



Inscrita en la Superintendencia de Seguros. Ministerio de Finanzas, bajo el No. 107
RIF J-30052236-9

PÓLIZA DE SEGURO

DE HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y MATERNIDAD INDIVIDUAL

SEGUROS ALTAMIRA, C. A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ **LA COMPAÑÍA**, SOCIEDAD MERCANTIL DOMICILIADA EN LA CIUDAD DE CARACAS E INSCRITA EN EL REGISTRO MERCANTIL CUARTO DE LA CIRCUNSCRIPCIÓN JUDICIAL DEL DISTRITO FEDERAL Y ESTADO MIRANDA, EN FECHA 2 DE NOVIEMBRE DE 1992, BAJO EL N° 80, TOMO 43-A-PRO., REPRESENTADA EN ESTE ACTO POR SU PRESIDENTE, CIUDADANO JOSÉ RECIO BARRIGA, VENEZOLANO, MAYOR DE EDAD, DOMICILIADO EN LA CIUDAD DE CARACAS Y TITULAR DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD N° 1.867.718, SEGÚN CONSTA EN ACTA DE ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA DE ACCIONISTAS REGISTRADA EL 13 DE DICIEMBRE DE 2000, BAJO EL N° 9, TOMO 83-A-CTO., EMITE LA PRESENTE PÓLIZA MEDIANTE LA CUAL SE OBLIGA A PAGAR A EL TOMADOR, EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO, LAS INDEMNIZACIONES DESCRITAS EN EL CUADRO RECIBO DE PÓLIZA, QUE PUEDAN CORRESPONDERLE DE ACUERDO A LAS CONDICIONES GENERALES, PARTICULARES Y ANEXOS QUE FORMEN PARTE DE ESTA PÓLIZA.

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO.

En virtud de las declaraciones presentadas por el Tomador y/o **EL ASEGURADO** Titular, contenidas en la solicitud de seguro, la cual constituye la base del presente contrato y forma parte integrante del mismo, y en atención al pago de la Prima convenida en el momento de su exigibilidad, **LA COMPAÑÍA** garantiza a **EL ASEGURADO** y/o Beneficiario el pago de las indemnizaciones que puedan corresponderle con sujeción a las Condiciones Generales, Particulares y Anexos que formen parte de esta Póliza.

CLÁUSULA 2. DEFINICIONES.

A los efectos de este contrato se entiende por:

COMPAÑÍA: Seguros Altamira, C.A., la cual asume el pago de los siniestros cubiertos por esta Póliza.

TOMADOR: Persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos a **LA COMPAÑÍA** y se obliga a pagar la Prima correspondiente.

ASEGURADO: Persona natural que está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las Condiciones Particulares y Anexos de esta Póliza. El asegurado podrá ser el **ASEGURADO** Titular o familiar.

ASEGURADO TITULAR: Persona natural que aparece designado en el Cuadro Recibo de Póliza, quien ejerce los derechos de los asegurados y/o Beneficiarios ante **LA COMPAÑÍA**.

ASEGURADO FAMILIAR: Persona integrante del grupo familiar del **ASEGURADO** Titular, indicados en el Cuadro Recibo de Póliza como personas aseguradas, según lo establecido en las Condiciones Particulares de esta Póliza.

BENEFICIARIO: Persona natural o jurídica a favor de quien se ha establecido la indemnización que deba pagar **LA COMPAÑÍA**.

PARIENTE CERCANO: El cónyuge, los hijos, los hermanos, los padres de **EL ASEGURADO**.

EDAD Y DIFERENCIA EN LA EDAD: Para todos los efectos de esta Póliza, la edad de **EL ASEGURADO**, será la que corresponda al cumpleaños más cercano a la fecha de su inclusión en el Cuadro Recibo de Póliza o a la fecha de la renovación de la misma, cumpliendo años sucesivamente en cada aniversario de esta fecha.

RESIDENCIA HABITUAL: Dirección de habitación del **ASEGURADO** Titular, ubicada dentro del territorio de la República Bolivariana de Venezuela, indicada en la solicitud de seguro o en Anexo emitido a tal efecto.

DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DE LA PÓLIZA: La solicitud de seguro, el Cuadro Recibo de Póliza, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y los Anexos que se emitan para complementarla o modificarla.

SOLICITUD DE SEGURO: Documento mediante el cual el Tomador indica su voluntad de contratar con **LA COMPAÑÍA** y declara e informa sobre el riesgo que se pretende asegurar.

CUADRO RECIBO DE PÓLIZA: Documento en el cual se especifican los datos particulares de la Póliza, tales como: número de la Póliza, nombre del Tomador, **ASEGURADO** Titular y asegurados familiares, identificación completa de **LA COMPAÑÍA** y domicilio principal, dirección del Tomador, nombre del productor de seguros, riesgos cubiertos, Suma Asegurada, monto de la Prima, forma y lugar de pago, período de vigencia, deducible y firmas del representante de **LA COMPAÑÍA** y el Tomador.

CONDICIONES GENERALES: Aquellas que establecen las relaciones entre **EL ASEGURADO** y **LA COMPAÑÍA**, en lo relativo al contrato de seguro.

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

ANEXOS: Documentos que se agregan a la Póliza para formar parte integrante de la misma, contentivos de algún dato o informe que aclara, modifica, sustituye o incluye nuevas estipulaciones a la Póliza. Su finalidad es la de evitar la emisión de una nueva Póliza cada vez que ocurran variaciones.

SUMA ASEGURADA: Límite máximo de responsabilidad de **LA COMPAÑÍA**, indicado en el Cuadro Recibo de Póliza.

PRIMA: Contraprestación que en función del riesgo amparado debe pagar el Tomador a **LA COMPAÑÍA**, en virtud de la celebración del contrato de seguro. El Tomador pagará la Prima en la forma y oportunidad establecida en la presente Póliza.

DEDUCIBLE: Cantidad indicada en el Cuadro Recibo de Póliza que deberá asumir **EL ASEGURADO**, y en consecuencia no será pagada por **LA COMPAÑÍA**, en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto por esta Póliza.

AÑO-PÓLIZA: Vigencia anual del seguro, que se encuentra debidamente indicada en el Cuadro Recibo de Póliza.

COBERTURA: Combinación de beneficios amparados por la Póliza.

GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS: Los gastos generados por concepto de tratamiento médico o quirúrgico, de enfermedades o accidentes amparados por la Póliza, incluye los gastos por conceptos de servicios médicos, honorarios profesionales, exámenes paraclínicos, medicinas y suministros.

ENFERMEDAD: Alteración de la salud, debidamente sustentada en un diagnóstico médico.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Toda enfermedad que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha en que se haya celebrado la Póliza, y que sea conocida por el Tomador, **EI ASEGURADO** o el Beneficiario. Salvo pacto en contrario esta Póliza no cubre las enfermedades preexistentes. Cuando **LA COMPAÑÍA** alegue que una determinada enfermedad es preexistente deberá probarlo. **EL ASEGURADO** estará obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por **LA COMPAÑÍA** a tales fines, a costa de ésta. En caso de dudas se considerará que la enfermedad no es preexistente.

ENFERMEDAD CONGÉNITA Y/O DEFECTO FÍSICO: Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo, que tuvo su origen durante el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento, después del nacimiento o después de varios años.

LESIONES CORPORALES: Alteraciones en la textura de los órganos, la cual se manifiesta mediante contusión o inflamación de los mismos, fracturas, enfermedades y muerte derivada de lesiones causadas por accidentes.

MÉDICO: Profesional de la medicina debidamente titulado y autorizado para ejercer su profesión. No incluye a los profesionales cuya especialidad no esté reconocida por la Federación Médica Venezolana.

ORDEN MÉDICA: Formato suministrado por los médicos o instituciones médicas con los cuales mantenga contrato de afiliación **LA COMPAÑÍA**, en la que se indicarán los consumos de farmacias, exámenes de laboratorios, imaginología, estudios radiológicos, referencias a médicos especialistas, debidamente aprobado por el médico tratante.

INFORME MÉDICO: Documento emitido por el médico tratante, que resume en forma clara y concisa, la etiología y evolución de la afección o enfermedad y el tratamiento médico recibido. Dicho informe deberá contener el nombre del médico, su especialidad, el número de su Rif., su matrícula del Ministerio de Salud y Desarrollo Social o ente equivalente y el número de su inscripción en el Colegio Médico.

TRATAMIENTO: Conjunto de medidas ordenadas por el médico tratante, que se ponen en práctica para la curación o alivio de una enfermedad o lesión sufrida.

CLÁUSULA 3. VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

Los riesgos que asume **LA COMPAÑÍA**, comenzarán a correr por su cuenta desde las doce (12) del día y fecha de celebración del contrato de seguros, y terminará a la misma hora del último día del período de duración, siempre y cuando el Tomador hubiese notificado su consentimiento a la proposición formulada por **LA COMPAÑÍA**, o ésta participe su aceptación a la solicitud efectuada por el Tomador según corresponda. En todo caso la vigencia se hará constar en el Cuadro Recibo de Póliza.

CLÁUSULA 4. EXCLUSIONES GENERALES.

La indemnización prevista en esta Póliza no se concederá, si la reclamación se fundamenta en lesiones, daños o pérdidas originados por:

4.1. Hechos de guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (háyase o no declarado la guerra), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra intestina, guerra civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o cualquier acto de cualquier persona que actúe en nombre de, o en relación con cualquier organización que realice actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno, o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.

4.2. Movimientos telúricos, terremotos, maremotos, erupciones volcánicas o inundaciones y otros eventos naturales de magnitudes catastróficas.

4.3. Fisión o fusión nuclear, radiaciones ionizantes y contaminación radioactiva.

CLÁUSULA 5. EXONERACIONES GENERALES DE RESPONSABILIDAD.

Sin perjuicio de otras exoneraciones de responsabilidad establecidas en esta Póliza, **LA COMPAÑÍA** no estará obligada al pago de la indemnización en los siguientes casos:

5.1. Si el siniestro se inicia antes de la vigencia de la Póliza y continúa después que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta de **LA COMPAÑÍA**.

5.2. Si el Tomador, **EL ASEGURADO**, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, actúa con dolo o si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, **EL ASEGURADO** o el Beneficiario.

5.3. Si el Tomador, **EL ASEGURADO**, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, actúa con culpa grave o si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, **EL ASEGURADO** o del Beneficiario. No obstante, **LA COMPAÑÍA** estará obligada a indemnizar, si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro, o en tutela de intereses comunes con **LA COMPAÑÍA**, en lo que respecta a esta Póliza.

5.4. Si el Tomador, **EL ASEGURADO**, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, no notificare el siniestro dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haber conocido la ocurrencia del mismo, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, al **ASEGURADO** o al Beneficiario.

5.5. Si el Tomador, **EL ASEGURADO**, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios.

5.6. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares y Anexos de esta Póliza.

CLÁUSULA 6. DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD.

La presente Póliza se celebra bajo la buena fe de la información suministrada por el Tomador, **EL ASEGURADO** Titular o cualquier persona que obre por cuenta de éstos al momento de solicitar el seguro, sin perjuicio de la facultad de **LA COMPAÑÍA** de exigir en forma razonable la comprobación de la exposición referida.

Si el Tomador y/o **EL ASEGURADO** Titular, al contestar las preguntas de la solicitud de seguro, hubiera hecho cualquier declaración falsa, incompleta, o si hubiera incurrido en omisión o reticencia de circunstancias que son relevantes para la apreciación del riesgo por **LA COMPAÑÍA**, ésta deberá notificar al Tomador y/o a **EL ASEGURADO** Titular, en un lapso de cinco (5) días hábiles, 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 la Póliza mediante comunicación dirigida al Tomador, en el plazo de un (1) mes, contado a partir del conocimiento de los hechos que el Tomador se reservó o declaró con inexactitud.

En caso de resolución, ésta surtirá efecto a partir del decimosexto (16°) día siguiente a su notificación, siempre y cuando la devolución de la Prima correspondiente se encuentre a disposición del Tomador en la caja de **LA COMPAÑÍA**. Corresponderán a **LA COMPAÑÍA** las Primas relativas al período transcurrido hasta el momento en que haga esta notificación.

LA COMPAÑÍA no podrá resolver la Póliza cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes que **LA COMPAÑÍA** haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiese establecido de haber conocido la verdadera entidad del riesgo.

Cuando la Póliza esté referida a varias personas y la reserva o inexactitud se contrajese sólo a uno o varios de ellos, la Póliza subsistirá con todos sus efectos respecto a los restantes si ello fuere técnicamente posible.

CLÁUSULA 7. FALSEDADES Y RETICENCIAS.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador o **EL ASEGURADO**, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato, si son de tal naturaleza que **LA COMPAÑÍA** de haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones, quedando limitada la obligación de **LA COMPAÑÍA** únicamente a reintegrar la Prima pagada sin intereses, desde la fecha de la emisión o renovación, lo que sea más reciente.

Si el Tomador o **EL ASEGURADO** presentare una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo se empleare medios o documentos engañosos o dolosos por el Tomador, **EL ASEGURADO** o por terceros que obren por cuenta de éste, para sustentar la reclamación o para derivar beneficios del seguro, según la presente Póliza, anula ésta en todas sus partes, quedando limitada la obligación de **LA COMPAÑÍA** únicamente a reintegrar la Prima pagada sin intereses, desde la fecha de la emisión o renovación, lo que sea más reciente.

CLÁUSULA 8. BASES LEGALES.

Esta Póliza se emite sobre la base de las declaraciones e informes suministrados, por el Tomador y/o **EL ASEGURADO** Titular en la solicitud de seguro a **LA COMPAÑÍA**, las cuales se toman como veraces y completas. Se establece que tales declaraciones e informes que acompañan la solicitud de seguro, las presentes Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, pruebas, exámenes médicos correspondientes y cualquier otro Anexo, constituyen la base legal de este contrato de seguro.

CLÁUSULA 9. INEXACTITUD EN LA EDAD.

Cuando se compruebe que hubo inexactitud en la indicación de la edad del **ASEGURADO**, se procederá conforme a lo siguiente:

9.1. Si por la indicación inexacta de la edad, se pagare una Prima menor de la que correspondía por la edad real, la obligación de **LA COMPAÑÍA** se reducirá en la proporción que exista, entre la Prima estipulada y la Prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato.

9.2. Si por la indicación inexacta de la edad, se pagare una Prima más elevada de la que correspondía por la edad real, **LA COMPAÑÍA** estará obligada a reembolsar el exceso de Prima recibida sin intereses. Si **LA COMPAÑÍA** al conocer la inexactitud ya hubiese indemnizado, tendrá derecho a repetir contra **EL ASEGURADO**, lo que hubiere pagado de más incluyendo los intereses respectivos.

CLÁUSULA 10. PRIMAS.

El Tomador debe la Prima desde el momento de la celebración del contrato, y es exigible por parte de **LA COMPAÑÍA** al momento de la entrega de la Póliza, de la nota de Cobertura provisional, o del Cuadro Recibo de Póliza o recibo de Prima.

En caso que la Prima no sea pagada en la fecha de su exigibilidad, o se haga imposible su cobro por causa imputable al Tomador, **LA COMPAÑÍA** resolverá el contrato inmediatamente.

El pago de la Prima solamente conserva en vigor el contrato por el tiempo al cual corresponde dicho pago, según se haga constar en el Cuadro Recibo de Póliza o el recibo de Prima. Las sucesivas Primas serán exigibles conforme a lo estipulado en esta misma Cláusula, salvo que se establezca un plazo de gracia.

Las Primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte de **LA COMPAÑÍA**, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses de dicho excedente, aun cuando las mismas hubieren sido aceptadas formalmente por **LA COMPAÑÍA**.

CLÁUSULA 11. LUGAR DE PAGO DE LA PRIMA.

Todos los pagos de Prima a que se refiere esta Póliza, se deberán hacer en dinero efectivo en cualquiera de las oficinas de **LA COMPAÑÍA**.

LA COMPAÑÍA no se compromete a cobrar las Primas a domicilio ni dar aviso de su vencimiento y si lo hiciere, no se sentará precedente de obligación, pudiendo suspender esta gestión en cualquier momento.

CLÁUSULA 12. RENOVACIÓN.

Salvo disposición en contrario, la Póliza se entenderá renovada automáticamente al finalizar el último día del período de vigencia anterior y por un período igual, entendiéndose que la renovación no implica una nueva Póliza, sino la prórroga de la anterior.

La prórroga no procederá, si una de las partes manifiesta a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante una notificación escrita o telegrama con acuse de recibo, dirigida al último domicilio que conste en la Póliza, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso.

CLÁUSULA 13. PLAZO DE GRACIA.

LA COMPAÑÍA concede un plazo de gracia para el pago de las Primas de renovación, de treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia anterior, en el entendido que durante tal plazo la Póliza continuará vigente y en caso de ocurrir algún siniestro en ese período, **LA COMPAÑÍA** tendrá la obligación de pagar la indemnización correspondiente, previa deducción de la Prima pendiente de pago. En este caso, el monto a descontar será la Prima completa que corresponda al mismo período de la Cobertura anterior. Si el monto indemnizable es menor a la Prima a descontar, el Tomador deberá pagar, antes de finalizar el plazo de gracia, la diferencia existente entre la Prima y dicho monto.

CLÁUSULA 14. PERITAJE.

Si surgiere desacuerdo entre el Tomador, **EL ASEGURADO** o el Beneficiario y **LA COMPAÑÍA**, para la fijación del monto de la indemnización, ninguno de los tres (3) primeros nombrados podrá entablar reclamación judicial por tal motivo, sin antes someterse al siguiente procedimiento de peritaje:

14.1. Nombrar por escrito un médico especialista en el caso que se somete a peritaje, de común acuerdo entre las partes.

14.2. En caso de desacuerdo sobre la designación del médico único, se nombrarán por escrito dos (2) médicos, uno por cada parte, en el plazo de dos (2) meses calendario a partir del día en que una de las partes haya requerido a la otra dicha designación.

14.3. En caso que una de las partes se negare a designar o dejare de nombrar un médico en el plazo antes indicado, la otra parte tendrá el derecho de nombrar un amigable componedor.

14.4. Si los dos (2) médicos así nombrados no llegaren a un acuerdo, el o los puntos de discrepancia serán sometidos al fallo de un tercer médico nombrado por ellos, por escrito y su apreciación agotará este procedimiento.

14.5. Cada parte soportará los gastos de peritaje del médico que haya designado; en relación al médico tercero, cada parte soportará cincuenta por ciento (50%) del gasto. En el caso del amigable componedor, pagará los gastos, la parte que se negó o dejó de designar su médico en el plazo establecido.

El fallecimiento de cualquiera de los médicos, que aconteciera en el curso del procedimiento de peritaje, no anulará ni mermará los poderes, derechos o atribuciones del médico sobreviviente. Asimismo, si el médico único o el médico tercero fallecieran antes del dictamen final, la parte o los médicos que le hubieren nombrado según el caso, quedan facultados para sustituirlo por otro.

CLÁUSULA 15. PAGO DE INDEMNIZACIONES.

LA COMPAÑÍA tendrá la obligación de indemnizar el monto del siniestro cubierto dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que **LA COMPAÑÍA** haya recibido el último recaudo por parte del asegurado, salvo por causa extraña no imputable a **LA COMPAÑÍA**.

CLÁUSULA 16. RECHAZO DEL SINIESTRO.

LA COMPAÑÍA deberá notificar por escrito a los beneficiarios dentro del plazo señalado en la cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo total de la indemnización exigida, Esta obligación también existirá cuando **LA COMPAÑÍA** pague sólo parte de la indemnización reclamada por los Beneficiarios.

CLÁUSULA 17. ARBITRAJE.

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de esta Póliza. 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 Seguros actuará directamente, o a través de los funcionarios que designe como árbitro arbitrador, en aquellos casos en que sea elegido de mutuo acuerdo por las partes.

CLÁUSULA 18. CADUCIDAD.

El Tomador, **EL ASEGURADO** o el Beneficiario perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra **LA COMPAÑÍA**, o convenir con ésta el arbitraje previsto en la Cláusula 17 de estas Condiciones Generales, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo de un (1) año contado desde:

18.1. En caso de rechazo del siniestro, desde la fecha en que **LA COMPAÑÍA** notificare el rechazo.

18.2. En caso de inconformidad con el monto de la indemnización, desde la fecha en que **LA COMPAÑÍA** hubiere efectuado el pago.

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

A los efectos de ésta Cláusula se entenderá iniciada la acción judicial una vez que sea consignado y admitido el libelo de demanda por ante el tribunal competente y haya sido citado el demandado.

CLÁUSULA 19. PRESCRIPCIÓN.

Salvo lo dispuesto en leyes especiales, las acciones derivadas de esta Póliza prescriben a los tres (3) años, contados a partir del siniestro que dio nacimiento a la obligación.

CLÁUSULA 20. PLURALIDAD DE SEGUROS.

Cuando exista uno o varios seguros de hospitalización, cirugía y maternidad que estén obligados a pagar la indemnización sobre un mismo siniestro, el Tomador, **EL ASEGURADO** o el Beneficiario estará obligado a poner en conocimiento de tal circunstancia a todas las empresas de seguro con las que hayan contratado las Pólizas, por escrito y en un plazo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha en que **EL ASEGURADO** tuvo conocimiento de la ocurrencia del 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 21. CAMBIO DE TITULAR.

En caso de fallecimiento del **ASEGURADO** Titular, los asegurados que le acompañaban en esta Póliza mantendrán plenamente su Cobertura hasta la finalización del Año-Póliza. No obstante, si para el momento de la renovación de esta Póliza, no se hubiere notificado de forma escrita a **LA COMPAÑÍA** el nombramiento de un nuevo **ASEGURADO** Titular, se asumirá como tal si lo hubiere a su cónyuge o a la persona que haga vida marital con éste, de no

existir se asumirá como **ASEGURADO** Titular a cualquiera de los asegurados mayores de edad.

CLÁUSULA 22. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, EL ASEGURADO O EL BENEFICIARIO.

Son obligaciones del Tomador, **EL ASEGURADO** o el Beneficiario, según sea el caso, las siguientes:

1. Llenar la solicitud del seguro y declarar con sinceridad todas las circunstancias necesarias para identificar el bien o personas aseguradas y apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicado en el Decreto Ley del Contrato de Seguros.
2. Pagar la Prima en la forma y tiempo convenido.
3. Notificar el siniestro a **LA COMPAÑÍA**, a más tardar dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haber conocido su ocurrencia. Si la notificación es extemporánea **EL ASEGURADO** y/o Beneficiario deberá demostrar que ello fue motivado por causa extraña no imputable a **EL ASEGURADO** y/o Beneficiario.
4. Declarar al tiempo de exigir el pago del siniestro los contratos de seguros que cubren el mismo riesgo.
5. Probar la ocurrencia del siniestro.
6. Realizar todas las acciones necesarias para garantizar a **LA COMPAÑÍA**, el ejercicio de su derecho de subrogación.
7. Emplear el cuidado de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro.

CLÁUSULA 23. ANEXOS.

Toda modificación a las Condiciones de esta Póliza tendrá efecto, una vez que el Tomador y/o **EL ASEGURADO** Titular notifique su consentimiento a la proposición formulada por **LA COMPAÑÍA**, o cuando ésta participe su aceptación a la solicitud de modificación propuesta por el Tomador y/o **EL ASEGURADO** Titular.

Cualquier modificación a los términos de contratación de esta Póliza, deberá hacerse por escrito mediante Anexo, el cual para que tenga validez y pueda considerarse parte integrante de la misma, debe ser sellado y firmado por uno de los empleados autorizados por **LA COMPAÑÍA** y por el Tomador o **EL ASEGURADO** Titular. Tal modificación no se aplicará a ningún reclamo que haya ocurrido con anterioridad a la fecha de la emisión del Anexo.

Si después de la emisión o renovación de la Póliza se concediere un aumento de la Suma Asegurada, éste deberá hacerse en la forma indicada en el párrafo anterior y se entenderá aceptado por el Tomador y/o **EL ASEGURADO** Titular con el pago de la diferencia de Prima correspondiente si la hubiere. El aumento de la Suma Asegurada estará sujeto a los plazos y condiciones establecidos en esta Póliza.

CLÁUSULA 24. INDISPUTABILIDAD.

Transcurrido tres (3) años ininterrumpidos desde la celebración del contrato, **LA COMPAÑÍA** no podrá alegar como causal de rechazo de reclamos, la preexistencia, ni podrá anular o negarse a renovar siempre que el Tomador y/o **EL ASEGURADO** Titular pague la Prima. No obstante, las partes mediante acuerdo firmado, podrán excluir de la Cobertura ciertas enfermedades desde el inicio del contrato.

CLÁUSULA 25. AVISOS.

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a esta Póliza, deberá hacerse mediante comunicación escrita o telegrama con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal o sucursal de **LA COMPAÑÍA** o a la dirección del Tomador y/o **ASEGURADO** Titular que conste en esta Póliza, según sea el caso.

No obstante, las comunicaciones entregadas al productor de seguros producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas al Tomador, **EL ASEGURADO** o Beneficiario.

CLÁUSULA 26. SUBROGACIÓN DE DERECHOS.

LA COMPAÑÍA queda subrogada de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto indemnizado, en los derechos y acciones del **ASEGURADO** y/o del Beneficiario 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** y/o Beneficiario, las personas que convivan permanentemente con él o personas por las que deba responder civilmente.

EL ASEGURADO y/o Beneficiario no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de recobrar de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubieren ocasionado, so pena de perder todo derecho a indemnización bajo la presente Póliza.

En caso de siniestro, **EL ASEGURADO** y/o Beneficiario está obligado a realizar a expensas de **LA COMPAÑÍA**, previo consentimiento escrito de ésta, los actos que sean necesarios y que razonablemente le exija, con el objeto de permitir que **LA COMPAÑÍA** ejerza los derechos y acciones que le correspondan por subrogación, sea antes o después del pago de la indemnización. **EL ASEGURADO** es responsable de todo acto que perjudique este derecho de **LA COMPAÑÍA**.

CLÁUSULA 27. DOMICILIO ESPECIAL.

Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse de esta Póliza, las partes eligen como domicilio especial, único y excluyente a la ciudad donde se celebró el contrato de seguro, a la competencia de cuyos tribunales las partes declaran someterse.

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1. ALCANCE DE LA COBERTURA.

Esta Póliza garantiza el pago que le pueda corresponder a **EL ASEGURADO** o al Beneficiario inscrito en el Cuadro Recibo de Póliza, por los gastos médicos razonables y acostumbrados incurridos en el tratamiento médico, hospitalización, cirugía o maternidad, que le sean prestados a causa de alguna convalecencia, enfermedad o accidente cubierto por la misma. Toda indemnización se hará tomando en consideración la aplicación del deducible contratado, y estará sujeta a las Condiciones Generales, Particulares y Anexos que forman parte integrante de esta Póliza, estando limitada por los montos máximos de Cobertura y a la vigencia indicada en el Cuadro Recibo de Póliza.

CLÁUSULA 2. DEFINICIONES ESPECIALES.

Para todos los fines relacionados con esta Póliza, queda expresamente convenido que las siguientes definiciones, tendrán la acepción que se les asigna a continuación:

MEDICINALMENTE NECESARIO: Tratamiento, servicio, suministro o medicamento ordenado y proporcionado por la institución médica, médicos tratantes o proveedores autorizados que cumplan con los siguientes requisitos:

- a) Sean apropiados y esenciales para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o accidente de la persona afectada.
- b) No exceda en alcance, duración o intensidad al nivel de cuidado necesario, para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
- c) Haya sido prescrito por un médico legalmente autorizado.
- d) Sea consistente con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en Venezuela y en los Estados Unidos, o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento, y no sea de naturaleza experimental o de investigación.
- e) No pueda ser administrado fuera de la institución médica sin riesgo para el paciente.

La necesidad médica está determinada en función de la definición anterior. El hecho que un tratamiento, servicio o suministro haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un médico, no es requisito suficiente para considerarlo medicinalmente necesario.

GASTOS MÉDICOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS: Costo promedio de los gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios de instituciones médicas ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella en donde fue atendido **EL ASEGURADO**, los cuales corresponden a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones, y de acuerdo con las condiciones de esta Póliza se encuentren cubiertos. **LA COMPAÑÍA** calculará el costo promedio con base en las

estadísticas que tenga de los gastos facturados, en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que **EL ASEGURADO** incurrió en dichos gastos, incrementados según el Índice de Precios al Consumidor (IPC), registrado en el mismo mes y emitido por el Banco Central de Venezuela, o el índice emitido por cualquier otro ente que autorice el régimen legal, o por el baremo de las instituciones médicas vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el gasto razonable será el monto facturado.

MEDICINA EXPERIMENTAL: Tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o medicamento que:

- a) No haya sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades, por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional.
- b) Se encuentre bajo estudio, investigación, período de prueba o en cualquier fase de un experimento clínico.

INSTITUCIÓN MÉDICA: Establecimiento legalmente constituido en el país de su localización como clínica u hospital, donde pueden ser tratadas enfermedades de naturaleza aguda y emergencias. Caracterizada por estar bajo la constante supervisión de un médico residente.

Para los efectos de esta Póliza no serán considerados dentro de esta definición: los balnearios, hidroclínicas, sanatorios, centros de rehabilitación, centros de convalecencia o asilos de ancianos, e instituciones dedicadas al tratamiento de cualquier enfermedad infecto-contagiosa o de desórdenes y enfermedades mentales, no amparadas por la presente Póliza.

SERVICIOS HOSPITALARIOS: Son aquellos tratamientos y servicios medicinalmente necesarios, ordenados por un médico a un **ASEGURADO** que haya sido admitido como paciente.

SERVICIOS AMBULATORIO: Son aquellos tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas, suministrados o realizados a **EL ASEGURADO**, sin que éste se encuentre hospitalizado o internado en una institución médica.

CARTA AVAL: Documento que demuestra el compromiso de **LA COMPAÑÍA** ante una institución médica, para garantizar el pago de los gastos en que incurra **EL ASEGURADO**, en caso de requerir una atención médico quirúrgica electiva.

CLAVE DE EMERGENCIA: Autorización expresa que da **LA COMPAÑÍA** a la institución médica, para garantizar el pago de los gastos en que incurra **EL ASEGURADO**, en caso de requerir una atención médica de urgencia.

EMERGENCIA MÉDICA: Aparición inesperada y repentina de una enfermedad, o lesión producida por un accidente, acompañada de signos y síntomas serios que requieran de atención médica inmediata, sin la cual **EL ASEGURADO**

podría perder la vida o perder la oportunidad de recuperar el estado de salud, que presentaba antes de la aparición de dicha enfermedad o lesión.

CIRUGÍA AMBULATORIA: Intervención quirúrgica que se realiza a **EL ASEGURADO** no estando hospitalizado y donde el tiempo o período de observación no es mayor de doce (12) horas.

CLÁUSULA 3. EXCLUSIONES PARTICULARES.

La indemnización prevista en esta Póliza no procederá, si la reclamación se basa en:

3.1. Enfermedades o secuelas de accidentes, ocurridos antes del comienzo de la Cobertura para **EL ASEGURADO**, las cuales se declararon como enfermedades no cubiertas al inicio de este contrato.

3.2. Enfermedades y/o defectos físicos congénitos, como se definen en la Cláusula 2 de las Condiciones Generales de esta Póliza.

3.3. Chequeos, controles y tratamientos: no aceptados por la ciencia médica; desensibilizantes para alergias, aplicados para la obesidad o reducción de peso; para infertilidad o esterilización, pre y posmenopáusico; medicinas para el SIDA o enfermedades causadas por o relacionadas con el virus HIV; cualquier enfermedad de transmisión sexual, sus consecuencias y complicaciones; tratamiento por mal de chagas o cualquier tratamiento resultante de la misma; los proporcionados por un médico o enfermera pariente cercano del Tomador, **EL ASEGURADO** y/o Beneficiario.

3.4. Tratamientos de las encías y los dientes, incluyendo cirugía mandibular y síndrome de articulación temporo-maxilar; desorden cráneo mandibular u otras dolencias de la articulación, que une al hueso mandibular, el cráneo y los complejos musculares, nervios y otros tejidos relacionados con la articulación, con excepción de lo establecido en la Cláusula 9, numeral 9.6 de estas Condiciones Particulares .

3.5. Cirugía y gastos relacionados con transplantes de órganos, tratamientos médicos o quirúrgicos sobre órganos sanos, con fines profilácticos.

3.6. Exámenes de la vista, vicios de refracción, cirugías o tratamientos para corregir defectos de refracción visual (miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia), lentes de contacto anteojos, ojos artificiales, queratoplastias, queratotomías, queratomileusis, o lentes intraoculares, que no correspondan a patologías comprobadas de cataratas.

3.7. Cirugía plástica o cosmética.

3.8. Cirugía ortopédica.

3.9. Lesiones, enfermedades, daños o pérdidas ocasionadas como consecuencia de la práctica de actividades o deportes peligrosos de cualquier índole, como: paracaidismo, carreras de autos, ícaro, parapente, esquí acuático, esquí sobre nieve o trineo, polo a caballo, pesca en alta mar, rodeo, rugby, boxeo, artes marciales, cacería a caballo, caza mayor, paseo en botes de vela o motor en alta mar, pesca submarina,

submarinismo, patinaje sobre hielo, alpinismo, excursiones por altas montañas, aun cuando sea en compañía de un guía profesional.

3.10. Lesiones, enfermedades, daños o pérdidas ocasionadas como consecuencia de la participación activa en hechos delictivos, duelos, riñas o peleas.

3.11. Lesiones o padecimientos inferidos a sí mismo, intencionalmente por el Tomador, EL ASEGURADO y/o Beneficiario o por terceros con su consentimiento, incluyendo el aborto provocado, suicidio o tentativas de suicidio, ya sea en estado de cordura o pérdida de la razón.

3.12. Lesiones por haber ingerido cualquier clase de veneno o inhalado gases en forma voluntaria.

3.13. Accidentes o curas de reposo como consecuencia de ingesta alcohólica o uso de sustancias estupefacientes y psicotrópicas, o medicamentos no prescritos por un médico legalmente autorizado para ello.

3.14. Tratamientos de trastornos funcionales de la conducta como: neurosis, depresión, angustia, fobias, ansiedad, psicosis, disrritmias cerebrales funcionales, deficiencias mentales y demencia.

3.15. Servicios de enfermería particular o privada, aun cuando sean prestados dentro de una institución médica y ordenados por el médico tratante.

3.16. Servicios de enfermería o cuidados de custodia, cuidado de la salud en el hogar o servicios proporcionados en un centro o institución de convalecencia, hospicio, asilo u hogar de ancianos, o cualquier institución médica aun cuando tales servicios sean requeridos o necesitados, como consecuencia de las enfermedades o accidentes amparadas.

3.17. Gastos de habitación especial, lujo, suite o semisuite.

3.18. Gastos que genere el acompañante por concepto de alimentación y habitación adicional.

3.19. Cobro de honorarios como consecuencia de cualquier tratamiento, proporcionado por un médico, enfermera particular o privada, o un familiar que tenga parentesco con el Tomador, EL ASEGURADO o Beneficiario dentro del segundo grado (2º) de consanguinidad o afinidad, o que viva con éstos.

3.20. Chequeos o controles ginecológicos, incluyendo la cervicitis, vaginitis y flujo vaginal.

3.21. Mamas supernumerarias, mastoplastia reductora o de aumento con fines estéticos o funcionales, complicaciones que se presenten en la intervención quirúrgica primaria o en la enfermedad. Tratamiento médico y/o quirúrgico de las siguientes patologías de las glándulas mamarias: displacia, adenosis, enfermedad quística, enfermedad fibroquística, mazoplasia, mastopatía esclero-quística, enfermedad de reclus y ginecomastia.

3.22. Gastos de transporte, excepto los de ambulancia previstos en la Cláusula 9 numeral 9.8 referida a los gastos amparados de estas Condiciones Particulares.

3.23. Tratamiento de radioterapia o quimioterapia.

3.24. Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no fuera medicinalmente necesario para una lesión o enfermedad, o los gastos en que incurra sin recomendación de un médico.

3.25. Verificación periódica de la salud, exámenes de diagnóstico con o sin hospitalización, y todos aquellos exámenes que no tengan relación con la lesión o la enfermedad amparada.

3.26. Gastos en excesos a los razonables y acostumbrados, gastos de cobranzas, impuestos, limpieza, microfilm, historias clínicas, estacionamiento, misceláneos, y otros costos no definidos, ni relacionados con el tratamiento de la afección declarada.

3.27. Atención médica, estudios, tratamientos y hospitalización por alteraciones hormonales con repercusión en el crecimiento y/o desarrollo.

3.28. La compra o alquiler de aires acondicionados, deshumificadores, sillas de ruedas de cualquier tipo, escaleras móviles o ascensores, piscinas, camas de agua, camas especiales, equipos de ejercicios, equipos mecánicos o bioeléctricos, tratamientos ortopédicos, adquisición de botas, bragueros, plantillas, válvulas cardíacas, marcapasos, endoprótesis de cualquier tipo, muletas, aparatos ortopédicos, equipos para la administración de oxígenos, respiradores artificiales y otros equipos para el tratamiento de parálisis respiratoria, aparatos para mejorar la audición, aparatos para la corrección de la vista y similares, aparatos o equipos especiales contemplados para tratamientos de enfermedades.

3.29. Prótesis y muletas de miembro de cualquier tipo.

3.30. Tratamiento para cirugía de cambio de sexo, o para restablecer o mejorar las funciones sexuales y la colocación o reemplazo de prótesis de pene.

3.31. Esterilización y procedimientos anticonceptivos en cualquiera de los sexos, así como las consecuencias que se deriven de ellos. Tratamiento de infertilidad, impotencia, enfermedad de peryronie y frigidez.

3.32. Reversión de procedimientos de esterilización o para cualquier tratamiento de control de natalidad in vitro, fertilización in vitro o cualquier procedimiento similar.

3.33. Tratamientos por terapia ocupacional, educacional de lenguaje, de estudio, por déficit psicomotor, tratamiento y hospitalización por alteraciones de crecimiento.

3.34. Tratamientos de acupuntura, medicina homeopática y actos médicos no reconocidos por la Federación Médica o institución similar del país, donde se presta la atención médica.

3.35. Tratamiento de enfermedades contagiosas que requieran aislamiento del paciente, así como epidemias declaradas por las autoridades locales o regionales o por la Organización Mundial de la Salud.

Si la hospitalización, tratamiento médico o intervención quirúrgica se debiese a alguna enfermedad, para un tratamiento o intervención no cubierto según las condiciones de la presente Póliza, y se presentare alguna complicación, esta también será considerada a los efectos de este seguro, como una enfermedad no amparado por esta Póliza.

CLÁUSULA 4. EXONERACIONES PARTICULARES DE RESPONSABILIDAD:

LA COMPAÑÍA no estará obligada al pago de la indemnización, en los siguientes casos:

4.1. Cuando el Tomador, **EL ASEGURADO**, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de alguno de ellos presente facturas, informes, certificaciones o cualquier otro recaudo requerido, que no cumpla con los requisitos especificados en la Cláusula 15 de estas Condiciones Particulares, referente a las reclamaciones.

4.2. Si el Tomador, **EL ASEGURADO**, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de alguno de ellos, no hiciere la reclamación a **LA COMPAÑÍA** en los lapsos indicados en las Cláusulas 15 y 20, de estas Condiciones Particulares, referidos a reclamaciones y a la Cobertura de maternidad cuando corresponda.

CLÁUSULA 5. PERSONAS ASEGURABLES.

Son asegurables bajo la presente Póliza, las siguientes personas:

5.1. ASEGURADO TITULAR: Podrán suscribir el presente seguro, toda persona mayor de dieciocho (18) años de edad, siempre que al momento de ser incluido en este seguro sea menor de ochenta (80) años.

5.2. ASEGURADOS FAMILIARES:

5.2.1. El cónyuge de **EL ASEGURADO** Titular o la persona que mantenga unión estable de hecho con éste.

5.2.2. Los hijos o hermanos de **EL ASEGURADO** Titular o de su cónyuge, siempre que sean solteros y dependientes económicamente de alguno de éstos.

5.2.3. Los padres de **EL ASEGURADO** Titular o de su cónyuge.

5.2.4. Cualquier otra persona que conviva y dependa económicamente o que sea persona al servicio de **EL ASEGURADO** Titular, siempre que **LA COMPAÑÍA** lo haya aceptado como **ASEGURADO**.

Es condición indispensable que tanto **EL ASEGURADO** Titular como los asegurados familiares, gocen de buena salud al momento de solicitar su inscripción en el seguro.

Para garantizar la Cobertura, el Tomador y/o **EL ASEGURADO** Titular, deberá avisar a **LA COMPAÑÍA** cualquier circunstancia que ocurra en el grupo familiar inscrito en el Cuadro Recibo de Póliza, ya sea por ingreso, retiro, nacimiento, adopción, matrimonio o fallecimiento, dentro de los treinta (30) días siguientes a que tenga ocurrencia el hecho.

CLÁUSULA 6. PERSONAS NO ASEGURABLES.

Las que padezcan de epilepsia, apoplejía, enajenación mental aun cuando sea parcial y por períodos no continuos, parálisis, delirium tremens, diabetes, alcoholismo, las que sean sordas, mudas, ciegas o parcialmente ciegas, adictas al uso de estupefacientes, alucinógenos y drogas de cualquier otra naturaleza, o las que se encuentren hospitalizadas al momento de solicitar la Póliza.

CLÁUSULA 7. EXCLUSIÓN DE ASEGURADOS.

Siempre y cuando no hayan transcurrido tres (3) años ininterrumpidos desde la celebración de este contrato, y el Tomador haya pagado la Prima correspondiente en la fecha de su exigibilidad; en cada renovación de la presente Póliza se excluirán automáticamente aquellos hijos o hermanos asegurados, que hayan contraído matrimonio, cambiado de dependencia económica o fallecido.

Sí la exclusión aquí expuesta, debido a matrimonio o cambio de dependencia económica se efectuare, LA COMPAÑÍA podrá ofrecerle la contratación de una Póliza de Hospitalización, Cirugía y Maternidad con Cobertura igual o similar a la garantizada por la presente Póliza, considerándose los derechos de antigüedad adquiridos hasta la fecha en que finalizó la Cobertura anterior.

En caso que por error u omisión de LA COMPAÑÍA, no se produzca la exclusión automática de las personas erróneamente no excluidas, éstas no serán consideradas ASEGURADOS, comprometiéndose LA COMPAÑÍA a realizar las devoluciones de Primas correspondientes, si ese fuera el caso. La Prima pagada después de ocurrida esta circunstancia, no causará obligación por parte de LA COMPAÑÍA, sólo dará lugar al reintegro de las Primas pagadas indebidamente.

CLÁUSULA 8. INCLUSIÓN DEL ASEGURADO.

Previo pago de la Prima correspondiente, los hijos del ASEGURADO Titular que nazcan durante la vigencia de la Póliza, estarán cubiertos desde el momento mismo de su nacimiento, siempre y cuando EL ASEGURADO Titular convalide su inclusión, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del nacimiento, para lo cual deberá adjuntarse a la solicitud, la fotocopia de la partida de nacimiento.

Si el nacimiento ocurre después de haber transcurrido once (11) meses de vigencia del seguro para EL ASEGURADO Titular, y su inclusión se realiza dentro del lapso de los treinta (30) días indicados, los plazos de espera contemplados en la Cláusula 12 de estas Condiciones Particulares no serán aplicables a este nuevo ASEGURADO.

CLÁUSULA 9. GASTOS AMPARADOS.

LA COMPAÑÍA indemnizará los gastos médicos razonables y acostumbrados, utilizados para la atención médica, intervención quirúrgica con o sin hospitalización, servicios hospitalarios, servicios ambulatorios, medicinas, suministros y equipos especiales requeridos para la atención médica del ASEGURADO, con motivo de una enfermedad o un accidente cubierto por la presente Póliza, hasta el límite máximo de indemnización indicado en el Cuadro Recibo de Póliza, previo descuento del deducible contratado, siempre que dichos gastos no se originen a causa de alguna enfermedad o accidente excluidos o, se encuentre dentro de los plazos de espera establecidos en estas Condiciones Particulares, los cuales son:

9.1. HOSPITALIZACIÓN: Gastos en que incurra EL ASEGURADO durante su permanencia como paciente en una institución médica, por los siguientes conceptos:

9.1.1. Los gastos diarios ocasionados por servicio de habitación corriente, privada o semiprivada, hasta el máximo del costo de la habitación en la institución médica, y la alimentación del paciente conforme a la prescripción facultativa.

9.1.2. Los gastos de admisión, uso de teléfono para llamadas locales, uso de televisor y el costo de pernoctas del acompañante, siempre y cuando ocupe la misma habitación que el paciente ASEGURADO.

9.1.3. Los gastos por uso de la sala de terapia intermedia o intensiva, durante la hospitalización del ASEGURADO, debidamente ordenados por los médicos tratantes, para atender enfermedades graves o situaciones de emergencia.

9.2. CLÍNICOS Y ESPECIALES: Derecho a quirófano, material de anestesia, material quirúrgico y de cura, oxígeno, transfusiones de sangre, imaginología, exámenes de laboratorio, exámenes especiales que no sean de laboratorio y estudios anatomopatológicos y de monitoreo como: saturación de oxígeno, electrocardiografía y electroencefalografía.

9.3. HONORARIOS MÉDICOS: Son los honorarios de los médicos tratantes que estén legalmente autorizado para el ejercicio de la profesión médica, que tenga una especialidad reconocida por la Federación Médica Venezolana, no conviva con el que recibe la atención médica y no tenga parentesco dentro del segundo grado (2º) de consanguinidad o afinidad con el Tomador o EL ASEGURADO, dichos gastos deben ser acordados antes de realizarse un tratamiento médico o cirugía electiva, y por los siguientes conceptos:

9.3.1. Honorarios del médico tratante y/o cirujano principal, un máximo de dos (2) ayudantes y un (1) anestesiólogo por intervención quirúrgica, ocasionados por accidente o enfermedad cubierta en esta Póliza.

Si en el curso de una misma hospitalización o intervención quirúrgica, EL ASEGURADO es atendido por dos (2) o más cirujanos, o si se efectúan dos (2) o más intervenciones quirúrgicas, éstas serán consideradas como

una sola a los efectos de la indemnización, y si se presentasen accidentes y/o complicaciones o enfermedades originadas por la enfermedad primaria, durante el curso de la hospitalización, o que requieran nueva hospitalización; la indemnización total en ningún caso excederá por cada ASEGURADO, del monto de la Suma Asegurada establecida en el Cuadro Recibo de Póliza.

Si un tratamiento quirúrgico se efectuase mediante intervenciones repetidas, éstas serán consideradas como una sola para efecto de los honorarios profesionales por cirugía.

9.3.2. Honorarios médicos de especialistas por visitas realizadas, con el objeto de atender al ASEGURADO que por orden médica, esté hospitalizado para el tratamiento de una enfermedad o lesión, que no requiera cirugía cortante, o por emergencias médicas que no requieran hospitalización.

9.4. MEDICINAS: Son aquellas prescritas por el médico tratante, necesarias para el tratamiento de la enfermedad o lesión que causa el reclamo del ASEGURADO y/o Beneficiario, que hayan sido adquiridas en un establecimiento debidamente autorizado para el expendio de productos farmacéuticos.

Para su indemnización, deberán presentarse, además de las facturas pagadas, los originales de los correspondientes récipes de prescripción, y los suministros utilizados serán indemnizados con la presentación del detalle de consumo suministrado por la institución médica.

9.5. EXPLORACIONES DIAGNÓSTICAS: Se consideran cubiertos cuando expresamente sean ordenados por el médico tratante, y se requieran para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión amparada en esta Póliza tales como: fluoroscopias, radiografías, isótopos radiactivos, ultrasonidos, tomografías, resonancias, electrocardiogramas, exámenes metabólicos y de sangre.

En el caso de exámenes diagnósticos de patologías de vías digestivas, para que tengan Cobertura, es indispensable que un médico internista haga la referencia a un médico gastroenterólogo, mediante informe detallado, con indicación del tratamiento aplicado antes de la referencia y la evolución del paciente.

9.6. TRATAMIENTOS DENTALES: Se garantiza la Cobertura, para enfermedades originadas como consecuencia de un accidente que ocurra durante la vigencia del seguro, y sea debidamente notificados por el Tomador, EL ASEGURADO o el Beneficiario a LA COMPAÑÍA, en el lapso estipulado en la Cláusula 15 referida a reclamaciones de estas Condiciones Particulares, siempre que dicho accidente se encuentre amparado por esta Póliza y los gastos globales que se originen por el tratamiento o intervención quirúrgica a que de lugar, se realicen como máximo, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.

9.7. GASTOS EN HOSPITALES PÚBLICOS: Los gastos médicos por los servicios prestados en los hospitales públicos, institutos de beneficencia, entidades sin fines de lucro, Cruz Roja o en cualquier institución de carácter similar, serán reembolsados exclusivamente contra la presentación de facturas pagadas y soportes que demuestren el pago de los gastos incurridos, siempre que sean por conceptos cubiertos por esta Póliza.

9.8. AMBULANCIA: Están amparado los traslados en ambulancia por vía terrestre, dentro de la ciudad donde se presentó el accidente o enfermedad cubierto por esta Póliza, siempre que sean prescritos por el médico tratante, hasta un máximo de dos (2) viajes por ASEGURADO y por Año-Póliza.

9.9. GASTOS AMBULATORIOS: Son los gastos para intervenciones quirúrgicas bajo la modalidad de cirugía ambulatoria (permanencia en la institución hospitalaria inferior a 24 horas), siempre que la institución médica a la que acuda EL ASEGURADO, esté debidamente calificada para tal fin.

9.10. REHABILITACIÓN: Esta Póliza cubre los gastos por concepto de terapias de rehabilitación, que para la recuperación de la capacidad física perdida, requiera EL ASEGURADO, en caso de accidente o enfermedad amparados por esta Póliza, practicadas por profesionales autorizados en la materia e indicados por el médico tratante, siempre que obtenga la aprobación previa de LA COMPAÑÍA, que según el tipo de lesión, determinará el número de sesiones y el monto máximo a indemnizar. Las terapias de rehabilitación postoperatorias que cumplan con lo estipulado en el primer aparte de esta Cláusula, están cubiertas.

Si LA COMPAÑÍA a través del departamento autorizado, considera que se requiere rehabilitación antes de efectuar algún procedimiento quirúrgico, EL ASEGURADO en primer lugar deberá someterse a la rehabilitación y si ésta no es efectiva para la recuperación de la capacidad física perdida, podrá proceder a realizarse la operación. Cuando LA COMPAÑÍA haya recomendado la rehabilitación antes de una intervención quirúrgica, asumirá los gastos de estas terapias y en consecuencia los mismos no afectarán la Suma Asegurada.

9.11. INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS RECONSTRUCTIVAS: Están cubiertos los gastos de intervenciones quirúrgicas de tipo reconstructiva, originadas por un proceso maligno del órgano afectado o por lesión sufrida debido a un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, debidamente notificado a LA COMPAÑÍA en el lapso estipulado en la Cláusula 15 referido a reclamaciones de estas Condiciones Particulares, siempre que el accidente o enfermedad que originó el proceso o la lesión se encuentre amparado en las Condiciones Generales o Particulares de esta Póliza. Los gastos globales que se originen por la intervención quirúrgica a que de lugar, se deben realizar, como máximo, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de ocurrencia del siniestro.

CLÁUSULA 10. PREEXISTENCIAS.

Las enfermedades preexistentes, de acuerdo a la definición establecida en la Cláusula 2 de las Condiciones Generales de esta Póliza, serán susceptibles de indemnización en los siguientes casos:

10.1. Para aquellos **ASEGURADOS** inscritos desde el inicio de la Póliza, después de tres (3) años ininterrumpidos, contados desde la fecha de comienzo de ésta.

10.2. Para aquellos **ASEGURADOS** inscritos después de haber entrado en vigencia esta Póliza, luego de transcurridos tres (3) años ininterrumpidos, contados desde la fecha de su inclusión en la presente Póliza.

CLÁUSULA 11. RECONOCIMIENTO MÉDICO COMPLEMENTARIO.

EL Tomador en su nombre y en nombre de los **ASEGURADOS** representados por él en la presente Póliza, acepta y conviene que **LA COMPAÑÍA** en el momento que lo considere necesario, tiene el derecho de hacer examinar por su cuenta y por los médicos que ella designe a **EL ASEGURADO** hospitalizado o que haya sido sometido a una intervención quirúrgica. **EL ASEGURADO** se compromete a facilitar a **LA COMPAÑÍA** y a él o los médicos que ella designe, toda clase de informaciones sobre la enfermedad.

EL Tomador en su nombre y en nombre de los **ASEGURADOS** representados por él en la presente Póliza, autoriza a los representantes de la institución médica y a los médicos tratantes que hayan atendido a **EL ASEGURADO** afectado, a dar a **LA COMPAÑÍA** cualquier otra información adicional que ésta estime necesaria y razonable, para la evaluación de la reclamación. Así mismo, **LA COMPAÑÍA** se reserva el derecho de exigir pruebas fehacientes de la identificación y edad del **ASEGURADO** por el cual se hace la reclamación.

CLÁUSULA 12. PLAZOS DE ESPERA.

EL ASEGURADO tiene derecho a la Cobertura establecida por la presente Póliza, una vez transcurridos los plazos de espera que se especifican a continuación, los cuales se contarán a partir de la fecha de inicio de Póliza para cada **ASEGURADO** en particular, de la renovación, del aumento de la Suma Asegurada, del cambio de plan o de la inclusión de un **ASEGURADO** según sea el caso, siempre que la enfermedad, hospitalización, intervención quirúrgica o tratamiento médico, no se encuentren excluidos según lo estipulado en esta Póliza:

12.1. Tendrán **Cobertura inmediata**, los gastos incurridos por motivo de accidentes y las enfermedades infecciosas agudas siguientes: meningoencefalitis, fiebre reumática, malaria, neumonía, gastroenteritis, abscesos, apendicitis y pielonefritis, ocurridas, contraídas u originadas después de la fecha de comienzo de la Póliza para cada **ASEGURADO**. Si la hospitalización o intervención quirúrgica se debiese a alguna enfermedad existente en el momento de ocurrir un accidente y ésta agravase las consecuencias del

mismo, o si un accidente agrava el curso de una enfermedad, el caso será considerado a los efectos de este seguro y de la aplicación de los plazos de espera, como una de enfermedad y no como un accidente.

12.2. Tendrán Cobertura después de ocho (8) meses de contratada la Póliza, todas las enfermedades que den lugar a tratamiento médico, hospitalización o intervención quirúrgica, cirugías derivadas de las siguientes enfermedades genitourinarias, urogenitales y ginecológicas (Hiperplasia prostática benigna, Estenosis de la uretra, Quistes de epidídimo, Varicocele, Prolapso vesical, Incontinencia urinaria, Nefroptosis, Quiste Renal, Fibromas Uterinos, Colpocele, Histerocele, Fibroadenomas mamarios, Rectocele, Hernias inguinales y Hernias umbilicales); exceptuando las enfermedades mencionadas en el numeral 12.1. de esta Cláusula,

12.3. Para todo lo relacionado con los plazos de espera de la Cobertura de maternidad, se aplicará lo previsto en la Cláusula 20 numeral 20.1. referido a los Plazos de Espera Maternidad, de estas Condiciones Particulares.

Para todo nuevo **ASEGURADO**, los plazos de espera se contarán a partir de su inclusión en la Póliza. **LA COMPAÑÍA**, no aplicará los plazos de espera al **ASEGURADO** Titular ni a los asegurados familiares iniciales que hayan estado asegurados con éste, cuando el Tomador haya contratado esta Póliza dentro de los treinta (30) días siguientes a la terminación de un contrato similar en otra compañía de seguros, siempre y cuando presente la declaración de buena salud, su Póliza anterior no haya sido anulada por mala experiencia y se anexen tanto el Cuadro Recibo de Póliza como el último recibo pagado.

Si, dentro de los planes de salud de **LA COMPAÑÍA**, el Tomador trasladare su Cobertura a un plan de mayores beneficios, al ocurrir una reclamación indemnizable dentro de los plazos de espera de este nuevo plan, dicha reclamación se pagará sobre la base de las condiciones establecidas en el plan anterior, exceptuando las reclamaciones por accidentes.

CLÁUSULA 13. SELECCIÓN DE MÉDICOS Y EXTENSIÓN GEOGRÁFICA.

EL ASEGURADO podrá elegir libremente la institución médica y los médicos que le puedan prestar los servicios requeridos para su hospitalización, intervención quirúrgica o para la atención obstétrica, siempre que la institución y los médicos, estén legalmente autorizados para prestar sus servicios.

Los beneficios de esta Póliza tienen validez en cualquier parte del mundo, pero, en todo caso cuando los mismo no sean prestados en el país, la indemnización que proceda según la Cobertura, se hará en Venezuela mediante el procedimiento de reembolso, en moneda de curso legal, al tipo de cambio para la venta establecido por el Banco Central de Venezuela, que rija para la fecha de pago de la o las facturas que sustenten la reclamación, siempre que haya cumplido con todos los requisitos, establecidos en la Póliza.

CLÁUSULA 14. AVISO DE SINIESTRO.

El Tomador, **EL ASEGURADO**, el Beneficiario o un representante de éstos, deberá informar a **LA COMPAÑÍA** si alguna de las personas amparadas por esta Póliza, recibió o recibe atención médica por alguna enfermedad o

accidente cubierto por ésta, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha que tenga conocimiento del inicio de la atención médica.

CLÁUSULA 15. RECLAMACIONES.

Dentro de los quince (15) días hábiles siguientes, a la fecha de aviso del siniestro o a la fecha de terminación de la atención médica, lo último que ocurra, el Tomador, **EL ASEGURADO**, el Beneficiario o un representante de éstos, deberá realizar la reclamación a través de los formularios suministrados para tal fin por **LA COMPAÑÍA**, acompañados de los originales de certificaciones médica, informes e informaciones provenientes de instituciones médicas legalmente autorizadas, así como los documentos, facturas y recibos originales correspondientes a los servicios médicos expresamente amparados por la Póliza. Las facturas originales, deberán cumplir con las especificaciones legales, como Rif., número de factura y de control, datos de la imprenta autorizada para la emisión de las mismas, según corresponda.

Si se tratare de un accidente, **EL ASEGURADO** además de los recaudos antes indicados, deberá entregar a **LA COMPAÑÍA** una declaración por escrito suministrando todos los datos referentes al accidente y circunstancias en que se produjo, así como cualquier otro tipo de documento que **LA COMPAÑÍA** directamente o por medio de sus representantes, considere necesario solicitar para una mejor evaluación de la reclamación.

En caso de fallecimiento de **EL ASEGURADO**, la reclamación deberá ser presentada a más tardar dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo, acompañada del acta de defunción.

LA COMPAÑÍA podrá solicitar a **EL ASEGURADO** o Beneficiario sólo en una (1) oportunidad, en función de la información suministrada, nuevos recaudos para la evaluación del siniestro y/o la determinación del pago que pudiera corresponder, dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de entrega de los recaudos inicialmente solicitados. **EL ASEGURADO** tendrá un lapso de quince (15) días hábiles, contados desde la fecha de recepción de la solicitud, para entregar los nuevos recaudos solicitados.

Si no se hiciera la reclamación a **LA COMPAÑÍA** en el lapso indicado, **EL ASEGURADO** o Beneficiario perderá el derecho a la indemnización prevista en esta Póliza, a menos que se demuestre que tal incumplimiento se deba a causa externa no imputable al **ASEGURADO**.

CLÁUSULA 16. PAGO DE INDEMNIZACIONES.

LA COMPAÑÍA, podrá indemnizar los gastos cubiertos incurridos, una vez transcurridos los plazos de espera previsto en las Cláusulas 12 y 20 numeral 20.1.de estas Condiciones Particulares, mediante alguno de los siguientes procedimientos de indemnización:

16.1. Reembolso: Procede en caso que **EL ASEGURADO** y/o Beneficiario haya sufragado los gastos por conceptos expresamente cubiertos por esta Póliza, **LA COMPAÑÍA** reembolsará los mismos dentro de los treinta (30) días siguientes de formulada la reclamación por **EL ASEGURADO** y/o Beneficiario,

siempre y cuando esté acompañada de los siguientes documentos presentados en original: certificaciones médicas, informes, récipes médicos y sus facturas, y documentos concernientes a los servicios médicos los cuales deben cumplir con los requisitos de ley.

En caso de tratamientos continuados, **EL ASEGURADO** y/o Beneficiario se compromete a presentar a **LA COMPAÑÍA** mensualmente, los originales de las facturas y comprobantes de pago por los servicios médicos recibidos y amparados.

Cuando **EL ASEGURADO** reciba los servicios médicos fuera del país, los documentos solicitados en esta Cláusula, deberán estar sellados por el Consulado o Embajada de la República Bolivariana de Venezuela del país donde se prestaron los servicios, traducidos al idioma castellano.

La responsabilidad de **LA COMPAÑÍA** se limita únicamente al pago de los gastos amparados bajo la presente Póliza, y en ningún caso, por los hechos y omisiones que por negligencia, impericia e imprudencia incurra el personal médico o paramédico que intervenga en la asistencia del **ASEGURADO**, o por los servicios que le proporcione cualquier institución médica o laboratorio.

16.2. Carta Aval: Si el Tomador o **EL ASEGURADO** desea hacer efectiva la indemnización correspondiente bajo esta modalidad, deberá presentar por lo menos con cinco (5) días de anticipación a la fecha de la intervención, junto a su solicitud de carta aval los siguientes documentos: Copia de su cédula de identidad, el presupuesto detallado de la institución médica elegida, informe médico amplio firmado por el médico tratante, señalando el diagnóstico y el tipo de intervención quirúrgica que debe efectuarse, así como exámenes o evaluaciones previas que corroboren la patología que origine la solicitud.

LA COMPAÑÍA evaluará la solicitud, en un plazo de cuarenta y ocho (48) horas y notificará a el Tomador o a **EL ASEGURADO**, si la solicitud del servicio de carta aval procede o no, en caso de aprobación le entregará la carta aval correspondiente con la cual deberá dirigirse a la institución médica, a fin que proceda su ingreso a la misma y recibir la atención médico quirúrgica requerida.

La carta aval indicará la fecha máxima hasta la cual **EL ASEGURADO** podrá recibir la atención médica autorizada, con la garantía emitida por **LA COMPAÑÍA**.

LA COMPAÑÍA se reserva el derecho a suministrar la carta aval, en aquellos casos que, previa evaluación médica de los recaudos presentados, no exista una clara certeza del diagnóstico dado a **EL ASEGURADO**.

16.3. Clave de Emergencia: Será otorgada por **LA COMPAÑÍA** sólo en situaciones de emergencia médica, **EL ASEGURADO** afectado deberá acudir a la institución médica, presentando los documentos que acrediten su identidad, una persona autorizada de la institución médica deberá comunicarse con **LA COMPAÑÍA** a través del departamento de servicio de atención de 24 horas, por fax o por mecanismo electrónico, a fin de validar la condición de **EL ASEGURADO** con **LA COMPAÑÍA**. Una vez confirmado la condición de **EL ASEGURADO**, el personal autorizado deberá enviar un informe médico del diagnóstico de ingreso y los resultados de los exámenes de laboratorio y otros análisis médicos practicados, que confirmen dicho diagnóstico. **LA**

COMPAÑÍA, evaluará los documentos que certifican el diagnóstico, y en caso de ser procedente, otorgará inmediatamente la clave de emergencia por escrito, indicando el nombre de **EL ASEGURADO**, la identificación de la institución médica, el diagnóstico y el monto del compromiso de pago.

LA COMPAÑÍA se reserva el derecho a suministrar este servicio de clave de emergencia, en aquellos casos que, previa evaluación médica de los recaudos presentados, no exista una clara certeza del diagnóstico dado a **EL ASEGURADO**.

LA COMPAÑÍA mantendrá convenios con algunas instituciones médicas por intermedio de las cuales, **EL ASEGURADO** podrá recibir la indemnización que corresponda bajo la presente Póliza, para la indemnización a través de cartas avales o claves de emergencias. **LA COMPAÑÍA** emitirá trimestralmente mediante avisos colocados en sus oficinas de atención al público o en los medios de información electrónicos, un listado de los médicos e instituciones médicas con los que mantiene convenio.

Si después de hacerse efectivo el pago de una reclamación, resultare que los gastos incurridos por **EL ASEGURADO** y pagados por **LA COMPAÑÍA**, fueren consecuencia o relacionados con alguna de las exclusiones o limitaciones de esta Póliza, no conocida por **LA COMPAÑÍA** al momento del reclamo, ésta procederá a recuperar del Tomador o **EL ASEGURADO**, el monto que haya sido pagado indebidamente.

En caso de siniestro ocurrido, dentro de los plazos de espera por aumento de la Suma Asegurada, el pago del siniestro se hará con base en las condiciones establecidas en la Cláusula 12 de las Condiciones Particulares referente a los plazos de espera, exceptuando las reclamaciones por accidentes.

LA COMPAÑÍA pagará la indemnización que corresponda a el Tomador, **EL ASEGURADO** o Beneficiario, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha en que se completó la documentación que le fuere exigida por **LA COMPAÑÍA**.

Si en el curso de una reclamación por un siniestro cubierto por la presente Póliza, **EL ASEGURADO** Titular llegare a fallecer, el pago que pueda corresponder por este concepto, se hará a favor de los herederos de **EL ASEGURADO** Titular, una vez que éstos hayan realizado todos los trámites legales correspondientes, incluyendo la respectiva declaración sucesoral, y se establezca su condición de causahabientes.

CLÁUSULA 17. LÍMITE MÁXIMO DE INDEMNIZACIÓN.

El monto máximo indemnizable por gastos médicos razonables y acostumbrados incurridos cubiertos, será el indicado en el Cuadro Recibo de Póliza. Este límite se aplicará separadamente a cada **ASEGURADO** por evento y por Año-Póliza, ya que el monto máximo indemnizable no es acumulable.

Toda indemnización que se efectúe como consecuencia de una misma enfermedad o accidente, durante un Año-Póliza, disminuirá la Suma Asegurada, y la responsabilidad de **LA COMPAÑÍA** se limitará al remanente entre la Suma Asegurada de la Cobertura afectada y el (los) monto(s) indemnizado(s) con anterioridad por el mismo.

CLÁUSULA 18. RECHAZO DE SINIESTRO.

LA COMPAÑÍA deberá notificar por escrito al Tomador, **EL ASEGURADO** o Beneficiario, dentro del plazo señalado en la Cláusula 16 de las Condiciones Particulares referente al pago de indemnizaciones, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo total o parcial de la indemnización exigida.

CLÁUSULA 19. DEDUCIBLE.

Antes que **LA COMPAÑÍA** proceda al pago de cualquier indemnización, descontará de los gastos médicos razonables y acostumbrados incurridos y reclamados, el deducible que aparece indicado en el Cuadro Recibo de Póliza. El deducible contratado se aplicará por cada **ASEGURADO**, por evento y por Año-Póliza.

CLÁUSULA 20. COBERTURA DE MATERNIDAD.

Solo podrá gozar de esta Cobertura, la **ASEGURADA Titular** o la cónyuge de **EL ASEGURADO Titular**.

Están cubiertos en su totalidad siempre y cuando no excedan de la Suma Asegurada, los gastos razonables y acostumbrados, requeridos para el parto normal, por cesárea, con fórceps y curetaje uterino por aborto espontáneo que le ocurra a la **ASEGURADA Titular** o la cónyuge del **ASEGURADO Titular**, inscrita en la Póliza, una vez transcurridos los plazos de espera, por concepto de: honorarios médicos, hospitalización, medicinas, servicios complementarios de clínica, teléfono por llamadas locales, uso de televisor durante la hospitalización, equipos especiales, y siempre que no se encuentre entre las exclusiones establecidas en esta Póliza.

También están cubiertos los gastos originados por el niño al nacer, como: retén, honorarios del pediatra, incubadora y los gastos por consultas prenatales y post-natales, equivalentes a una consulta mensual durante el embarazo, hasta un máximo de nueve (9) consultas, los exámenes de diagnóstico del embarazo y los ecosonogramas hasta un máximo de cuatro (4) exámenes.

20.1. PLAZO DE ESPERA MATERNIDAD.

Para esta Cobertura de maternidad se establecen los siguientes plazos de espera:

20.1.1. En caso de parto normal, cesárea o fórceps el plazo de espera vence después de transcurrir los once (11) meses consecutivos contados a partir de la fecha de comienzo de la Póliza, o de la inclusión de la persona señalada en el Cuadro Recibo de póliza

20.1.2. Para el curetaje uterino por aborto espontáneo, la **ASEGURADA Titular** y/o cónyuge del **ASEGURADO Titular** tendrán Cobertura después de

transcurrido cinco (5) meses de vigencia de la Póliza, o de la inclusión de la persona señalada en el Cuadro Recibo de Póliza.

20.2. RECLAMACIONES COBERTURA MATERNIDAD.

Para que proceda la indemnización de los gastos médicos razonables y acostumbrados para maternidad, la reclamación deberá realizarse en los formularios usuales de **LA COMPAÑÍA**, acompañada de los recaudos señalados en la Póliza, dentro de los sesenta (60) días continuos de haberse efectuado el gasto por el cual el Tomador, **EL ASEGURADO** o Beneficiario solicita indemnización.

EL TOMADOR

SEGUROS ALTAMIRA, C. A.

Este documento no tiene valor sin el sello y la firma autorizada.

Dirección de la Sede de la Compañía: Avenida Libertador con Calle Negrín,
Centro Comercial Av. Libertador,
Pisos 1, 2, 3 y PH, Urb. La Florida, Caracas, Distrito Capital.

Aprobada por la Superintendencia de Seguros, Ministerio de Finanzas,
mediante Oficio Nro. 005916 de fecha 20 de julio de 2.005