

---

POLIZA DE SEGURO SOLIDARIO  
**Salud**

CONDICIONES PARTICULARES

Entre: **SEGUROS CARACAS de LIBERTY MUTUAL, C.A., RIF. J-00038923-3**, Sociedad Mercantil, domiciliada en Caracas, inscrita originalmente por ante el Registro de Comercio que se llevaba en el Juzgado de Primera Instancia en lo Mercantil del Distrito Federal, 12 y 19 de mayo de 1943, bajo los Números 2134 y 2193, modificado sus estatutos en diversas oportunidades, la última de las cuales se encuentra inscrita por ante el Registro Mercantil Segundo de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda, que en adelante se denominará el Asegurador, representado por el ciudadano: **GUSTAVO LUENGO**, en su carácter de **PRESIDENTE**, debidamente facultado según consta en documento inscrito ante la Notaría Pública Sexta del Municipio Chacao, estado Miranda, el 07 de Enero de 2011, bajo el N° 37, Tomo 01, y el Tomador, identificado en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario, han convenido en suscribir el presente contrato de Seguro Solidario, el cual está conformado y se regirá de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Recibo de Seguro Solidario, la Solicitud de Seguro Solidario y los demás documentos que formen parte integrante del mismo.



**Seguros Caracas**  
de Liberty Mutual®

RIF. J-00038923-3

## **CLÁUSULA 1: DEFINICIONES PARTICULARES**

Para todos los fines relacionados con esta Póliza de Seguro Solidario, queda expresamente convenido que las siguientes definiciones tendrán la acepción que se les asigna seguidamente:

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

**DEPENDIENTES:** Los padres, el cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho y los hijos e hijas 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, siempre que dependan económicamente del Asegurado Titular.

**EMERGENCIA MÉDICA:** Alteración de la salud de aparición súbita que compromete la vida, la función o la integridad corporal, que requiere atención médica inmediata.

**ENFERMEDAD:** Alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que origine reducción de su capacidad funcional y que requiera tratamiento médico y/o intervención quirúrgica.

**ENFERMEDAD PREEXISTENTE O ADQUIRIDA:** Alteración de la salud que pueda comprobarse que ha sido contraída con anterioridad a la fecha de inicio de la Póliza de Seguro Solidario o de la inclusión del Asegurado en la misma, y sea conocida por el Tomador o el Asegurado.

**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 de la misma. Se considerará enfermedad preexistente si es conocida por el Tomador o el Asegurado a la fecha de inicio de la Póliza de Seguro Solidario o de la inclusión del Asegurado en ésta.

**INSTITUCIÓN HOSPITALARIA:** Establecimiento permanente autorizado por el Organismo que corresponda, para suministrar asistencia médica. No será considerada institución hospitalaria, para los efectos de esta Póliza de Seguro Solidario, los lugares de descanso para ancianos, centros exclusivos para tratamiento de drogadictos, de alcohólicos, ni lugares donde se proporcionen tratamientos naturistas.

**MÉDICO:** Profesional de la medicina titulado e inscrito en el Ministerio con competencia en el área de salud y en la institución que legalmente corresponda, para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios, cuya especialidad médica esté directamente vinculada con la afección o condición del Asegurado.

**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.

**TRATAMIENTO MÉDICO:** Conjunto de medidas ordenadas por un médico que se ponen en práctica para la curación o alivio de una enfermedad o lesión.

## **CLÁUSULA 2: GASTOS CUBIERTOS**

Están cubiertos por la presente Póliza los gastos generados por tratamiento médico, intervención quirúrgica, servicios hospitalarios, procedimiento médico, medicinas, suministros y equipos especiales, requeridos para la atención de las alteraciones a la salud del Asegurado, sin que la indemnización exceda de la suma asegurada indicada en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario. La suma asegurada contratada por Asegurado será aplicada por enfermedad o accidente y año Póliza. Queda además entendido que:

- a) Los gastos por concepto de pago de honorarios médicos, conjuntamente con los demás beneficios cubiertos por esta Póliza, están sujetos a la suma asegurada establecida en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario.
- b) Las medicinas deben haber sido indicadas bajo prescripción médica específica, ser necesarias para el tratamiento médico de la enfermedad y/o lesión que causa el reclamo del Asegurado y ser suministradas por un establecimiento autorizado para el expendio de productos farmacéuticos.
- c) Los gastos hospitalarios cubiertos se refieren exclusivamente al servicio de habitación corriente (distinta a habitaciones especiales o de lujo, suites, semi-suites), los cuales incluyen la alimentación del paciente, conforme a la prescripción facultativa, y hasta por el máximo del costo de la habitación privada corriente en la institución hospitalaria. 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 diferentes a los antes mencionados y los que genere el acompañante por concepto de alimentación.
- d) Están cubiertos los gastos por concepto de adquisición e implantación de prótesis: oculares, de cadera, de miembros superiores e inferiores, cardiovasculares, articulares, de vías, derivaciones ventriculoperitoneales, marcapasos cardíacos, así como las dentales, auditivas, testiculares, de mamas y cualquier otra, que podrían 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 vigencia de la Póliza y cuya indicación médica sea de carácter permanente. Corresponderá al Asegurador suministrar la prótesis requerida. Están cubiertos los gastos para la adquisición de muletas y silla de ruedas manual que se requieran para uso permanente.
- e) Están cubiertos los gastos de alquiler por concepto de aparatos ortopédicos, sillas de ruedas manual 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 especiales. 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, se deberá efectuar la devolución al Asegurador, dentro de los treinta (30) días continuos.

- f) Están cubiertos los gastos por concepto de pruebas, quimioterapia, radioterapia, análisis y exámenes, fluoroscopias, radiografías, isótopos radioactivos, metabolismo, electrocardiogramas, ultrasonidos, exámenes de sangre 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.
- g) La cobertura que ofrece la presente Póliza se extiende a tratamientos dentales que sean originados como consecuencia de un accidente que ocurra durante la vigencia de la misma, siempre que estos tratamientos se realicen, como máximo, dentro de los ciento ochenta (180) días continuos y siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.
- h) Los gastos por concepto de honorarios médicos por intervención quirúrgica están limitados a un (1) cirujano, dos (2) ayudantes y un (1) anesthesiólogo. El Asegurador reconocerá los gastos ocasionados por otros médicos especialistas, siempre que la participación de estos en la intervención quirúrgica esté justificada médicamente. En el caso de dos (2) o más intervenciones quirúrgicas practicadas en un mismo acto 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.
- i) Están cubiertos los gastos por atención médica recibida en Instituciones Hospitalarias Públicas e Instituciones de Beneficencia, los cuales serán pagados exclusivamente contra la presentación de facturas y soportes que demuestren la cancelación de los gastos incurridos, siempre que la enfermedad y/o lesión que los originó esté amparada por esta Póliza.
- j) Están cubiertos los gastos por concepto de rehabilitación, practicada en instituciones hospitalarias, destinada a la recuperación de la capacidad física perdida como consecuencia de una alteración a la salud del Asegurado, amparada por la presente Póliza.
- k) Están amparados los gastos por concepto de intervención quirúrgica de tipo reconstructiva originada por un proceso maligno del órgano afectado y/o debido a un accidente ocurrido durante la vigencia de esta Póliza. La intervención quirúrgica a que dé lugar, deberá ser realizada dentro de los ciento ochenta (180) días continuos al diagnóstico y/o accidente, según sea el caso.
- l) Están cubiertos los gastos por concepto de ambulancia terrestre dentro del Territorio Nacional, siempre que el médico tratante lo considere necesario.
- m) Están cubiertos los gastos ocasionados por mastoplastia reductora con fines funcionales. Tratamiento médico y/o quirúrgico de las siguientes patologías de las

glándulas mamarias: Displasia, adenosis, enfermedad quística, enfermedad fibroquística, mazoplasia, mastopatía esclero-quística, enfermedad de reclus y ginecomastia.

- n) Los hijos del Asegurado Titular nacidos durante la vigencia de la Póliza, estarán cubiertos durante los primeros treinta (30) días de vida bajo la cobertura básica de la madre, siempre que ésta se encuentre vigente para el momento del nacimiento. Para que los hijos puedan continuar con la cobertura, el Tomador deberá solicitar su inclusión en la Póliza de Seguro Solidario en el referido lapso y pagar la parte proporcional de la prima solidaria correspondiente al período que falte por transcurrir; caso en el cual, el Asegurador no aplicará plazo de espera alguno.
- o) Están cubiertos los gastos de intervención quirúrgica por obesidad mórbida, basada en un índice de masa corporal superior a  $40\text{Kg}/\text{mt}^2$  o mayor de  $35\text{Kg}/\text{mt}^2$ , siempre que en este último caso exista comorbilidad, previo cumplimiento del siguiente protocolo: dos (2) evaluaciones de un Nutricionista; una (1) evaluación de un Endocrinólogo; una (1) evaluación de un Neumonólogo; dos (2) evaluaciones efectuadas por un Psicólogo y una (1) evaluación de un Médico Internista, que incluya un informe de chequeo cardiovascular.

Queda entendido que los gastos generados por la aplicación del protocolo no estarán amparados por esta Póliza.

### **CLÁUSULA 3: PERSONAS ASEGURABLES**

Son asegurables bajo la presente Póliza de Seguro Solidario, el Asegurado Titular y sus Dependientes, los cuales deberán estar identificados en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario.

### **CLÁUSULA 4: PAGO DE PRIMAS SOLIDARIAS**

El Tomador podrá efectuar el pago de la prima solidaria de la Póliza, en forma mensual, trimestral, semestral o anual. El Asegurador debe cobrar la prima solidaria o la fracción de prima, en el plazo de diez (10) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza de Seguro Solidario o de la fecha de finalización de la última fracción de prima solidaria pagada, según corresponda. De ocurrir algún siniestro en ese plazo, se aplicarán las siguientes reglas:

- a) Si el monto a indemnizar es superior a la prima solidaria a cobrar, el Asegurador la descontará del monto a indemnizar.
- b) Si el monto a indemnizar es menor a la prima solidaria a cobrar, el Tomador deberá pagar antes de finalizar el plazo indicado, la diferencia existente entre la referida prima solidaria y el monto a indemnizar. No obstante, si el Tomador se negase o no pudiese pagar la diferencia en el plazo previsto, el contrato se considerará prorrogado por el período de tiempo que resultare de dividir el monto del siniestro indemnizable entre la prima solidaria exigible, según la forma de pago seleccionada por el Tomador.

En cualquier caso, la prima solidaria a descontar en los supuestos de los literales anteriores será la que corresponda según la forma de pago seleccionada por el Tomador.

Si la prima solidaria o alguna fracción de la prima solidaria 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 la Póliza, mediante comunicación escrita, telegrama o medio electrónico, con acuse de recibo, dirigido a la dirección del Tomador que conste en la Póliza. En caso de resolución esta tendrá efecto desde el inicio de la vigencia de la prima solidaria debida.

Contra el pago de la prima solidaria, el Asegurador entregará al Tomador el Cuadro Recibo de Seguro Solidario firmado y sellado por el mismo.

Las primas solidarias 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 el Asegurador.

Las primas solidarias correspondientes a esta Póliza podrán ser pagadas bajo cualquier mecanismo o medio acordado por las partes.

El Asegurador estará obligado a realizar las gestiones de cobro de la prima de Seguro Solidario.

#### **CLÁUSULA 5: PLAZO DE GRACIA**

Se conceden treinta (30) días consecutivos de gracia para el pago de la prima solidaria de renovación, contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia anterior. En el caso de primas solidarias fraccionadas, dicho plazo de gracia se reducirá a quince (15) días. Durante este plazo, la Póliza de Seguro Solidario continuará vigente y en caso de ocurrir algún siniestro en ese período, se aplicarán las siguientes reglas:

- a) Si el monto a indemnizar es superior a la prima solidaria a cobrar, el Asegurador la descontará del monto a indemnizar.
- b) Si el monto a indemnizar es menor a la prima solidaria a cobrar, el Tomador deberá pagar antes de finalizar el plazo de gracia, la diferencia existente entre la referida prima solidaria y el monto a indemnizar. No obstante, si el Tomador se negase o no pudiese pagar la diferencia antes de finalizar el plazo de gracia, el contrato se considerará prorrogado por el período de tiempo que resultare de dividir el monto del siniestro indemnizable entre la prima solidaria exigible, según la forma de pago seleccionada.

En cualquier caso, la prima solidaria a descontar en los supuestos de los literales anteriores será la que corresponda según la forma de pago seleccionada.

#### **CLÁUSULA 6: DECLARACIÓN INEXACTA DE LA EDAD**

El Asegurador deberá participar al Tomador, en un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, que pueda influir en la valoración del riesgo. En el plazo de diez (10) días hábiles, contados a partir del conocimiento de la declaración inexacta del Tomador o del Asegurado, el Asegurador deberá aplicar la regla siguiente:

Si como consecuencia de la inexactitud en la edad del Asegurado se pagare una prima solidaria menor de la que correspondería por la edad real, el Asegurador tendrá derecho a exigir el pago, sin intereses, de la diferencia entre las primas solidarias cobradas y las que debieron aplicarse de acuerdo con la edad real. Por el contrario, si debido a la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, el Asegurador estará obligado a reembolsar la diferencia de la prima solidaria correspondiente. En cualquier caso, las primas solidarias ulteriores deberán ajustarse de acuerdo con la edad real del Asegurado.

El Tomador deberá pagar la diferencia de prima solidaria en el plazo de diez (10) días continuos siguientes a la fecha que le haya sido exigido con la entrega del respectivo recibo. Si la diferencia de prima solidaria 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 la Póliza, mediante comunicación escrita, telegrama o medio electrónico, con acuse de recibo, dirigido a la dirección del Tomador que conste en la Póliza. En caso de resolución esta tendrá efecto desde la fecha de exigibilidad de la diferencia de prima solidaria debida.

## **CLÁUSULA 7: PLAZOS DE ESPERA**

Los Asegurados tendrán derecho a la cobertura prevista en la Póliza de Seguro Solidario, una vez transcurridos los plazos de espera que se especifican a continuación, contados a partir del comienzo de la Póliza, la rehabilitación o la inclusión del Asegurado en la misma, según sea el caso:

- Cuatro (4) meses para las siguientes enfermedades no infecciosas de resolución por tratamiento no quirúrgico: Colecistopatía, Diabetes Mellitus, Insuficiencia Renal Crónica, Osteoporosis, Osteoartritis, Enfermedad Broncopulmonar Obstructiva Crónica, Enfermedad Ulcero Péptica e Hipertensión Arterial Crónica.
- Ocho (8) meses para las siguientes enfermedades no infecciosas de resolución quirúrgica: Mastectomía, Patologías Tumorales de las Glándulas Mamarias, Hipertrofia de Cornetes, Cataratas, Síndrome Varicoso, Hemorroides, Colédoco-litiasis, Hernias no Congénitas, Litiasis de las Vías Biliares, Litiasis de las Vías Urinarias, Enfermedad Diverticular, Hiperplasia Prostática Benigna, Varicocele, Osteoartritis, Enfermedad de Ligamentos, Fimosis y Paráfimosis, Síndrome del Túnel del Carpo y Vicios o Defectos de Refracción.
- Diez (10) meses para las enfermedades del aparato reproductor femenino (ginecológicas u obstétricas) que requieran intervención quirúrgica.
- Once (11) meses para las enfermedades preexistentes. En ningún caso podrán considerarse como preexistentes las enfermedades mencionadas en los numerales anteriores.

No aplicarán los plazos de espera, a los hijos del Asegurado Titular que nazcan bajo la vigencia de esta Póliza, siempre que hayan sido inscritos antes de los treinta (30) días siguientes a su fecha de nacimiento.

Si el Asegurado solicitare su inclusión en este seguro o la suscripción de una nueva Póliza de Seguro Solidario de Salud, dentro de los diez (10) días continuos siguientes a la terminación de otra Póliza de Seguro Solidario de Salud, en la misma u otra empresa de

seguros, el Asegurador aplicará los plazos de espera antes indicados, únicamente por el tiempo que le hubiere faltado por transcurrir bajo la anterior Póliza. El supuesto precedente, no será aplicable en los casos de terminación por dolo o culpa grave del Asegurado.

No se aplicarán plazos de espera en los casos de accidentes o emergencias médicas ocurridas durante la vigencia de la Póliza de Seguro Solidario. En los supuestos de emergencias médicas, dentro del plazo de espera, la cobertura se limitará a los gastos necesarios para la estabilización de la salud del Asegurado, siempre que la emergencia se origine como consecuencia de las enfermedades mencionadas en los numerales anteriores.

## **CLÁUSULA 8: EXCLUSIONES**

El Asegurador no estará obligado al pago de indemnización por los gastos relacionados con:

- a) Tratamientos y controles de la menopausia y la andropausia.
- b) Tratamientos médicos y/o intervención quirúrgica, con ocasión del embarazo, parto normal, cesárea y legrado uterino por aborto, sus consecuencias y complicaciones. Consultas y exámenes pre y post natal.
- c) El suicidio o sus tentativas, así como las lesiones que el Asegurado se cause intencionalmente.
- d) 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.
- e) 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.
- f) 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.
- g) Enfermedades y tratamientos dentales y periodontológicos, intervención quirúrgica de distonías miofaciales por mal posición dentaria y/o anomalías de crecimiento de maxilares, tratamientos de cualquier índole de la articulación temporo-maxilar. No obstante, queda a salvo lo dispuesto en el literal g) de la CLÁUSULA 2: GASTOS CUBIERTOS, de estas Condiciones Particulares.

- h) 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.
- i) 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 altamar, 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.
- j) Consultas o exámenes de la vista, corrección de vicios o defectos de refracción visual (miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia) por tratamientos no quirúrgicos (anteojos y/o lentes de contacto), lentes intraoculares o infraoculares que no correspondan a patologías comprobadas de catarata.
- k) Cirugía cosmética, plástica o estética. No obstante, queda a salvo lo establecido en el literal k) de la CLÁUSULA 2: GASTOS CUBIERTOS, de estas Condiciones Particulares.
- l) Mastoplastia con fines estéticos.
- m) Tratamientos para la obesidad o reducción de peso. No obstante, queda a salvo lo establecido en el literal o) de la CLÁUSULA 2: GASTOS CUBIERTOS, de estas Condiciones Particulares.
- n) Estudios, tratamientos y hospitalizaciones por alteraciones hormonales con repercusión en el crecimiento y/o desarrollo.
- o) Exámenes con fines de diagnóstico o controles, con o sin hospitalización, cuando no haya enfermedad o no guarden relación con la enfermedad que originó la atención médica. Chequeos médicos generales, tratamientos desensibilizantes para alergias, estados gripales y aplicación de vacunas. Acupuntura, medicina naturista, homeopática o cualquier otro tratamiento no aceptado por la Federación Médica Venezolana.
- p) Tratamientos médicos o intervención quirúrgica para fertilización, Peyronie, cambio de sexo, impotencia o frigidez y las complicaciones que se deriven de ellos.
- q) Tratamientos para terapia ocupacional, educacional o de lenguaje. Tratamientos fisioterapéuticos. No obstante, queda a salvo lo establecido en el literal j) de la CLÁUSULA 2: GASTOS CUBIERTOS, de estas Condiciones Particulares.
- r) Enfermedades de transmisión sexual, sus consecuencias y complicaciones.

- s) Tratamientos, consultas y exámenes para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), excepto para las enfermedades originadas como consecuencia directa de este diagnóstico.
- t) Enfermedades decretadas como epidémicas por el Organismo Competente.
- u) Lesiones 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.
- v) Tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas sobre órganos sanos con fines profilácticos.
- w) Tratamiento experimental o investigativo.
- x) Enfermera privada para el cuidado del paciente.
- y) Enfermedades o lesiones producidas por radiación nuclear, fisión, fusión, radiaciones ionizantes o contaminación radiactiva.
- z) El traslado del asegurado desde y hasta la institución hospitalaria. No obstante, queda a salvo lo establecido en el literal l) de la CLÁUSULA 2: GASTOS CUBIERTOS, de estas Condiciones Particulares.
- aa) 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.
- bb) Impuestos, gastos de cobranza, limpieza, microfilm, historias clínicas, estacionamiento, misceláneos y otros costos no definidos ni relacionados con el tratamiento de la afección declarada.

## **CLÁUSULA 9: SUBROGACIÓN DE DERECHOS**

El Asegurador queda subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto pagado, en los derechos y acciones del Asegurado contra los terceros responsables.

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará si el daño hubiese sido causado por: los descendientes, el cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho, otros parientes del Asegurado o las personas que conviven permanentemente con él o aquellas por las que deba responder civilmente.

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

Si el Asegurado incumpliere lo establecido en esta cláusula perderá el derecho al pago que le otorga esta Póliza, a menos que compruebe que el incumplimiento sea debido a una causa extraña no imputable a él.

#### **CLÁUSULA 10: OTRA EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

El Asegurador quedará relevado de toda responsabilidad sobre cualquier siniestro y el Asegurado perderá todo derecho a indemnización si no hiciere la reclamación o no entregare la documentación exigida en los lapsos indicados en el literal a) de la CLÁUSULA 11: PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE LA COBERTURA, de estas Condiciones Particulares, a menos que compruebe que dejó de realizarse por una causa extraña no imputable a él.

#### **CLÁUSULA 11: PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE LA COBERTURA**

En caso que el Asegurado requiera la prestación de servicios garantizados por esta Póliza de Seguro Solidario, podrá:

a) Solicitar el reembolso de los gastos incurridos. El Asegurador pagará 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 Póliza y dispensados al Asegurado. Éste deberá notificar el siniestro, dentro de los treinta (30) días hábiles de haber recibido los productos y/o servicios o a su egreso de la institución hospitalaria, según sea el caso, en los formularios usuales del Asegurador; en el mismo plazo deberá consignar los recaudos antes señalados. Asimismo, el Asegurado se compromete a suministrar al Asegurador, en especial en los casos de tratamiento continuado, mensualmente, en original, las facturas y comprobantes de pago por los productos y/o servicios recibidos y amparados. 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 selladas por el respectivo Consulado o Embajada de la República Bolivariana de Venezuela. La indemnización se efectuará en moneda nacional a la tasa de cambio oficial de venta vigente, establecida por el Banco Central de Venezuela, para el momento en que el Asegurado incurrió en el gasto, siempre que la reclamación resulte válida según las condiciones de esta Póliza.

El Asegurador podrá solicitar documentos adicionales a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad, la solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los diez (10) 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 treinta (30) días continuos para la presentación de los recaudos solicitados por el Asegurador, contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos.

b) Solicitar Carta Aval. El Asegurado deberá suministrar al Asegurador 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 Asegurado deberá remitir estos documentos, como mínimo, con cinco (5) días hábiles de anticipación a la fecha en que deba realizarse el tratamiento médico y/o la intervención quirúrgica y 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.

En casos 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 esta Póliza de Seguro Solidario.

El Asegurador debe utilizar todos los mecanismos necesarios para procurar que el Asegurado reciba atención inmediata.

Queda entendido que en los reclamos por gastos médicos, el Asegurador cubre el ciento por ciento (100%) de los gastos amparados ocasionados durante la vigencia de la Póliza de Seguro Solidario, sujeto al costo razonable y hasta la suma asegurada contratada. Si los gastos han continuado luego de finalizada la vigencia de la referida Póliza en curso, tendrán cobertura, siempre que no se haya agotado la suma asegurada.

El costo razonable es el 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 esta Póliza de Seguro Solidario se encuentran cubiertos. Este promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga el Asegurador de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en los gastos, incrementado según el Índice Nacional de Precios al Consumidor (I.N.P.C.) del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes o los baremos previamente convenidos con las Instituciones Hospitalarias. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el costo razonable será el monto facturado. En todo 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 la salud.

El Asegurador debe realizar una conciliación con las Instituciones Hospitalarias, conjuntamente con los organismos del Estado competentes, con la finalidad que los montos facturados sean cubiertos por la Póliza de Seguro Solidario.

## **CLÁUSULA 12: OTROS SEGUROS**

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

Cuando el Asegurado se encuentre amparado por varios seguros de salud que estén obligados a pagar la indemnización sobre un mismo siniestro, el Asegurado escogerá el orden en que presentará las reclamaciones y las empresas de seguros deberán indemnizar, según los límites de sus Pólizas, hasta el monto total de los gastos.

## **CLÁUSULA 13: TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA CADA ASEGURADO**

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

- a) Si alguno de los Asegurados dejase de depender económicamente del Asegurado Titular o cuando se termine la relación con él.

- b) Si el hijo o hija del Asegurado Titular o de su cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho, cumple la edad de veinticinco (25) años o contraiga matrimonio.
- c) En caso de fallecimiento del Asegurado Titular o cuando éste dejase de pertenecer a la Población Asegurable.
- d) Por aviso escrito del Tomador comunicando la decisión de no renovar el seguro de algún Asegurado específico.

Si se trata del Asegurado Titular, el seguro terminará para todos los Asegurados, en cualquier otro caso sólo terminará para el Asegurado afectado por una de las situaciones indicadas anteriormente.

En los supuestos antes señalados, la terminación procederá al finalizar la vigencia de la Póliza de Seguro Solidario, siempre que el Seguro se mantenga en vigor con el pago de la prima correspondiente.

La terminación se efectuará sin perjuicio del derecho del Asegurado a prestaciones por siniestros ocurridos con anterioridad a la fecha de terminación.

#### **CLÁUSULA 14: ÁMBITO DE LA PÓLIZA**

La cobertura de esta Póliza se extiende a cualquier parte del mundo. En lo que respecta a los gastos ocasionados fuera de la República Bolivariana de Venezuela, serán indemnizados únicamente bajo el procedimiento de reembolso previsto en la CLÁUSULA 11: PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE LA COBERTURA, literal a), de las Condiciones Particulares de esta Póliza de Seguro Solidario.

En \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

**Por la Empresa de Seguro**

---

**Por el Tomador**

**SEGUROS CARACAS de LIBERTY MUTUAL C. A.** RIF: J-00038923-3.

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular para la Economía, Finanzas y Banca Pública bajo el No. 13. Según Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.481 de fecha 05 de agosto de 2010.