Bolivariana de Venezuela, entendiéndose como permanente cuando el asegurado se encuentre por al menos doscientos setenta (270) días acumulativos por año Póliza.
- 14. SINIESTRO:** Materialización del riesgo que da origen a la obligación de indemnizar por parte del Asegurador.
- 15. SOLICITUD DE SEGURO:** 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 el contrato y 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 de este Contrato.
- 16. SUMA ASEGURADA:** límite máximo de responsabilidad del Asegurador, indicado en el Cuadro Póliza Recibo.
- 17. TOMADOR:** persona natural o jurídica que contrata el seguro y se obliga a pagar la prima correspondiente al Asegurador.

CLÁUSULA 3: EXONERACIÓN 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 estos, 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 o de cualquier persona que obrare por cuenta de ellos. 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 de este 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 8: DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO**, de estas Condiciones Generales.
7. Si el Tomador, Asegurado o el Beneficiario incumpliere lo establecido en la **CLÁUSULA 12: SUBROGACIÓN DE DERECHOS**, de estas Condiciones Generales, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.
8. 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.
9. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares de este Contrato.

CLÁUSULA 4: DURACIÓN DEL CONTRATO

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

CLÁUSULA 5: 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, esta tendrá efecto desde el inicio de la duración del Contrato. 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.

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.

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. 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 su acuse de recibo.

Las Primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del Asegurador por el exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses del excedente, aun cuando aquellas hubieren sido aceptadas formalmente por éste.

CLÁUSULA 6: RENOVACIÓN

El Contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior y por un plazo igual, siempre que el Tomador pague la Prima correspondiente al nuevo período, de acuerdo a lo establecido en la **CLÁUSULA 7: PLAZO DE GRACIA**, de estas Condiciones Generales, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo Contrato, sino la continuidad del anterior.

Las partes pueden negarse a la prórroga del Contrato mediante una notificación efectuada a la otra parte en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados, 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 7: PLAZO DE GRACIA

Se concede un plazo de gracias 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 plazo, el Contrato quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación de la duración del Contrato anterior.

CLÁUSULA 8: DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO

El Tomador y el propuesto Asegurado Titular, al llenar la solicitud, debe declarar con exactitud al Asegurador todos los datos que le sean requeridos.

Corresponde al propuesto Asegurado Titular declarar con precisión la información solicitada en el cuestionario y cumplir con los demás requerimientos exigidos por el Asegurador para la valoración del riesgo.

El Asegurador deberá participar al Tomador o Asegurado, en el plazo de cinco (5) días hábiles siguientes, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud de seguro, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver el contrato, mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, dirigida al tomador o Asegurado 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 decimosexto (16º) 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, hasta el momento en que se haga esta notificación.

Si el siniestro sobreviene antes que el Asegurador haga cualquiera de las notificaciones a que se refiere esta cláusula o antes de que se haga efectiva la resolución del contrato, la indemnización se reducirá en la misma proporción que existe entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador 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 solo a una o varias de ellas, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto a las restantes, si ello fuere técnicamente posible.

CLÁUSULA 9: FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador o 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 haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, Asegurado o 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 en los supuestos de nulidad del contrato contemplados en esta cláusula.

CLÁUSULA 10: 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 11: 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 12: SUBROGACIÓN DE DERECHOS

El Asegurador que ha pagado la indemnización, queda subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto pagado, en los derechos y acciones del Tomador, 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 recobrar de otras personas 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 ésta pueda razonablemente requerir, con el objeto de permitir que éste ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago.

Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario incumpliere lo establecido en esta cláusula, perderá el derecho al pago que le otorga este contrato, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.

CLÁUSULA 13: 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 del Contrato.

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 de salud, 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.

CLÁUSULA 14: 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 que regulan el arbitraje en la actividad Aseguradora.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLÁUSULA 15: CADUCIDAD

El Tomador, Asegurado o Beneficiario perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra la empresa de seguros, o convenir con esta someterse al arbitraje, 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.

CLAUSULA 16: PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA 17: MODIFICACIÓN Y REHABILITACIÓN

Las solicitudes de modificación y rehabilitación del contrato deben ser solicitadas a través de cualquier mecanismo acordado por las partes.

Se consideran aceptadas las solicitudes efectuadas por el Tomador o Asegurado si el Asegurador no la rechaza dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de haberla recibido. Este plazo será de veinte (20) días hábiles cuando la modificación o rehabilitación conforme a las condiciones de este contrato, hagan necesario un reconocimiento médico. El requerimiento del Asegurador de que se realicen exámenes médicos no implica la aceptación a que se refiere esta cláusula.

El contrato de seguro puede ser rehabilitado a solicitud del Tomador, 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, salvo por los casos de accidentes y enfermedades infecciosas agudas, mencionadas en la **CLÁUSULA 4: COBERTURA INMEDIATA** de la Sección I de las Condiciones Particulares del Contrato, que ocurran a partir de la fecha de rehabilitación. No se convendrá la rehabilitación, una vez transcurridos noventa (90) días continuos desde la fecha de resolución del contrato.

La modificación de la suma asegurada o el deducible requerirá siempre aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por el Asegurador con la emisión del Cuadro Póliza Recibo o recibo de prima, en el que se modifique la suma asegurada o el deducible y, por parte del 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, debe ser comunicada al Tomador mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, en un plazo no menor a un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso. En caso de desacuerdo del Tomador, si el Asegurador decide mantener o renovar el contrato, deberá hacerlo 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 con lo indicado en la **CLÁUSULA 6: RENOVACIÓN**, 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 éstas sobre las Condiciones Generales de este contrato.

Si la modificación requiere pago de prima adicional se aplicará lo dispuesto al respecto en este contrato.

CLÁUSULA 18: AVISOS

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto al contrato deberá hacerse mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal o sucursal del Asegurador o a la dirección del Tomador o del Asegurado que conste en el contrato, según sea el caso.

Las comunicaciones que sean proporcionadas, por cualquier medio, 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 notificación a su destinatario en un plazo de tres (3) días hábiles, contados a partir de su recepción.

CLÁUSULA 19: DOMICILIO ESPECIAL

Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse de este Contrato, 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.

CLÁUSULA 20: OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO

1. El Tomador y el Propuesto Asegurado deberán llenar la Solicitud de Seguro y declarar, con exactitud y absoluta sinceridad, todas las circunstancias necesarias para identificar el bien o interés asegurado 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 Tomador o el Beneficiario 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 el Beneficiario 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. Realizar todas las acciones necesarias para garantizar al Asegurador el ejercicio de su derecho de subrogación, si fuere el caso.
10. 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 21: OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

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.
3. Proceder al pago de la indemnización, conforme con lo establecido en las Condiciones Particulares de este Contrato.
4. Pagar la indemnización que 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.

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1: INTERPRETACIÓN DE TÉRMINOS

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

- 1. ACCIDENTE:** suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del Tomador o Asegurado, que le cause a este último lesiones corporales.
- 2. ATENCIÓN AMBULATORIA:** atención médica suministrada a un Asegurado cuando su permanencia en la Institución Hospitalaria sea menor de 24 horas.
- 3. COSTO RAZONABLE:** promedio calculado por el Asegurador de los gastos cubiertos por tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas de Instituciones Hospitalarias ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido el Asegurado, los cuales correspondan a una intervención quirúrgica o tratamiento médico igual o similar, libre de complicaciones y que, de acuerdo a las condiciones de este Contrato de seguro, 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 dichos 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 gasto 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 o equipo médicos o a cualquier otro gasto médico amparado e incurrido con motivo de la asistencia.

- 4. EMERGENCIA MÉDICA:** condición que compromete la vida o la integridad física del Asegurado, cuya atención no puede ser diferida y su diagnóstico ha sido hecho por un médico calificado de la Institución Hospitalaria prestadora de los servicios de salud.
- 5. 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.
- 6. ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** enfermedad o lesión que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del Contrato o de la inclusión

del Asegurado en el seguro, y sea conocida por el Tomador o el Asegurado al momento de la suscripción del Contrato o de la inclusión del Asegurado en el mismo.

- 7. 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 el seguro.
- 8. 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 este contrato de seguro, 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 desordenes de conducta, ni lugares donde proporcionen tratamientos naturistas, terapias alternativas, y acupuntura.
- 9. MEDICAMENTO NECESARIO:** conjunto de medidas o procedimientos ordenados 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:
- a. Que sea apropiado para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del Asegurado.
 - b. Que sea congruente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina en la República Bolivariana de Venezuela y por la Federación Médica Venezolana o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.
 - c. Que el nivel de servicio o suministro sea el más idóneo y pueda ser proporcionado sin riesgo para el Asegurado.
 - d. Que no sea primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado, de su familia o de su médico.
- 10. 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.
- 11. PORCENTAJE DE INDEMNIZACIÓN:** límite máximo de responsabilidad del Asegurador por aquellos siniestros atendidos fuera de la Red de Proveedores Acordada por el Asegurado. Este porcentaje, será establecido en el Cuadro Póliza Recibo.
- 12. PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO:** tratamiento médico, intervención quirúrgica, suministro, medicamento, procedimiento médico u hospitalización que:

- a. 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
- b. Su uso esté restringido a objetivos clínicos disciplinados que posean valor o beneficio para propósitos clínicos de la disciplina y estudios científicos; o
- c. No se haya probado de manera objetiva que posea valor o beneficio terapéutico; o
- d. Esté bajo estudio, investigación, en un período de prueba o en cualquier fase de un experimento o ensayo clínico.

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

15. RED DE PROVEEDORES ACORDADA: conjunto de instituciones hospitalarias en las cuales el Asegurado podrá obtener la totalidad de beneficios relacionados con el objeto del presente Contrato. Esta red, será identificada en el Cuadro Póliza Recibo.

16. 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.

CLÁUSULA 2: PERSONAS ASEGURABLES

Son asegurables bajo el presente Contrato las siguientes personas residentes en la República Bolivariana de Venezuela, considerándose que el género masculino incluirá también al femenino, los cuales deben estar identificados en el Cuadro Póliza Recibo:

1. El cónyuge del Asegurado Titular o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.
2. Los hijos menores de veinticinco (25) años de edad del Asegurado Titular o de su cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho.
3. Los padres del Asegurado Titular o de su cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho.
4. Familiares del Asegurado Titular, dependientes económicamente de éste.
5. Los trabajadores que presten servicios en el hogar del Asegurado Titular o que estén a su servicio personal o el de su familia.

CLÁUSULA 3: TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA CADA ASEGURADO

El seguro bajo este Contrato 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 cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho, cumple la edad de veinticinco (25) años, contraiga matrimonio o mantenga unión estable de hecho.
3. Cuando alguna de las personas mencionadas en el numeral 4 de la cláusula anterior, deje de depender económicamente del Asegurado Titular.
4. Cuando el trabajador deje de prestar servicios para el Asegurado Titular.
5. Por aviso escrito del Tomador o el Asegurado Titular, comunicando al Asegurador la decisión de no renovar la Póliza o el seguro de algún Asegurado.

En los supuestos antes señalados, la terminación procederá al finalizar la 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 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 o del Beneficiario a indemnizaciones por Siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación.

Si un Asegurado, conforme con lo indicado en los numerales anteriores, quedare excluido del Contrato, podrá solicitarse al Asegurador, a más tardar dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha en que sea efectiva la terminación del Contrato, la emisión de una póliza de seguro de salud, sujeto al pago de la prima correspondiente, y el Asegurado no perderá los derechos de antigüedad adquiridos con la póliza anterior, en lo que se refiere a la misma suma asegurada o plan vigentes para el momento de la terminación del seguro. Si el Asegurado estuvo amparado ininterrumpidamente por tres (3) años a la fecha de terminación del seguro, el Asegurador queda obligado a emitir la póliza de seguro solicitada.

CLÁUSULA 4: ÁMBITO DE LA PÓLIZA

La cobertura de este Contrato se extiende a cualquier parte del mundo.

CLÁUSULA 5: MONEDA DEL CONTRATO

Las obligaciones de las partes en el presente Contrato deberán ser cumplidas en la moneda indicada en el Cuadro Póliza Recibo. A tales efectos, la expresión "Tipo de Cambio Oficial" se refiere al tipo de cambio de referencia fijado por el Banco Central de Venezuela y publicado diariamente en sus medios de divulgación oficiales.

El pago de la prima debe efectuarse en la moneda indicada en el Cuadro Póliza Recibo. No obstante, el Tomador podrá liberarse de su obligación mediante el pago del equivalente en bolívares de la cantidad indicada en el Cuadro Póliza Recibo, calculado al Tipo de Cambio Oficial para el momento del pago.

El pago de la indemnización prevista por la póliza, se efectuará en la moneda indicada en el Cuadro Póliza Recibo, hasta la Suma Asegurada contratada. No obstante, el Asegurador podrá cumplir con sus obligaciones con el pago del equivalente en bolívares al Tipo de Cambio Oficial para el momento del pago de la indemnización.

Si los gastos incurridos por el Asegurado con ocasión del siniestro hubieren sido efectuados en bolívares, la indemnización será calculada en un monto equivalente a la cantidad de unidades monetarias de la moneda extranjera en la que se suscribió el contrato, al Tipo de Cambio Oficial para el momento en que se incurrió en el gasto. Dicho monto podrá ser pagado por el Asegurador en la moneda del contrato, o en bolívares, al Tipo de Cambio Oficial para la fecha del pago de la indemnización.

Cuando el Asegurado reciba los servicios fuera de la República Bolivariana de Venezuela, la indemnización se efectuará al costo razonable que tengan los servicios prestados en la República Bolivariana de Venezuela.

CLÁUSULA 6: NO APLICACIÓN DE REEMBOLSOS

A los efectos de este contrato, queda expresamente establecido por parte del Asegurador que el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no podrán solicitar reembolsos por gastos incurridos a excepción de lo establecido en la **SECCIÓN III: EQUIPOS MÉDICOS**, o aquellos en los que, por causa extraña no imputable al Asegurador no sea posible la activación del servicio. En este último caso, el Tomador o el Asegurado podrá solicitar excepcionalmente el reembolso de los gastos incurridos.

CLÁUSULA 7: DEFENSOR DEL TOMADOR ASEGURADO O BENEFICIARIO

El Asegurador se obliga a recibir, analizar y gestionar las denuncias, reclamos o quejas que presente el Tomador, Asegurado o Beneficiario, con ocasión a las controversias derivadas de la ejecución del presente contrato, a través de la figura del Defensor del Asegurado en su sede principal. Asimismo, las sucursales, agencias u oficinas comerciales en el territorio nacional están obligadas a recibir y remitir a la sede principal de la Unidad de Defensa estas denuncias, reclamos o quejas.

El Tomador, Asegurado o Beneficiario, podrá acudir a la respectiva Unidad de Defensa o comunicarse a través de los mecanismos dispuestos para ello, con ocasión de las controversias derivadas de la ejecución del presente contrato de seguro con el fin de recurrir y ejercer su defensa. Sin menoscabo de los derechos e intereses que le asisten de acudir a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, cuando consideren que hayan sido vulnerados sus derechos.

SECCIÓN I: COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS

CLÁUSULA 1: OBJETO DE LA COBERTURA

El Asegurador se compromete a indemnizar los costos razonables usuales y acostumbrados, médicamente necesarios, incurridos por el Asegurado amparado bajo esta cobertura, que impliquen o no hospitalización: para tratamiento o intervención quirúrgica, quimioterapia ambulatoria, rehabilitación ambulatoria, radioterapia y otros servicios ambulatorios requeridos como consecuencia de las enfermedades o eventos cubiertos por esta Sección I.

CLÁUSULA 2: BENEFICIOS

La presente cobertura es válida únicamente para los Asegurados Residentes, de acuerdo con la definición prevista en la **CLÁUSULA 2: DEFINICIONES** de las Condiciones Generales. Por lo que, en caso de que el Asegurado no cumpla con esta condición, cualquier gasto incurrido o en que pudiera incurrir, no estará amparado bajo la cobertura de la presente Sección I.

Una vez cumplidos los plazos de espera indicados en la **CLÁUSULA 5: PLAZOS DE ESPERA** y según lo señalado en la **CLÁUSULA 6: EXCLUSIONES TEMPORALES** ambas contenidas en esta Sección I, El Asegurador indemnizará lo establecido en la **CLÁUSULA 3: GASTOS CUBIERTOS** de esta sección I, siempre que el gasto cubierto se haya generado durante la vigencia del mismo, sobre la base de los Costos Razonables, en exceso del deducible, el Porcentaje de Indemnización indicado en el Cuadro Póliza Recibo y hasta la cantidad señalada como Suma Asegurada.

a. REQUISITOS PARA OBTENER LOS BENEFICIOS:

El Asegurador pagará los beneficios correspondientes a los gastos cubiertos incurridos, de acuerdo a lo establecido en este contrato en base a lo siguiente:

1. La totalidad de los costos razonables, en exceso del deducible, cuando El Asegurado asista a una Institución Hospitalaria que se encuentre dentro de la Red de Proveedores Acordada.
2. El costo razonable, en exceso del deducible, con aplicación del Porcentaje de Indemnización establecido en el Cuadro Póliza Recibo, en los siguientes casos:
 - 2.1. Cuando el Asegurado asista a Instituciones hospitalarias no pertenecientes a la Red de Proveedores Acordada, por:
 - a. Su decisión.
 - b. Por razones ajenas a su voluntad o de fuerza mayor.
 - c. Por cualquier otra causa.
 - 2.2. Cuando el Asegurado reciba atención fuera del territorio de la República Bolivariana de Venezuela, a los efectos de indemnización se entenderá que fue atendido fuera de la Red de Proveedores Acordada.

CLÁUSULA 3: GASTOS CUBIERTOS

Queda entendido que el Asegurador cubre el ciento por ciento (100%) de los gastos amparados ocurridos durante la vigencia del Contrato, sujeto al costo razonable, en exceso del deducible, si los hubiere, con aplicación del Porcentaje de Indemnización si procede y hasta la suma asegurada contratada, siempre que El Asegurado cumpla con los requisitos establecidos en la **CLÁUSULA 2: BENEFICIOS** de esta Sección I.

Están cubiertos los gastos generados por tratamiento médico, intervención quirúrgica (incluyendo el tratamiento postoperatorio), servicios hospitalarios, procedimiento

médico, medicamentos, suministros, equipos e instrumentos especiales, médicamente necesarios para la atención de las alteraciones a la salud del Asegurado amparadas por el Contrato. Queda además entendido que:

1. Los gastos por concepto de pago de honorarios médicos, conjuntamente con los demás beneficios cubiertos por este Contrato, están sujetos a la suma asegurada contratada.
2. El material médico quirúrgico y los suministros serán indemnizados contra la presentación del desglose de su consumo y costo facturado por parte de la Institución Hospitalaria, siempre que hayan sido necesarios para el tratamiento de la enfermedad, lesión o procedimiento realizado al Asegurado.
3. Los gastos hospitalarios cubiertos se refieren exclusivamente al servicio de habitación corriente (distinta a habitaciones especiales o de lujo, suites y semisuites), incluida la alimentación del paciente, conforme a las indicaciones médicas. Además, están cubiertos los gastos por uso de teléfono (llamadas locales), admisión, uso de la televisión del cuarto ocupado por el Asegurado hospitalizado y el costo de pernoctas del acompañante, cuando ocupe la misma habitación que el paciente Asegurado. No se consideran gastos cubiertos otros gastos hospitalarios diferentes a los antes mencionados y los que genere el acompañante por concepto de alimentación.
4. El servicio de enfermera particular estará amparado, siempre que sea prestado dentro de la institución hospitalaria, ordenado por el médico tratante y aprobado por el Asegurador, dada la gravedad del paciente y la necesidad de atención especializada. La enfermera debe ser profesional graduada y legalmente facultada para ejercer la profesión.
5. Están cubiertos los gastos por concepto de adquisición e implantación de prótesis: oculares, de cadera, de miembros superiores e inferiores, cardiovasculares, articulares, de vías digestivas, derivaciones ventriculoperitoneales, marcapasos cardíacos, así como las auditivas, testiculares, de mamas y cualquier otra, que pueden ser requeridas por la pérdida de órganos o miembros como consecuencia de enfermedades y/o lesiones sufridas por el Asegurado, que hayan sido diagnosticadas, tratadas y amparadas durante la duración del Contrato y cuya indicación médica sea de carácter permanente.

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

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

6. Están cubiertos los gastos por concepto de quimioterapia, radioterapia,

fluoroscopias, isótopos radioactivos y otros similares, que guarden relación con la causa u origen del tratamiento médico o de la hospitalización, siempre que se requieran en el diagnóstico o atención de una alteración a la salud del Asegurado amparado por el Contrato.

7. La cobertura que ofrece el presente Contrato se extiende a tratamientos odontológicos que sean originados como consecuencia de un accidente que ocurra durante su duración, siempre que estos tratamientos se realicen, como máximo, dentro de los noventa (90) días continuos y siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.
8. Están cubiertos los gastos por atención ambulatoria.
9. Los gastos por concepto de honorarios médicos por intervención quirúrgica están limitados a un (1) cirujano principal, un (1) ayudante y un (1) anestesiólogo. El Asegurador reconocerá los honorarios ocasionados por un (1) segundo y un tercer ayudante, siempre que la participación de estos en la intervención quirúrgica esté justificada médicamente. Los gastos cubiertos por honorarios médicos correspondientes al primer ayudante y el anestesiólogo, serán como máximo el cuarenta por ciento (40%) de los del cirujano principal, para cada uno. En el caso de ser necesaria la participación de un segundo ayudante, los honorarios serán como máximo el treinta por ciento (30%) de los honorarios del cirujano principal y en el supuesto de un tercer ayudante los honorarios serán como máximo el veinte por ciento (20%) de los honorarios del cirujano principal.

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

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

10. Están amparados los gastos por concepto de intervención quirúrgica de tipo reconstructiva originada por un Siniestro cubierto por el Contrato. La intervención quirúrgica deberá ser realizada dentro de los ciento ochenta (180) días continuos siguiente a la ocurrencia del Siniestro. Este plazo podrá extenderse si a juicio del médico tratante la reconstrucción deba efectuarse en una fecha posterior, siempre que la póliza se mantenga en vigor para el momento en que se realice la intervención quirúrgica.
11. Están cubiertos los gastos por concepto de ambulancia terrestre dentro del Territorio Nacional, siempre que el médico tratante lo considere necesario y previa aprobación del Asegurador.

- 12. Están cubiertos los gastos por Servicios de Analgesia Post Operatoria, siempre que sea requerido por una enfermedad o accidente cubierto por el Contrato y el médico tratante lo considere médicamente necesario.**
- 13. Los hijos del Asegurado Titular, nacidos durante la vigencia del Contrato, estarán cubiertos siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones: el parto haya sido amparado por un Anexo de Maternidad de este Contrato o el padre o la madre han estado asegurado por lo menos dos (2) años de forma consecutiva bajo la cobertura del presente Contrato, el Asegurado Titular o Tomador solicite la inclusión del hijo en la cobertura dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de su nacimiento y pague la parte proporcional de la prima correspondiente al período que falte por transcurrir, conforme con lo establecido en las Condiciones Generales del Contrato; caso en el cual, el Asegurador no aplicará los plazos de espera y exclusiones temporales previstos en este Contrato.**
- 14. Están cubiertos los gastos de intervención quirúrgica por obesidad mórbida, en una sola oportunidad, basada en un índice de masa corporal superior a 40 Kg/m², previo cumplimiento del siguiente protocolo: dos (2) evaluaciones de un Nutricionista, con una diferencia de al menos treinta (30) días continuos entre cada evaluación; una (1) evaluación de un Endocrinólogo; una (1) evaluación de un Neumólogo; una (1) evaluación de un Psicólogo, una (1) evaluación de un Psiquiatra y una (1) evaluación de un Médico Internista, que incluya un informe de chequeo cardiovascular y una (1) evaluación por parte de un médico referido por el Asegurador. Queda entendido que el protocolo debe tener una duración no mayor de noventa (90) días antes de la solicitud de la intervención quirúrgica. Asimismo, corresponde al Asegurado cumplir con el referido protocolo y los gastos que se generen estarán amparados por este Contrato, siempre que exista un diagnóstico positivo de la enfermedad.**
- 15. Están cubiertos las enfermedades oportunistas del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).**

CLÁUSULA 4: COBERTURA INMEDIATA

Tendrán cobertura inmediata los accidentes amparados por esta Sección I y las siguientes enfermedades infecciosas agudas: fiebre reumática, apendicitis, bronquitis, gastroenteritis, abscesos (intrabdominales, intratorácicos e intracraneales), infección respiratoria baja, dengue hemorrágico, malaria, meningo-encefalitis, neumonía y pielonefritis, así como los gastos ocasionados por las enfermedades virales de parotiditis, rubeola, sarampión y varicela.

CLÁUSULA 5: PLAZOS DE ESPERA

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

1. Once (11) meses para las siguientes enfermedades: adenoiditis, cefaleas vasculares (migraña), vértigo o laberintitis, faringo - amigdalitis (sola o combinada), hemorroides,

hidrocele, incontinencia urinaria, otitis, trastornos de la laringe, trastornos de piel y anexos (no infecciosos), tumores de piel y del tejido celular subcutáneo y virus de papiloma humano, salvo por lo dispuesto en la **CLÁUSULA 4: COBERTURA INMEDIATA**, de esta Sección I.

2. Diez (10) meses para intervención quirúrgica por obesidad mórbida y para las enfermedades del aparato reproductor femenino que requieran intervención quirúrgica.
3. Tres (3) meses para cualquier otra alteración a la salud del Asegurado, siempre que no esté excluida temporal o permanentemente en este Contrato.

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

CLÁUSULA 6: EXCLUSIONES TEMPORALES

Los Asegurados inscritos en el seguro están amparados por los siguientes casos o alteraciones a la salud, una vez transcurridos dieciocho (18) meses, contados a partir de la fecha de comienzo del Contrato o la inclusión del Asegurado en el mismo, según corresponda: pruebas alérgicas y tratamientos desensibilizantes para las alergias, tumores benignos de mamas, gigantomastia juvenil que provoque evidente trastornos a nivel de la columna cervical y dorsal, aneurisma, arritmia cardíaca, arterosclerosis, discopatías degenerativas, artropatías, bronquiectasias, calacio (chalazion), cáncer, cardiopatía isquémica, cataratas, enfermedad cerebro vascular, osteoartritis, enfermedades de la rodilla, trastornos causados por colesterol y triglicéridos, hipertensión arterial, diabetes y sus complicaciones, enfermedad biliar y sus complicaciones, enfermedad bronco pulmonar obstructiva crónica, síndrome de hiperreactividad bronquial, enfermedad de d'quervain, enfermedades desmielinizantes, enfermedades difusas del tejido conjuntivo, enfermedad diverticular y sus complicaciones, enfermedades endocrinas, enfisema pulmonar, estenosis de canal medular, estrabismo, eventración, fimosis o parafimosis, enfermedades de próstata, enfermedades del testículo, enfermedad inflamatoria pelviana, quistes de ovario, poliposis endometrial, fibrosis uterina, miomatosis, prolapso genital, , fístulas, esofagogastrroduodenopatías, glaucoma, hallux valgus, hepatopatías, hernias, hipertrofia de cornetes, malformaciones arterio-venosas, neumopatías profesionales, osteoartritis, osteoporosis, otosclerosis, tumores y ptosis del párpado, pólipos, pterigión, quiste de cápsula articular, valvulopatías, enfermedades renales, retinopatías, rinosinusopatías, septoplastia funcional, síndrome de compresión radicular, síndrome de los recesos laterales, síndrome de vías urinarias y sus complicaciones, síndrome del túnel del carpo, síndrome neurológico de alteración de la vía piramidal o extrapiramidal, enfermedades de tiroides, defectos de refracción (la cobertura se limita al tratamiento quirúrgico de la miopía e hipermetropía, superior a 3 dioptrías), trastornos hematológicos primarios, tromboembolismo pulmonar, tumoraciones diferentes a las indicadas en el numeral 1 de la CLÁUSULA 5: PLAZOS

DE ESPERA de esta Sección I, várices, varicocele, enfermedades del intestino delgado, grueso, recto y ano, no mencionadas en el numeral 1 de la CLÁUSULA 5: PLAZOS DE ESPERA, de esta Sección I.

Si un accidente agrava el curso de una enfermedad, las consecuencias serán consideradas como una enfermedad y no como un accidente para los efectos de esta Cláusula.

Si el Tomador o el Asegurado solicitare un incremento en la suma asegurada o cambio de plan, para las cantidades en exceso comenzará a considerarse nuevamente el lapso de dieciocho (18) meses, contados a partir de la fecha en que se produjo el incremento o cambio de plan, por tanto de ocurrir un Siniestro antes del vencimiento de este plazo, el Asegurador indemnizará sobre la base de la suma asegurada o plan contratado antes de la modificación, siempre que el plazo de dieciocho (18) meses previamente aplicable hubiere vencido.

CLÁUSULA 7: EXCLUSIONES

El Asegurador no cubre los gastos relacionados con:

- 1. Lesiones ocasionadas como consecuencia o se den en el curso de: guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con alguna organización que realice actividades dirigidas a la sustitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.**
- 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. El suicidio o sus tentativas, así como las 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.**
- 7. Lesiones ocasionadas como consecuencia de la práctica del Asegurado de los**

siguientes deportes o actividades de alto riesgo: caza, automovilismo, motociclismo, motocross, karting, scooters, competencia de ciclismo, benji, buceo, submarinismo, esquí acuático, esquí en nieve, rafting, descensos de rápidos, surf, windsurf, remo, pesca en alta mar, pesca submarina, motonáutica, navegación en aguas internacionales en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, fútbol americano, rugby, saltos ornamentales, paracaidismo, vuelo en ícaro, vuelo a vela, vuelo en globo, vuelo en parapente, vuelo en planeador, vuelo en ultraligero, velerismo, vuelo delta, coleo, competencia de equitación, polo, hipismo, rodeo, boxeo, lucha, artes marciales, jiu jitsu, viet vo dao, full contact, competencia de levantamiento de pesas, tiro, espeleología, alpinismo y escalada, salvo que el Asegurador convenga con el Tomador la cobertura de estos gastos.

- 8. Enfermedades decretadas como epidémicas por el organismo público competente, en lo que se refiere a los gastos que se hayan ocasionado luego de haber sido declaradas como tales.**
- 9. El Servicio de enfermera privada para el cuidado del paciente.**
- 10. Tratamientos contra la dependencia del alcohol, de drogas estupefacientes y psicotrópicas y sus complicaciones, agudas o crónicas, el etilismo; así como los accidentes ocurridos bajo la influencia del alcohol o de drogas no prescritas médicamente y las consecuencias y/o enfermedades originadas por el consumo de alcohol o el uso de drogas no prescritas médicamente.**
- 11. Trasplantes de órganos o tejidos.**
- 12. Enfermedades que hayan sido ocasionadas por un trasplante de órgano o tejido.**
- 13. Tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas sobre órganos sanos con fines profilácticos.**
- 14. Curas de reposo, tratamientos de enfermedades psiquiátricas y mentales, exámenes y terapias efectuadas por médicos psiquiatras, trastornos funcionales de la conducta, neurosis, depresión, psicosis, esquizofrenia, deficiencias mentales, epilepsia, demencia senil, demencia presenil, trastornos bipolares, alzheimer y los trastornos del sueño.**
- 15. Chequeos médicos generales o exámenes con fines de diagnóstico o control, con o sin hospitalización, cuando no haya enfermedad o no guarden relación con la enfermedad que originó la atención médica. Estados gripales, salvo lo señalado en la CLÁUSULA 3: COBERTURA INMEDIATA de esta Sección I, y aplicación de vacunas. Acupuntura, medicina naturista, homeopática o cualquier otro tratamiento no aceptado por la Federación Médica Venezolana.**
- 16. Tratamiento experimental o investigativo.**
- 17. Enfermedades de transmisión sexual, sus consecuencias y complicaciones, salvo lo establecido en el numeral 1 de la CLÁUSULA 5: PLAZOS DE ESPERA, de esta Sección I.**

18. El traslado del Asegurado desde y hasta la institución hospitalaria. No obstante, queda a salvo lo establecido en el numeral 11 de la CLÁUSULA 3: GASTOS CUBIERTOS, de esta Sección I.
19. Consultas o exámenes de la vista, corrección de vicios o defectos de refracción visual (miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia) por tratamientos quirúrgicos o no quirúrgicos (anteojos y/o lentes de contacto), lentes intraoculares o infraoculares que no correspondan a patologías comprobadas de catarata. No obstante, queda a salvo lo establecido en la CLÁUSULA 6: EXCLUSIONES TEMPORALES, de esta Sección I.
20. Tratamiento quirúrgico de patología no tumoral de las glándulas mamarias. Mastoplastia con fines estéticos, funcionales o anatómicos y gigantomastia, salvo lo establecido en la CLÁUSULA 6: EXCLUSIONES TEMPORALES, de esta Sección I. Cúmulo de grasa pectoral o lipomastia en hombres.
21. Tratamientos y controles de la menopausia y la andropausia.
22. Chequeos y controles ginecológicos.
23. Tratamientos médicos o intervención quirúrgica cosmética, plástica o estética. No obstante, queda a salvo lo establecido en numeral 10 de la CLÁUSULA 3: GASTOS CUBIERTOS, de esta Sección I.
24. Enfermedades y tratamientos odontológicos y periodontológicos, intervención quirúrgica de distonías maxilofaciales por mal posición dentaria y/o anomalías de crecimiento de maxilares, tratamientos de cualquier índole de la articulación temporomaxilar, así como sus consecuencias y enfermedades. No obstante, queda a salvo lo dispuesto en el numeral 7 de la CLÁUSULA 3: GASTOS CUBIERTOS, de esta Sección I.
25. Embarazo, parto, cesárea, aborto y legrado uterino por aborto, sus consecuencias y complicaciones. Consultas y exámenes pre y post natal.
26. Tratamientos médicos o intervención quirúrgica por disfunciones o insuficiencias sexuales, infertilidad, inseminación artificial, fertilización in vitro, impotencia, Peyronie, frigidez, esterilización, inversión de la esterilización, cambio de sexo y las complicaciones que se deriven de ellos, así como tratamientos anticonceptivos y sus consecuencias.
27. Tratamientos para la obesidad o reducción de peso. No obstante, queda a salvo lo establecido en el numeral 14 de la CLÁUSULA 3: GASTOS CUBIERTOS, de esta Sección I.
28. Estudios, tratamientos y hospitalizaciones por alteraciones hormonales con repercusión en el crecimiento y/o desarrollo.
29. Honorarios como consecuencia de cualquier tratamiento, proporcionado por un médico o enfermera que tenga parentesco con el Tomador o el Asegurado, dentro del segundo grado de consanguinidad o afinidad, o que viva con éstos.

30. Tratamientos de terapia ocupacional, educacional o de lenguaje. Tratamientos fisioterapéuticos o de rehabilitación para afecciones de carácter permanente.
31. Impuestos, gastos de cobranza, limpieza, microfilm, historias clínicas, estacionamiento, misceláneos y otros costos no definidos ni relacionados con el tratamiento de la afección declarada.
32. Tratamiento médico, intervención quirúrgica, servicios hospitalarios, procedimiento médico, medicamentos, suministros, equipos e instrumentos especiales, cuyas facturas no cumplan con las exigencias del Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (SENIAT) y cuyos proveedores no tengan las autorizaciones de los entes gubernamentales correspondientes para la prestación de los servicios o suministros de los insumos antes mencionados.
33. Gastos por adquisición de medicamentos con y sin prescripción médica facultativa. La cobertura de los medicamentos con prescripción facultativa amparados por la póliza, serán procedentes siempre y cuando se cumplan con los parámetros establecidos en la Sección II de estas condiciones particulares.
34. La adquisición de los siguientes equipos médicos utilizados para controles de salud y/o prevención: tensiómetro, glucómetro, cepillos dentales, humidificador, irrigador dental, colchón de aire anti escaras y equipos de resucitación, oxímetros u otros similares. Gastos por adquisición o alquiler de los siguientes equipos médicos utilizados para controles de salud y/o prevención: muletas, sillas de ruedas manuales, aparatos ortopédicos, camas especiales, equipos para administración de oxígeno, respiradores artificiales, otros equipos para el tratamiento médico de parálisis respiratoria y, en general, todos aquellos relacionados con cualquier clase de equipos e instrumentos especiales. La cobertura de gastos incurridos por adquisición de equipos médicos amparados por la póliza, serán procedentes siempre y cuando se cumplan con los parámetros establecidos en la Sección III de estas condiciones particulares.
35. Gastos incurridos por el Asegurado por concepto de radiografías, isótopos radioactivos, pruebas de metabolismo, electrocardiogramas, ultrasonidos, resonancias magnéticas, tomografías, exámenes de laboratorio y otros similares. La cobertura de los conceptos previamente mencionados, serán procedentes siempre y cuando se cumplan con los parámetros establecidos en la Sección II de estas condiciones particulares.
36. Gastos incurridos por el Asegurado por atención médica recibida en instituciones hospitalarias públicas e instituciones benéficas.
37. Gastos incurridos por el Asegurado por concepto de Rehabilitación, prescrita o no, para lesiones de carácter temporal o permanente. La cobertura por concepto de Rehabilitación, será procedente siempre y cuando se cumplan con los parámetros establecidos en la Sección II de estas condiciones particulares.
38. Consultas médicas incurridas por el Asegurado para cualquier especialidad. La cobertura por concepto de Consultas, será procedente siempre y cuando se cumplan con los parámetros establecidos en la Sección II de estas condiciones

particulares.

CLÁUSULA 8: OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD

El Asegurador no estará obligado al pago de la indemnización si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no notificare el Siniestro o no entregare los documentos solicitados por el Asegurador dentro de los plazos establecidos en la CLÁUSULA 9: PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE LA COBERTURA, de esta Sección I, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario.

CLÁUSULA 9: PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE COBERTURA

Si cualquier Asegurado requiere la prestación de servicios garantizados por este Contrato, se tomará en cuenta lo siguiente:

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

El Asegurador podrá solicitar, a su costo, una segunda evaluación médica y/o documentos adicionales a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad. La solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos en el párrafo anterior. En este caso, se establece un plazo de cinco (5) días hábiles para que el Asegurado se someta a la segunda evaluación médica y/o para que sean consignados los nuevos recaudos solicitados por el Asegurador, según sea el caso, contados a partir de la fecha de solicitud, salvo causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario.

El Asegurador está obligado a ofrecer un listado de por lo menos tres (3) médicos especialistas, con la finalidad de que el Asegurado escoja quién efectuará la evaluación médica. El Asegurador se compromete a entregar la Carta Aval al Asegurado dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que fueron consignados los documentos antes mencionados y se hubiere concluido la evaluación médica, si fuere el caso.

2. En los supuestos de emergencia médica, a solicitud de la Institución Hospitalaria, el Asegurador debe informar de forma inmediata, a través de cualquier mecanismo previsto para ello, que el Asegurado se encuentra amparado por este Contrato.
3. El Asegurador utilizará todos los mecanismos necesarios para procurar que el Asegurado reciba atención inmediata.
4. El Asegurado tiene el derecho a escoger libremente el proveedor que le prestará los servicios o suministros garantizados por este Contrato de acuerdo a lo previsto en la **CLÁUSULA 2: BENEFICIOS** de esta Sección I. El Asegurador podrá suscribir Contratos con proveedores que aseguren la prestación de estos servicios o suministros. En este

supuesto, indicará mensualmente, mediante avisos colocados en cada una de sus oficinas de atención al público y en los Medios de Información Electrónicos, los referidos proveedores.

5. Cualquiera sea el caso, la indemnización estará sujeta a un análisis previo realizado por el Asegurador, a fin de que éste pueda determinar que la lesión o enfermedad que originó la solicitud está cubierta por el Contrato.
6. El Asegurado autoriza al médico tratante y a la Institución Hospitalaria para dar información acerca de su estado físico, historia clínica y demás circunstancias que originaron la reclamación, relevándolos de guardar el secreto médico.
7. Si después de haberse hecho efectivo el pago, resultare que los gastos pagados por el Asegurador, fueren originados o relacionados con algunas de las exclusiones o limitaciones de este Contrato, el Asegurador procederá a recuperar del Asegurado Titular o de la persona que haya recibido la indemnización, el monto que haya sido pagado indebidamente.

CLAUSULA 10: RED DE PROVEEDORES ACORDADA

La información actualizada relacionada a la Red de Proveedores Acordada estará disponible para su consulta a través de los Medios de Información Electrónicos del Asegurador.

El Asegurador podrá modificar, sin previo aviso, la información asociada a la Red de Proveedores Acordada.

SECCIÓN II: TELEMEDICINA

CLÁUSULA 1: OBJETO DE LA COBERTURA

El Asegurador se compromete a cubrir las prestaciones y servicios, mencionados en la presente Sección II, sujeto a los términos, condiciones y hasta los límites máximos de responsabilidad previstos en la **CLÁUSULA 4: ALCANCE DE LAS COBERTURAS**.

CLÁUSULA 2: DEFINICIONES

Para todos los fines y efectos relacionados con la presente Sección II, queda expresamente convenido que se entiende por:

1. **APLICATIVO MÓVIL:** también llamado app móvil, es un tipo de aplicación diseñada para ejecutarse en un dispositivo móvil, que puede ser un teléfono inteligente o una tableta, la cual permitirá a los Asegurados, el acceso a un Aplicativo Web.
2. **APLICATIVO WEB:** tipo de software codificado en un lenguaje que es soportado y ejecutado por los navegadores de Internet, o por una intranet, o una red local. Permite orientación a los Asegurados, realizar trámites relacionados, recibir orientación o información relacionada con la cobertura otorgada bajo la presente Sección II.

3. **ATENCIÓN MÉDICA DOMICILIARIA:** prestación del servicio de atención médica en el lugar de residencia del Asegurado, que los Operadores Médicos y Técnicos ofrecerán al Asegurado, siempre y cuando ello sea dentro del ámbito territorial.
4. **ATENCIÓN MÉDICA IN-SITU:** prestación del servicio de atención médica, que los Operadores Médicos y Técnicos ofrecerán al Asegurado en el lugar donde se encuentre el Asegurado, siempre y cuando ello sea dentro del ámbito territorial.
5. **CENTRAL DE ALARMA TELEFÓNICA:** unidad de atención destinada y capacitada para recibir y gestionar la recepción de los requerimientos de los Asegurados, las veinticuatro horas (24) del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año.
6. **CONSULTA ESCRITA:** envío de consulta en forma escrita y a través del Aplicativo Móvil o Aplicativo Web, en cualesquiera de las especialidades cubiertas por la presente Sección II.
7. **DELIVERY:** servicio que permite al Asegurado recibir los medicamentos en la comodidad de su casa, oficina o lugar donde se encuentre, por parte de repartidores o transportistas, que a estos efectos tenga disponible la Red Concertada de Farmacias.
8. **EMERGENCIA MÉDICA:** condición o situación que amerite la atención médica inmediata del Asegurado o Tomador, ocasionada por la acción súbita de un agente proveniente del medio externo que cause una lesión corporal al Asegurado o Tomador, como en caso de Accidente o del propio organismo, producto de una enfermedad o afección que padezca y reduzca su capacidad funcional, que se manifieste en forma repentina, violenta, fortuita y ajena a la voluntad del Asegurado o Tomador, y que pudiera en todo caso comprometer la vida o la integridad física ocasionando consecuencias graves para su persona.
9. **LECTURA DE EXÁMENES:** interpretación de los resultados de exámenes médicos ordenados por los Operadores Médicos del Asegurador o, en su defecto, por médicos debidamente autorizados por la Ley del ejercicio de la medicina.
10. **MÉDICOS ESPECIALISTAS:** son aquellos que, dentro de su rama profesional, posee conocimientos y desarrollaron destrezas en una especialidad determinada de la medicina, debidamente autorizada por los organismos competentes. Se considerará que un profesional médico solo puede ser especialista si, además de su título de pregrado, cuenta con un título o certificado de aprobación de estudios de postgrado o especialización.
11. **OPERADORES MÉDICOS Y TÉCNICOS:** médicos generales debidamente autorizados por la Ley del ejercicio de la medicina, paramédicos y personal de soporte calificado para la atención médica del Asegurado; así como los conductores de las Unidades Médicas. A efectos de la presente Sección II, ninguno de los profesionales médicos antes mencionados, podrá ser considerado, como médico tratante del Asegurado.

- 12. ORDEN MÉDICA:** documento emitido por el Asegurador al Asegurado, en el que autoriza la prestación del servicio o la atención médica solicitada, por parte de los integrantes de la Red de Proveedores de Atención Médica Primaria Para Ti.
- 13. ORDEN DE MEDICAMENTOS:** documento emitido por el Asegurador al Asegurado, para ser utilizada en la Red Concertada de Farmacias, mediante la cual se autoriza la entrega de medicamentos relacionados con la cobertura de esta Sección II.
- 14. ORIENTACIÓN MÉDICA:** atención mediante video consultas con profesional médico general a través del Aplicativo Móvil o Aplicativo Web, donde El Asegurado, podrá recibir recomendaciones y orientaciones en tiempo real y a distancia por parte de un Médico según la situación de salud que presente.
- 15. ORIENTACIÓN MÉDICA CON MÉDICOS ESPECIALISTAS:** atención de video consultas con profesional médico especialista, a través del Aplicativo Móvil o Aplicativo Web, donde El Asegurado, podrá recibir atenciones en tiempo real y a distancia por parte de un Médico de una especialidad en particular.
- 16. PATOLOGÍAS AGUDAS:** aquéllas que se caracterizan por tener un inicio y fin claramente definido, de corta duración, y que requieren tratamiento médico por un tiempo determinado. Debe entenderse que el término agudo no define la gravedad de la patología sino el tiempo de evolución.
- 17. PATOLOGÍAS CRÓNICAS:** aquéllas de larga duración y por lo general, de progresión lenta que requieren tratamientos recurrentes.
- 18. RED CONCERTADA DE FARMACIAS:** distintas sociedades mercantiles, constituidas como farmacias, debidamente autorizadas por el Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria del Ministerio del Poder Popular para la Salud, que han acordado con el Asegurador la entrega de los medicamentos a los Asegurados enmarcados dentro de la cobertura de la presente Sección II.
- 19. RED DE PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA PARA TI:** conjunto de centros médicos asistenciales, médicos y prestadores de servicios de salud que han acordado con el Asegurador la atención médica, al Asegurado indicado en la orden médica. Esta red, será identificada en el Cuadro Póliza Recibo.
- 20. RESIDENCIA:** Población, calle, número, piso o casa, donde vive habitualmente la persona asegurada.
- 21. SISTEMA COORDINADO DE PROVEEDORES:** empresas, médicos y paramédicos, certificados bajo las leyes de la República Bolivariana de Venezuela, con los cuales El Asegurador ha establecido convenios comerciales para la prestación de sus servicios de emergencias médicas y atención médica in-situ (domiciliaria). Igualmente, laboratorios, farmacias, empresas dedicadas a la entrega de encomiendas, entre otros, para garantizar la prestación de los servicios ofrecidos.

22. TELEMEDICINA: conjunto de tecnologías de la información y la comunicación utilizadas para proporcionar atención médica general o especializada a distancia, permitiendo al Asegurador ofrecer al Asegurado, a través de Proveedores de Salud con plataformas digitales especializadas, servicios de consultas médicas generales y especializadas vía telefónicas, por video llamadas o escritas, con el propósito de que un Médico le brinde las recomendaciones y orientaciones para la situación de salud que esté presentando. El acceso a estos servicios se puede gestionar a través de la aplicación móvil del Asegurador, disponible para iOS y Android (APP Asegurados Seguros Caracas), portal Web (www.seguroscaracas.com), así como por la Central de Alarma Telefónica (0800 7348227).

23. TRASLADO DE EMERGENCIAS MÉDICAS: coordinación y movilización terrestre de Médicos y Operadores Técnicos del Asegurador, en una Ambulancia para la prestación del servicio en la atención de accidentes, enfermedad, urgencias o emergencias, en los cuales se requiera realizar el traslado del Asegurado a una Institución Hospitalaria, de manera programada o inmediata, según sea el caso, dentro de los límites de una ciudad o población ubicada en el territorio de la República Bolivariana de Venezuela, de manera inmediata.

24. UNIDAD MÉDICA O EQUIPO MÓVIL: vehículos dotados con equipos destinados a la atención de emergencias médicas y urgencias, acondicionadas con insumos e instrumentos para la estabilización de la condición física que presente el Asegurado, pudiendo ser de tres (3) tipos:

- a. **Avance:** vehículo con dotación médica para atender emergencia no grave, que no ameritan traslado del Asegurado y su tripulación consta de personal paramédico-conductor y médico.
- b. **Ambulancia:** vehículo destinado para la atención de emergencia médica y están equipadas con soporte básico de vida, necesario para prestar este tipo de atención, constando su tripulación de personal paramédico (tripulante y conductor), médico general.
- c. **Moto-Ambulancia:** Motocicleta adaptada con sistemas de identificación, luces, sirena y equipamiento de emergencia para el traslado de personal paramédico y médico a los fines de realizar la atención de urgencia médica no grave.

En caso de requerir eventual traslado del Asegurado a una institución prestadora de servicios de salud escogida por éste, la misma deberá ser realizada por unidad médica o equipo móvil, de tipo Ambulancia o Avance.

25. UNIDOSIS: colocación única (entiéndase, una sola vez) de tratamiento intramuscular o endovenoso o vía oral según corresponda, durante la Atención Médica Domiciliaria o In-Situ, para atender la condición de salud del Asegurado.

26. URGENCIA MÉDICA: situación que amerite la atención médica del Asegurado o Tomador de manera no inmediata, ocasionada por la acción súbita de un agente proveniente del medio externo que cause una lesión corporal al Asegurado o Tomador,

o del propio organismo, producto de una enfermedad o afección que padezca y reduzca su capacidad funcional, que se manifieste en forma repentina, fortuita y ajena a la voluntad del Asegurado o Tomador y que, sin embargo, no ponga en evidente peligro su vida ni ocasione consecuencias graves para su persona. Se trata de una afección, lesión o agravamiento de una enfermedad que requiera de atención de un profesional de la medicina, pero que no califique para ser considerada una como Emergencia Médica.

CLÁUSULA 3: BENEFICIOS

La presente cobertura es válida únicamente para los Asegurados Residentes, de acuerdo con la definición prevista en la **CLÁUSULA 2: DEFINICIONES** de las Condiciones Generales. Por lo que, en caso de que el Asegurado no cumpla con esta condición, cualquier prestación, servicio o gasto incurrido, no estará amparado bajo la cobertura de esta Sección II.

Una vez cumplidos los plazos de espera indicados en la **CLÁUSULA 5: PLAZOS DE ESPERA** de esta Sección II, El Asegurador otorgará los servicios y prestaciones, de acuerdo a lo establecido en la **CLÁUSULA 4: ALCANCE DE LA COBERTURA** de esta Sección II, hasta la cantidad señalada como Suma Asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo.

1. REQUISITOS PARA OBTENER LOS BENEFICIOS:

Para obtener los beneficios cubiertos según esta Sección II será necesario cumplir con los siguientes requerimientos:

1.1. El Asegurado está obligado a concertar los beneficios de esta Sección II a través de la Telemedicina descrita en la **CLÁUSULA 4: ALCANCE DE LA COBERTURA** de esta Sección II.

2. PARA ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA DESDE TELEMEDICINA:

2.1. El Asegurado podrá asistir a cualquier centro médico asistencial o servicio médico de la Red de Proveedores de Atención Médica Primaria Para Ti, la cual estará identificada en el Cuadro Póliza Recibo.

3. PARA ENTREGA DE MEDICAMENTOS DESDE TELEMEDICINA:

3.1. El Asegurado podrá retirar o recibir los medicamentos por parte de la Red Concertada de Farmacias.

CLÁUSULA 4: ALCANCE DE LA COBERTURA

Los servicios y prestaciones que el Asegurador se compromete a cubrir mediante esta Sección II, son los que se indican seguidamente y se prestarán dentro de los límites indicados en la **CLÁUSULA 9: ÁMBITO TERRITORIAL** de esta Sección II, siempre que se ajusten a los términos aquí establecidos y hasta la suma asegurada contratada si aplica:

1. TELEMEDICINA:

1.1. **ORIENTACIÓN MÉDICA:** recomendaciones a través de Medios de Información

Electrónicos por parte de Operadores Médicos y Técnicos, para la atención de afecciones primarias de salud sobrevenidas al Asegurado. El alcance de las recomendaciones dependerá de la condición (patología) indicada por el Asegurado o Tomador:

- a. El médico podrá orientar en la canalización de las inquietudes médicas que presente el Asegurado o Tomador.**
- b. Información de pruebas diagnósticas y/o tratamientos ya prescritos.**
- c. Efectos secundarios y contraindicaciones de determinados fármacos.**

- 1.2. ORIENTACIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA (ESPECIALISTA ONLINE):** el Asegurador se compromete a la atención mediante consultas sobre malestares, molestias o revisiones que no derivan de una situación de Emergencia o Urgencia Médica, mediante la realización de consultas a través Medios de Información Electrónicos, las cuales serán mediante citas programadas en un horario comprendido entre las 7:00 a.m. a 7:00 p.m. que se coordinen por medio del Aplicativo Móvil del Asegurador, para las siguientes especialidades: Medicina Interna, Pediatría, Traumatología, Neumología, Gastroenterología, Ginecología, Endocrinología, Cardiología y Urología.

La Orientación Médica Especializada Online podrá ocasionarse por recomendación que los Operadores Médicos del Asegurador realicen al Asegurado en el marco de un servicio de Orientación Médica o Atención Médica Domiciliaria o In-Situ.

El Asegurado podrá gestionar la atención, bien a través de:

- j. Orientación Médica Especializada Online, que supone la conexión a un consultorio virtual donde, a través de una video llamada, el Médico Especialista levantará la historia del Asegurado y conocerá el cuadro médico que el Asegurado presente, a través del intercambio de preguntas.**
- k. Consulta Escrita, donde el Asegurado podrá describir la situación médica que presente de forma escrita, a fin de que el Médico Especialista asignado según el cuadro que presente el Asegurado, proceda a dar respuesta escrita en un lapso máximo de setenta y dos (72) horas continuas. Queda entendido que el envío de la respuesta de la consulta será remitido al correo electrónico del Asegurado.**

En cualquiera de las dos modalidades antes referidas, la programación de citas con Médicos Especialistas se deberá realizar única y exclusivamente dentro del Aplicativo Web del Asegurador que se encuentra integrado a su Aplicativo Móvil.

El Asegurado, para la programación de la cita en el Aplicativo Web del Asegurador, deberá:

- l. Suministrar información relacionada, en términos generales, con**

antecedentes médicos, sintomatología, altura, peso y talla, pudiendo adjuntar imágenes fotográficas si así lo considera necesario.

m. Escoger el Médico Especialista de su preferencia, en la especialidad médica requerida para su cita.

n. Programar la cita de acuerdo a la disponibilidad de hora y fecha que tenga el Médico Especialista seleccionado.

o. Cancelar o reprogramar su cita de acuerdo con las necesidades que le surjan.

1.3. ATENCIÓN MÉDICA IN SITU (AMIS): el Asegurador se compromete a proveer Atención Médica Domiciliaria o Atención Médica In-situ, según corresponda, luego de la atención previa del Asegurado a través de la Orientación Médica. Los Operadores Médicos y Técnicos en el marco de la prestación del servicio de Orientación Médica, determinarán la necesidad de este servicio por parte del Asegurado:

La prestación de la Atención Médica Domiciliaria o Médica Domiciliaria In-Situ se realizará dentro del alcance geográfico detallado en la CLÁUSULA 9: ÁMBITO TERRITORIAL de la presente Sección II.

1.4. TRASLADO DE EMERGENCIAS MÉDICAS: el Asegurador se compromete a cumplir con el Traslado De Emergencias Médicas a través de la atención proveída previamente mediante la Orientación Médica. Los traslados serán desde el domicilio del Asegurado o, desde donde el Asegurado se encuentra hasta:

a. La Institución Hospitalaria más cercana a su ubicación.

b. La Institución Hospitalaria que refiera el Asegurado, en función a la Institución Hospitalaria que hayan sido acordados por el Asegurador.

1.5. TRASLADOS MÉDICOS PROGRAMADOS: el Asegurador se compromete a cumplir con las movilizaciones del Asegurado por parte de Operadores Médicos y Técnicos (entiéndase, paramédicos) del Asegurador, para los siguientes casos:

a. Desde una Institución Hospitalaria hasta el domicilio del Asegurado, luego de una alta médica, siempre y cuando la situación del paciente así lo amerite.

b. Desde una Institución Hospitalaria a otra, cuando así se requiera por:

i. Orden médica de atención médica especializada o

ii. Realización de exámenes.

c. Desde el domicilio del Asegurado o donde éste se encuentre, hasta una Institución Hospitalaria, para realizar exámenes o estudios, siempre y cuando se cumplan la siguiente condición:

iii. La movilidad del Asegurado se encuentre limitada y exista un informe médico que avale su situación física.

1.6. LECTURA DE EXÁMENES: lectura de exámenes médicos que hayan sido ordenados por los Operadores Médicos del Asegurador o un médico calificado y colegiado, debidamente facultado para el ejercicio de la medicina en el territorio de la República Bolivariana de Venezuela. La lectura por parte de los Operadores Médicos del Asegurador, abarcará única y exclusivamente los relativos a:

a. Química sanguínea.

b. Hematología completa.

c. Rayos X de emergencia para Asegurados con movilidad reducida, entiéndase: tórax, cadera o miembros inferiores.

d. Ecografía simple.

El Asegurado deberá enviar los resultados de los exámenes médicos antes referidos junto con el informe médico correspondiente, dentro de un lapso que no supere las cuarenta y ocho (48) horas desde su emisión, a través del aplicativo móvil del Asegurador.

2. ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA DESDE TELEMEDICINA:

El Asegurador se compromete a emitir Órdenes Médicas mediante el uso de la Telemedicina, las cuales serán utilizadas en la Red de Proveedores de Atención Médica Primaria Para Ti hasta el monto de la suma asegurada establecida en el Cuadro Póliza Recibo para esta cobertura. Estas órdenes pueden ser solicitadas para los siguientes tipos de servicios:

a) Consultas médicas presenciales con especialistas.

b) Exámenes de laboratorio.

c) Procedimientos especiales de diagnóstico como radiografías, electrocardiogramas, ultrasonidos, resonancias magnéticas y tomografías.

d) Sesiones de fisioterapia o rehabilitación prescrita por el médico tratante y practicada por profesionales autorizados en la materia, destinada a la recuperación de la capacidad física perdida, a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la póliza. Esta atención no surte efecto, cuando se trate de afecciones de carácter permanente.

Las órdenes médicas solo podrán ser emitidas para un asegurado, y son personales e intransferibles.

El Asegurador pondrá a disposición del Asegurado información detallada y actualizada sobre cada uno de los tipos de atenciones a través de los Medios de Información Electrónicos que disponga el Asegurador.

3. ENTREGA DE MÉDICAMENTOS DESDE TELEMEDICINA:

El Asegurador se compromete a emitir Órdenes de Medicamentos mediante el uso de la Telemedicina, las cuales serán utilizadas en la Red Concertada de Farmacias. Estas Órdenes de Medicamentos pueden ser solicitadas para aquellos medicamentos que El Asegurado requiera para tratamientos de Patologías Agudas o Crónicas hasta el monto de la suma asegurada establecida en el Cuadro Póliza Recibo para esta cobertura.

Las Órdenes de Medicamentos solo podrán ser emitidas para un asegurado, y son personales e intransferibles.

Los medicamentos, serán dispensados en la presentación que corresponda (oral, inhalados, gotas o tópicos), de acuerdo con la prescripción indicada en el recípe entregado por el médico del Asegurador o un Médico calificado y colegiado, debidamente facultado para el ejercicio de la medicina en el territorio de la República Bolivariana de Venezuela.

Los medicamentos podrán ser retirados en la Red Concertada de Farmacias siempre que, están disponibles dentro del territorio de la República Bolivariana de Venezuela. Además, podrán ser entregados vía delivery a El Asegurado en su domicilio o en el lugar que El Asegurador y El Asegurado convengan, en caso de que, a criterio del Asegurador, el domicilio o ubicación del Asegurado, sea de difícil acceso.

CLÁUSULA 5: COBERTURA INMEDIATA

Tendrán cobertura inmediata los servicios y prestaciones de Telemedicina detallados en el numeral 1 de la **CLÁUSULA 4: ALCANCE DE LA COBERTURA**.

CLÁUSULA 6: PLAZOS DE ESPERA

Los Asegurados inscritos en las pólizas tienen derecho a gozar de las coberturas detalladas en la **CLÁUSULA 4: ALCANCE DE LA COBERTURA** de esta Sección II, una vez transcurridos los Plazos de Espera detallados, a continuación:

1. Treinta días (30) para la cobertura de Atención Médica Primaria desde Telemedicina.
2. Treinta días (30) para la cobertura de Entrega de Medicamentos desde Telemedicina.

Los Plazos de Espera serán contados a partir de la fecha de comienzo del Contrato o la inclusión del Asegurado.

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

CLÁUSULA 7: EXCLUSIONES

1. El Asegurador no cubrirá bajo la cobertura de Telemedicina, lo relacionado con:

- 1.1. Prestación de los servicios fuera del ámbito territorial.**
- 1.2. Terapias físicas, respiratorias o rehabilitación física, procedimientos de hidratación, nebulización o suturas, indicadas como tratamiento de patologías diagnosticadas durante la atención médica in situ o previo a ella.**
- 1.3. Exámenes o evaluaciones paraclínicas (rayos X, resonancias magnéticas, tomografías, etcétera.).**
- 1.4. Traslados interestatales.**
- 1.5. Traslados internos dentro de la Institución Hospitalaria.**
- 1.6. Traslados del Asegurado que presenten alteraciones psiquiátricas agresivas o que se encuentren bajo la influencia de sustancias estupefacientes o psicoterápicas, o que impliquen un riesgo para el personal del Asegurador.**
- 1.7. Colocación de tratamientos endovenosos o intramusculares más allá de la colocación de tratamientos Unidosis.**
- 1.8. Entrega de medicamentos para enfermedades crónicas derivadas de una Atención Médica In-Situ.**
- 1.9. Lectura de exámenes médicos distinta a aquellos relacionados con química sanguínea, hematología completa, rayos X de emergencia para Asegurados con movilidad reducida, entiéndase: tórax, cadera o miembros inferiores y ecografía simple.**
- 1.10. Atención de enfermedades crónicas.**
- 1.11. Traslados para la aplicación de tratamiento recurrentes.**
- 1.12. Cuidados continuos de enfermería, tratamientos paliativos, servicios de fisioterapia.**

2. El Asegurador no otorgará bajo la cobertura de Atención Médica Primaria desde Telemedicina, Órdenes Médicas por:

- 1.1. Atenciones no contempladas específicamente en el numeral 2 de la CLÁUSULA 4: ALCANCE DE LA COBERTURA, de la presente Sección II.**
- 1.2. Curas de reposo, consultas de enfermedades psiquiátricas y mentales, exámenes y terapias efectuadas por médicos psiquiatras, trastornos funcionales de la conducta, neurosis, depresión, psicosis, esquizofrenia, deficiencias mentales, epilepsia, demencia senil, demencia presenil, trastornos bipolares, alzheimer y los trastornos del sueño.**

- 1.3. Chequeos médicos generales o exámenes con fines de diagnóstico o control, cuando no haya una sintomatología o dolencia en el Asegurado.
 - 1.4. Consultas o exámenes de la vista, corrección de vicios o defectos de refracción visual (miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia) por tratamientos quirúrgicos o no quirúrgicos (anteojos y/o lentes de contacto), lentes intraoculares o infraoculares que no correspondan a patologías comprobadas de catarata.
 - 1.5. Consultas por controles de la menopausia y andropausia.
 - 1.6. Consultas por chequeos y controles ginecológicos.
 - 1.7. Estudios por alteraciones hormonales con repercusión en el crecimiento y/o desarrollo.
 - 1.8. Terapia ocupacional, educacional o de lenguaje. Tratamientos fisioterapéuticos o de rehabilitación para afecciones de carácter permanente.
3. El Asegurador no otorgará bajo la cobertura de Entrega de Medicamentos desde Telemedicina, Órdenes de Medicamentos por:
- 1.1. Medicamentos naturistas, homeopáticos y similares.
 - 1.2. Medicamentos con y sin prescripción facultativa como consecuencia de una enfermedad, lesión o tratamiento excluido en la **CLÁUSULA 7: EXCLUSIONES** de la Sección I de Gastos Médicos.

CLÁUSULA 8: PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE COBERTURA

Ante cualquier solicitud de servicio de la cobertura de Telemedicina descrita en la **CLÁUSULA 4: ALCANCE DE LA COBERTURA** de esta Sección II, El Asegurado deberá contactar al Asegurador a través de:

1. La aplicación móvil del Asegurador, disponible en las tiendas de APP iOS y Android (APP Asegurados Seguros Caracas) y el Portal Web en los cuales el Asegurado deberá indicar su número de identificación (cédula de identidad); su nombre, apellido y motivo de la llamada, o
2. El número de atención telefónica (0800-7348227).

Para los servicios de Atención Médica Primaria y Entrega de Medicamentos desde Telemedicina El Asegurado deberá:

- a. Concertar una Orientación Médica a través de la Telemedicina con un Operador Médico y Técnico del Asegurador. El Operador Médico y Técnico, confirmará la necesidad de Órdenes Médicas o de Medicamentos según lo establecido en la **CLÁUSULA 4: ALCANCE DE LA COBERTURA**, de acuerdo con la sintomatología o dolencia que presente el Asegurado. Si el Asegurado posee un informe Médico con indicaciones, suscrito por un Profesional autorizado para el ejercicio de la medicina y que haya sido emitido con una antigüedad no mayor a cuarenta y ocho (48) horas continuas al

momento de realizar la solicitud, podrá remitir estos documentos para que un Médico del Asegurador realice la verificación correspondiente y de ser válida, gestione la orden requerida. En el caso de que el Asegurado presente una patología crónica, el informe médico con las indicaciones con las indicaciones podrá tener una vigencia de hasta un (1) año desde su emisión al momento de realizar la solicitud.

- b. Una vez realizada la verificación a través de la Telemedicina, El Asegurador podrá solicitar, en una sola oportunidad, documentos adicionales a los suministrados. La solicitud debe efectuarse como máximo en los plazos establecidos a continuación:
 - i. En caso de Órdenes de Medicamentos, Veinticuatro (24) horas siguientes a la fecha en que se entregaron los documentos requeridos.
 - ii. Para Órdenes Médicas, Dos (2) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregaron los documentos requeridos para la gestión de la orden médica.
- c. En cualquier caso, El Asegurador establece un plazo de dos (2) días hábiles para que sean consignados los nuevos recaudos, según sea el caso, contados a partir de la fecha de solicitud, salvo causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario.
- d. El Asegurador se compromete a entregar la orden dentro del plazo establecido a continuación, contado a partir de que fueron consignados los documentos adicionales antes mencionados:
 - i. En caso de Órdenes de Medicamentos, Veinticuatro (24) horas.
 - ii. Para Órdenes Médicas, Dos (2) días hábiles.

Las Órdenes de Medicamentos y Órdenes Médicas deberán ser utilizadas dentro de los siete (07) días continuos siguientes a su emisión. Transcurrido este lapso la orden quedará anulada automáticamente y el Asegurado, deberá volver a realizar la solicitud.

La entrega de medicamentos podrá realizarse de las siguientes maneras:

- a. **Retiro en la Red Concertada de Farmacia:** El Asegurado, el Tomador o una persona autorizada por ellos podrán retirar los medicamentos directamente en la Red Concertada de Farmacia.
- b. **Entrega a Domicilio con Delivery:** Alternativamente, los medicamentos podrán ser entregados en la ubicación del Asegurado mediante un servicio de delivery. Esta entrega será realizada por parte de repartidores o transportistas que a tales efectos utilicen los diferentes integrantes de la Red Concertada de Farmacias. El costo de este servicio deberá ser autorizado previamente por el Asegurado y se considerará como parte del agotamiento de la cobertura estipulada en la presente Sección II.

En el caso de Órdenes Médicas:

- a. El Asegurado podrá elegir el centro asistencial o servicio médico de la Red de Proveedores de Atención Médica Primaria Para Ti, consultando dicha red a través de

los Medios de Información Electrónicos que el Asegurador pondrá a su disposición. Posteriormente, deberá validar la disponibilidad del servicio de forma telefónica.

- b. El Asegurado asistirá al centro médico o servicio de la Red de Proveedores en el horario acordado, llevando únicamente una copia legible de su cédula de identidad. En caso de que el Asegurado sea menor de edad y no cuente con cédula, deberá presentar una copia legible de la cédula de identidad del titular de la póliza al personal administrativo.

CLÁUSULA 9: ÁMBITO TERRITORIAL

La información actualizada relacionada al ámbito territorial de las prestaciones y servicios que se detallan en la **CLÁUSULA 4: ALCANCE DE LA COBERTURA** de esta Sección II, estará disponible para su consulta a través de los Medios de Información Electrónicos del Asegurador. El Asegurador podrá modificar, sin previo aviso, la información asociada al Ámbito Territorial.

Quedará a la única discreción del Asegurador ejecutar los Traslados de Emergencias Médicas y Atención Médica Domiciliaria que deban realizarse en áreas geográficas de notoria peligrosidad, difícil acceso o en horarios que impliquen situación de riesgo. En este supuesto, el Asegurado estará obligado a realizar sus mejores esfuerzos para cooperar con el personal del Asegurador en la coordinación de actividades que sean necesarias, a los fines de procurar la prestación del servicio.

En los casos en que el Asegurador se encuentre imposibilitado de acceder al lugar donde se esté el Asegurado por causas no imputables a ninguna de las partes, se activará el protocolo de comunicación inmediata del Asegurador con el Asegurado, para establecer el plan de acción a seguir de manera conjunta.

Queda entendido que en caso de ser un traslado de emergencia que no haya sido ejecutado por las razones referidas en la presente cláusula, el Asegurador quedará relevado de cualquier responsabilidad al haber operado causas ajenas a su voluntad que impidieron la ejecución del traslado.

CLAUSULA 10: RED DE PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA PARA TI

La información actualizada relacionada a la Red de Proveedores de Atención Médica Primaria Para Ti estará disponible para su consulta a través de los Medios de Información Electrónicos del Asegurador.

El Asegurador podrá modificar, sin previo aviso, la información asociada a la Red de Proveedores de Atención Médica Primaria Para Ti.

SECCIÓN III: EQUIPOS MÉDICOS

CLÁUSULA 1: OBJETO DE LA COBERTURA

El Asegurador se compromete a indemnizar los costos razonables usuales y acostumbrados, médicamente necesarios, incurridos por el Asegurado, de acuerdo a lo previsto en la **CLÁUSULA 3: ALCANCE DE LA COBERTURA** de esta Sección III.

CLÁUSULA 2: DEFINICIONES

Para todos los fines y efectos relacionados con la presente Sección III, queda expresamente convenido que se entiende por:

1. **EQUIPOS MÉDICOS** se definen como aquellos dispositivos y aparatos que son utilizados para el tratamiento, rehabilitación y cuidado de la salud del Asegurado. Esto incluye, pero no se limita a, muletas, sillas de ruedas manuales, aparatos ortopédicos, equipos para la administración de oxígeno y respiradores artificiales.

CLÁUSULA 3: ALCANCE DE LA COBERTURA

Están cubiertos los gastos incurridos por el Asegurado por concepto de:

1. Adquisición de muletas y sillas de ruedas manuales que se requieran para uso permanente como consecuencia de una alteración a la salud del Asegurado amparada por las condiciones particulares de esta póliza.
2. Alquiler por concepto de aparatos ortopédicos, sillas de ruedas manuales y camas especiales, así como equipos para la administración de oxígeno, respiradores artificiales, otros equipos para el tratamiento médico de parálisis respiratoria y, en general, todos aquellos relacionados con cualquier clase de equipos e instrumentos especiales, siempre que no sean consecuencia de alteraciones de la salud del Asegurado ocurridas con anterioridad a la contratación de la Póliza. Cuando el costo del alquiler por el tiempo estimado de uso, de acuerdo al criterio del médico tratante, supere el costo de adquisición, el Asegurador podrá efectuar la compra de estos y una vez culminado el proceso de rehabilitación del Asegurado o su utilización, éste deberá, a solicitud del Asegurador, efectuar su devolución dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a esta petición.

El Asegurador se compromete a cubrir los gastos incurridos por el Asegurado por estos conceptos, siempre y cuando, sean medicamente necesarios y como consecuencia de un Siniestro amparado por este Contrato, de acuerdo a lo previsto en la **CLÁUSULA 4: COBERTURA INMEDIATA, CLÁUSULA 5: PLAZOS DE ESPERA, CLÁUSULA 6: EXCLUSIONES TEMPORALES** de la Sección I.

CLÁUSULA 4: EXCLUSIONES

El Asegurador no cubrirá los gastos incurridos por concepto:

1. Suministros y equipos médicos cuyas facturas no cumplan con las exigencias del Servicio Nacional Integrado de Administración Aduanera y Tributaria (SENIAT) y cuyos proveedores no tengan las autorizaciones de los entes gubernamentales correspondientes para la prestación de los servicios o suministros de los insumos antes mencionados.
2. La adquisición de los siguientes equipos médicos utilizados para controles de salud y/o prevención: tensiómetro, glucómetro, cepillos dentales, humidificador, irrigador dental, colchón de aire anti escaras y equipos de resucitación, oxímetros u otros similares.

CLÁUSULA 5: PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE COBERTURA

Si cualquier Asegurado requiere la prestación de servicios garantizados por esta Sección III, se tomará en cuenta lo siguiente:

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

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberá notificar el Siniestro, dentro del plazo máximo de diez (10) días hábiles siguientes de haber recibido los productos y/o servicios o a su egreso de la institución hospitalaria, según sea el caso, utilizando los formularios usuales del Asegurador, y consignar los recaudos antes señalados, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes de haber efectuado la notificación. Asimismo, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario se comprometen a suministrar al Asegurador, en especial en los casos de tratamiento continuado o prolongado, mensualmente, en original, las facturas y comprobantes de pago por los productos y/o servicios recibidos y amparados por este Contrato.

Cuando el Asegurado reciba los servicios fuera de la República Bolivariana de Venezuela, las facturas deberán ser traducidas al idioma castellano, si fuere el caso, y estar legalizadas o apostilladas, según sea el caso. La indemnización se efectuará al costo razonable que tengan los servicios en la República Bolivariana de Venezuela, en la moneda establecida en el Cuadro Póliza Recibo o en la moneda nacional a la tasa de cambio oficial de venta vigente, establecida por el Banco Central de Venezuela, para la fecha en que el Asegurador efectúe el pago, siempre que la reclamación resulte válida según las condiciones de este Contrato.

El Asegurador podrá solicitar, sólo en una (1) oportunidad, en función de la información suministrada por el tomador, Asegurado o Beneficiario, nuevos recaudos para la evaluación del siniestro y la determinación del pago que pudiera corresponder, dentro de los (15) días hábiles siguientes a la entrega de los recaudos inicialmente solicitados. El Tomador, Asegurado o Beneficiario tendrá un lapso de treinta (30) días hábiles, contados desde la fecha de recepción de la solicitud, para entregar los nuevos recaudos solicitados, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, Asegurado o Beneficiario. En caso de que el Asegurado Titular quede incapacitado o hubiere fallecido antes de recibir el pago de la indemnización, el reembolso corresponderá a sus Beneficiarios, y en su defecto, a sus causahabientes.

Por El Asegurador

El Tomador

SEGUROS CARACAS C. A. RIF: J-00038923-3.

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular para la Economía y Finanzas bajo el N° ES-13. **Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora Mediante Providencia N° SAA-09-0861-2026, de fecha 29 de junio de 2026.**