



Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 96

PÓLIZA DE SEGURO SOLIDARIO DE SALUD

Entre **SEGUROS CONSTITUCIÓN, C.A.**, sociedad mercantil domiciliada en Caracas, inscrita inicialmente ante el Registro Mercantil de la Circunscripción Judicial del Estado Táchira en fecha 27 de noviembre de 1989, bajo el No. 20, Tomo 60-A y que por efecto del cambio de domicilio y de denominación social se inscribió ante el Registro Mercantil Quinto de la Circunscripción Judicial del Distrito Capital y Estado Miranda, en fecha 7 de noviembre de 2005, bajo el No. 16, Tomo 1209-A, con posteriores modificaciones a sus Estatutos Sociales, siendo la última la anotada ante la mencionada Oficina de Registro, bajo el No. 38, Tomo 93-A, en fecha 7 de septiembre de 2012, posteriormente modificada ante la mencionada Oficina de Registro en fecha 29 de abril de 2015, bajo el No. 8, Tomo 118-A, siendo nuevamente modificada según se evidencia en Acta de Asamblea General Extraordinaria de Accionistas, inscrita ante el prenombrado Registro en fecha 27 de diciembre de 2016, bajo el No. 25, Tomo 505-A, e inscrita en el Registro de Información Fiscal (RIF) bajo el No. **J-09028623-3**, representada en este acto por su Presidente ciudadano **OMAR JESÚS FARÍAS LUCES**, venezolano, casado, mayor de edad, de este domicilio, titular de la cédula de identidad No. **V-5.907.347**, e inscrito en el Registro de Información Fiscal (RIF) bajo el No. **V-05907347-4**, representación que consta en Acta de Asamblea General Extraordinaria de Accionistas antes mencionada, inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora (SUDEASEG) bajo el No. 96, y el Tomador, identificado en el Cuadro Póliza Recibo, han convenido en suscribir el presente contrato de seguro, el cual está conformado y se registrará por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo, la Solicitud de Seguro y los demás documentos que formen parte integrante del mismo.”

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1.- OBJETO DEL SEGURO.

El Asegurador se compromete a asumir los riesgos indicados en el Contrato de Seguro Solidario, hasta la suma asegurada señalada en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario.

CLÁUSULA 2.- DEFINICIONES GENERALES.

A los efectos de ésta Póliza de Seguro Solidario, se entiende por:

1.- TOMADOR: persona natural que obrando por cuenta propia, contrata el seguro con el Asegurador, trasladándole los riesgos y obligándose al pago de la prima.

2.-ASEGURADO: Persona natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos y se encuentra amparada por ésta Póliza de Seguro Solidario.

3.-ASEGURADO TITULAR: Es el tomador de la Póliza de Seguro Solidario, quien debe pertenecer a la Población Asegurable, según se define en esta Póliza.

4.-ASEGURADOR: Seguros Constitución C.A. quien asume los riesgos Cubiertos en esta Póliza.

5.-BENEFICIARIO: Persona que tiene el derecho de recibir el pago a que hubiere lugar.

6.-CONDICIONES PARTICULARES: Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.

7.-CUADRO RECIBO DE SEGURO SOLIDARIO: Documento en el que se indica, como mínimo, la siguiente Información: número de la póliza, número de identificación en el registro Único de Seguros Solidarios (R.U.S.S), identificación completa del Asegurado Titular, Identificación de los Dependientes y beneficiarios, identificación completa del Asegurador, y domicilio principal, coberturas contratadas, sumas aseguradas, montos de las primas, forma de pago, dirección de cobro, vigencia de la póliza, vigencia del recibo, nombre y código del intermediario de seguros y firma del Asegurador.

El Cuadro Recibo de Seguro Solidario será entregado al Tomador al momento del pago de la prima solidaria conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Anexo de Maternidad, si correspondiere, copia de la Solicitud de Seguro Solidario y demás documentos que formen parte del contrato.

Ésta obligación no procederá en los casos en que los referidos documentos hayan sido previamente entregados.

8.-DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO SOLIDARIO: Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Anexo de Maternidad, si fuere contratado con la Póliza de Seguro Solidario de Salud, la Solicitud de Seguro Solidario y demás documentos que por su naturaleza formen parte del contrato.

9.-PARTES DEL CONTRATO DE SEGURO SOLIDARIO: El Asegurador y el Tomador. Además de las personas señaladas, el Asegurado y el Beneficiario forman parte del Contrato del Seguro Solidario.

10.-POBLACIÓN ASEGURABLE: Comprende a los jubilados, jubiladas, pensionados, pensionadas, adultos y adultas mayores, personas con discapacidad, personas con enfermedades físicas y/o mentales y las personas cuyos ingresos mensuales no superen el equivalente a Veinticinco Unidades Tributarias (25 U.T).

10.1 Jubilados y Jubiladas: Personas beneficiarias de una prestación económica por el cumplimiento de los requisitos previstos por el cumplimiento de los requisitos previstos para el cese laboral. La prestación es vitalicia y sólo se extingue con la muerte del interesado. Es otorgada por instituciones públicas o privadas.

10.2 Pensionados y Pensionadas: personas que reciben la prestación dineraria, otorgada en virtud de una disposición jurídica que tiene como finalidad garantizar al ciudadano bienestar y seguridad social, que dependiendo de su

situación puede ser por vejez, invalidez, incapacidad o sobreviviente. En esa categoría se incluyen a los pensionados y pensionadas por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (I.V.S.S.).

- 10.3 Adultos y Adultas Mayores: persona con edad igual o mayor a sesenta (60) años.
- 10.4 Personas con Discapacidad: Aquellas que por causas congénitas o adquiridas presentan alguna disfunción o ausencia de sus capacidades de orden físico, mental, intelectual, sensorial o combinaciones de ellas; que al interactuar con diversas barreras le impliquen desventajas que dificultan o impidan su participación, inclusión e integración a la vida familiar y social, así como el ejercicio pleno de sus derechos humanos en igualdad de condiciones con los demás. La condición de discapacidad debe ser de carácter permanente o que pueda demostrarse al momento de la Solicitud de Seguro Solidario que se mantendrá por un período no menor a un (1) año. La condición deberá ser diagnosticada por un médico especialista en el área.
- 10.5 Personas con Enfermedades Físicas: Aquellas que tengan una alteración de la salud y resulta de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que origina reducción de su capacidad funcional.
- 10.6 Personas con Enfermedades Mentales: Aquellas que tengan un trastorno mental, del comportamiento de la actividad intelectual o del estado de ánimo. La condición deberá ser diagnosticada por el médico especialista del área.

11.-PRIMA SOLIDARIA: Es la contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración del Contrato de Seguro Solidario.

12.-REGISTRO ÚNICO DE SEGUROS SOLIDARIOS (R.U.S.S.): Es el mecanismo destinado a la recopilación de la información relacionada con las emisiones, renovaciones, suscripciones mínimas, siniestros, prestación de servicios y cualquier otra referida a los Seguros Solidarios.

13.-SUMA ASEGURADA: Límite máximo indicado en el Cuadro recibo de Seguro Solidario.

CLÁUSULA 3.- VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

La Vigencia de la Póliza de Seguro Solidario será anual y se hará constar en el Cuadro recibo de Seguro Solidario, con indicación de la fecha en que se emita, la hora y día de su iniciación y vencimiento. El seguro mantendrá su duración por el tiempo que corresponda a la prima pagada.

CLÁUSULA 4.- RENOVACION.

La póliza de Seguro Solidario se entenderá renovada automáticamente al finalizar el último día de duración del periodo anterior de vigencia de la Póliza y por un plazo anual, siempre que el Tomador pague la prima solidaria correspondiente al nuevo periodo, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula 5.- Plazo de Gracia, de las Condiciones Particulares de la presente Póliza de Seguro Solidario, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior.

La prórroga no procederá si el Tomador notifica al Asegurador su voluntad de no prorrogar, mediante una notificación escrita dirigida a domicilio del Asegurador que conste en el Cuadro recibo del Seguro Solidario, efectuada con un plazo por lo menos de un (1) mes de anticipación a la conclusión del periodo de vigencia de la póliza en curso.

Igualmente, el Asegurador no estará obligado a renovar la Póliza de Seguro Solidario, cuando el Asegurado Titular no demuestre su condición de asegurabilidad dentro del mes anterior a la conclusión del periodo de vigencia de la Póliza en curso.

CLÁUSULA 5.- EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.

El Asegurador no estará obligado al pago correspondiente en los siguientes casos:

- a) 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.
- b) Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario.
- c) Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario. No obstante el Asegurador debe efectuar pago de la obligación derivada del siniestro si éste ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el Asegurador en lo que respecta a la póliza.
- d) Si el siniestro se inicia antes de la Vigencia de la Póliza y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador.
- e) Otras exoneraciones de responsabilidad establecidas en las Condiciones Particulares de esta Póliza de Seguro Solidario.

CLÁUSULA 6.- FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE.

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

CLÁUSULA 7.- OPORTUNIDAD DE PAGO.

El Asegurador debe cumplir con el pago de su obligación derivada del siniestro en un lapso que no podrá exceder de treinta (30) días continuos, contados a partir de la fecha en que haya recibido el último recaudo.

CLÁUSULA 8.- RECHAZO DEL SINIESTRO.

El Asegurador deberá notificar por escrito al Asegurado, en el lapso señalado en la Cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo total o parcial del pago de su obligación derivada del siniestro.

CLÁUSULA 9.- ARBITRAJE.

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la Póliza de Seguro Solidario. 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 podrá actuar directamente o a través de funcionarios que designe como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo por las partes, con motivo de divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la Póliza de Seguro Solidario. Las partes fijarán el procedimiento a seguir y la decisión deberá ser adoptada en un plazo que no exceda de treinta (30) días hábiles; una vez finalizado el lapso probatorio. En caso contrario, se aplicará el procedimiento previsto en la ley que rige la materia de arbitraje.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLÁUSULA 10.- CADUCIDAD.

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra el Asegurador o convenir con éste el Arbitraje previsto en la Cláusula anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación:

- a) En caso de rechazo del siniestro, un (1) año contado a partir de la fecha de la notificación por escrito del rechazo.
- b) En caso de inconformidad con la prestación del servicio, un (1) año contado a partir de la fecha en que el Asegurador hubiere efectuado el pago.
- c) En caso de inconformidad con la prestación del servicio, un (1) año contado a partir de la fecha en que el Asegurado hubiere recibido el servicio a través de un proveedor ofrecido por el Asegurador.

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

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

CLÁUSULA 11.- PRESCRIPCIÓN.

Las acciones derivadas de la Póliza de Seguro Solidario prescriben los tres (3) años contados a partir del siniestro que dio nacimiento a la obligación.

CLÁUSULA 12.- AVISOS.

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

CLÁUSULA 13.- DOMICILIO ESPECIAL.

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

ARTÍCULO 4 La Póliza de Seguro Solidario de Salud se regirá por las siguientes Condiciones Particulares:

PÓLIZA DE SEGURO SOLIDARIO DE SALUD CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES PARTICULARES.

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

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

2.-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.

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

4.-ENFERMEDAD: Alteración de 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.

5.-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.

6.-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.

7.-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.

8.-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.

9.-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 periodo de prueba o en cualquier fase de un experimento o ensayo clínico.

10.-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 de los gastos generados por tratamiento médico, intervención quirúrgica, servicios hospitalarios, procedimiento médico, medicinas, suministros y quipos 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 del 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, de ser necesarias para el tratamiento 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 cardiacos, así como las dentales, auditivas, testiculares, de mamas y cualquier otra, que podría 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 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 del 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 u 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 limitadas a un (1) cirujano, dos (2) ayudantes y un (1) anestesiólogo. El asegurador reconocerá los gastos ocasionados por otros médicos especialistas, siempre que la participación de estos en la intervención quirúrgica esté justificada medicamente. 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 mayor del 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 medica 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 a 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 escleroquística, 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 periodo 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 40Kg/mt² o mayor de 35Kg/mt², 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 considerara prorrogado por el periodo 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 Asegurado 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 la 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 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 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:

- 7.1 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.
- 7.2 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, Fímosis y Parafímosis, Síndrome del Túnel del Carpo y Vicios o Defectos de Refracción.
- 7.3 Diez (10) meses para las enfermedades del aparato reproductor femenino (ginecológicas u obstétricas) que requieran intervención quirúrgica.
- 7.4 Once (11) meses para las enfermedades preexistentes. En ningún caso podrán considerarse como preexistentes las enfermedades mencionadas en los numerales anteriores.

No aplicaran 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 de los Plazos de espera, la cobertura de 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 actué 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 conviva 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 efectuara 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 estas le hubiesen ocasionado. En caso de siniestro, el Asegurado está obligado a realizar a expensas del Asegurador, cuantos actos seas necesarios y todo lo que este 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 lo 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 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 pagan con base en los documentos originales de: las certificaciones médicas, informaciones del proveedor del servicio, facturas, récipes con indicación médica concerniente 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 solo terminara 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 efectuara 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 EL ASEGURADOR

EL TOMADOR