

PÓLIZA DE SEGURO DE
Salud Colectivo

ANEXO DE COBERTURA DE EXCESO DE MATERNIDAD

El presente Anexo forma parte integrante de la Póliza de Seguro de Salud N° _____, el cual será comercializado únicamente bajo la modalidad Colectiva y es válido para las personas vigentes e inscritas dentro de la vigencia reflejada en el certificado.

El Asegurador cubre el ciento por ciento (100%) de los gastos amparados por tratamiento médico y/o intervención quirúrgica, sujeto al costo razonable y que sean médicamente necesarios, conforme con los términos y condiciones que se señalan en este Anexo. A su vez, el Tomador se obliga a pagar la Prima adicional correspondiente de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales de esta Póliza.

CLÁUSULA 1: GASTOS AMPARADOS

El Asegurador cubre los gastos ocasionados durante la vigencia de este Anexo, hasta la Suma Asegurada contratada para esta cobertura, por concepto de: parto normal, parto con fórceps, parto prematuro, cesárea, aborto espontáneo, aborto terapéutico y legrado uterino por aborto. La cobertura se extiende a los gastos por equipos e instrumentos especiales requeridos para el parto, cesárea, aborto espontáneo, aborto terapéutico o legrado uterino por aborto y a los originados por el niño sano al nacer, como son: retén, honorarios del pediatra e incubadora. Asimismo, están cubiertos los gastos por consultas pre y post natal, hasta un máximo de nueve (9) consultas, incluyendo los exámenes de laboratorios que pudieran requerirse en las referidas consultas, un (1) eco tridimensional, un (1) examen de amniocentesis, un máximo de cuatro (4) ecosonogramas y una (1) pelvimetría. En caso de nacimientos múltiples, la Suma Asegurada contratada para esta cobertura se incrementará en un cincuenta por ciento (50%).

Están amparados, en los términos y condiciones establecidos para la cobertura básica de esta Póliza, los gastos ocasionados por concepto de las complicaciones del embarazo, del parto normal, del parto con fórceps, del parto prematuro, de la cesárea, del aborto espontáneo, del aborto terapéutico y del legrado uterino por aborto, en exceso del Deducible, si lo hubiere, y hasta la Suma Asegurada de la cobertura básica de la Póliza a la que pertenece este Anexo.

CLÁUSULA 2: PERSONAS ASEGURABLES

Son asegurables las siguientes personas del sexo femenino, cuya edad no exceda de cincuenta (50) años:

1. Asegurada Titular.
2. Cónyuge del Asegurado Titular.

CLÁUSULA 3: PLAZOS DE ESPERA

Las Aseguradas inscritas en este seguro tienen derecho a gozar de las coberturas y beneficios establecidos en este Anexo, siempre que el estado de gravidez comience durante la vigencia del mismo y una vez transcurridos los Plazos de Espera que se especifican a continuación, los cuales serán contados a partir de la fecha de comienzo del Anexo, su rehabilitación o la inclusión de la Asegurada en el mismo, según sea el caso:

1. Diez (10) meses para parto normal, parto con fórceps o cesárea y sus complicaciones.
2. Siete (7) meses para parto prematuro y sus complicaciones.
3. Cuatro (4) meses para las complicaciones del embarazo, así como para el aborto espontáneo, aborto terapéutico o legrado uterino por aborto y sus complicaciones.

CLÁUSULA 4: EXCLUSIONES

No se efectuarán indemnizaciones bajo esta cobertura por concepto de:

1. **Abortos provocados sin fines terapéuticos.**
2. **Gastos médicos o de investigación de cualquier índole, relacionados con la clonación de células humanas o madres.**
3. **Estudios genéticos de verificación de paternidad.**
4. **Gestación desarrollada en otro útero diferente al de la Asegurada.**
5. **Estudios de fertilidad humana o de reproducción asistida.**

CLÁUSULA 5: CONDICIONES APLICABLES

El presente Anexo, salvo lo dispuesto especialmente en su propio texto, se rige en todos sus efectos por las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza a la cual se adhiere y si surgieren contradicciones entre los textos prevalecerán las condiciones de este Anexo. En caso de duplicidad de cobertura, los gastos amparados por la cobertura básica no serán objeto de cobertura por este Anexo.

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

Por El Asegurador

Por El Tomador

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

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular de Economía y Finanzas bajo el N° 13. **“Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° SAA-1-1-16925-2014 de fecha 7 de Abril de 2015”.**

