

PÓLIZA DE SEGURO COMBINADO FAMILIAR

Entre **La Mundial de Seguros, C.A.**, Registro de Información Fiscal RIF J000846448, que en adelante será denominada el Asegurador, representada por el ciudadano _ en su carácter de _____, facultado según consta en documento inscrito ante la Notaría Pública _____, el _ de _____ de __, bajo el N° __, Tomo __, 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

Mediante esta Póliza, el Asegurador se compromete a indemnizar hasta por la suma asegurada contratada, o a gestionar y prestar los servicios requeridos por los asegurados por los riesgos mencionados en las Condiciones Particulares en caso de ocurrencia de los mismos, sujeto a los términos y condiciones y límites establecidos la misma.

CLÁUSULA 2. DEFINICIONES

A los efectos de este contrato, queda expresamente convenido entre las partes que los siguientes términos tendrán los significados que se indican, siendo que el género masculino incluirá también al femenino, cuando corresponda, salvo que del texto de este contrato se desprenda una interpretación diferente:

ASEGURADOR: **La Mundial de Seguros, C.A.**, antes identificada, quien asume los riesgos cubiertos bajo los términos establecidos en las Condiciones Generales, Particulares y Anexos de este contrato.

TOMADOR: Persona Natural o Jurídica que contrata el seguro con el Asegurador y se obliga al pago de la prima.

ASEGURADO: Persona Natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, ya sea el Asegurado Titular o cualquiera de los integrantes de su grupo familiar.

ASEGURADO TITULAR: Asegurado indicado con este carácter en el Cuadro Póliza Recibo, quien ejerce los derechos de los asegurados ante el Asegurador.

GRUPO FAMILIAR: Es el formado por todas aquellas personas que tienen un vínculo común con el Asegurado Titular y que están amparados por este contrato.

DEPENDIENTES: Son aquellas personas que conviven y dependen económicamente del Asegurado Titular.

BENEFICIARIO: Persona natural o jurídica que tiene el derecho de recibir el pago de la indemnización a que hubiere lugar. En caso de reembolso, el Asegurador pagará la indemnización al Asegurado Titular, independientemente de la persona que haya incurrido en los gastos.

EDAD: Es la correspondiente a la fecha de cumpleaños más cercana, anterior o posterior, al momento de emisión o renovación de la Póliza.

DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO: Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, el Cuadro Póliza Recibo, los Anexos que se emitan para complementar o modificar el contrato y los demás documentos que por su naturaleza formen parte del contrato.

SOLICITUD DEL SEGURO: Cuestionario que proporciona el Asegurador, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del Tomador, de los propuestos asegurados y de los Beneficiarios, así como también del estado de salud de cada una de las personas que estarán amparadas por el contrato y demás datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el Tomador o propuesto Asegurado Titular, según corresponda, constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión de este contrato.

CUADRO PÓLIZA RECIBO: Documento emitido por el Asegurador, donde se indica como mínimo, la siguiente información: Número de la Póliza, identificación completa del Asegurador y de su domicilio principal, identificación completa del Tomador, de los Asegurados y de los Beneficiarios, dirección del Tomador, dirección de cobro, dirección del Asegurado Titular, nombre del Intermediario de la Actividad Aseguradora, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma de pago, duración del contrato, fecha de emisión del contrato, deducible, si lo hubiere, y firmas del Asegurador y del Tomador.

CONDICIONES PARTICULARES: Son aquellas que contemplan aspectos específicos relativos al riesgo que se asegura.

PRIMA: Contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración del contrato.

SUMA ASEGURADA: Límite máximo de responsabilidad del Asegurador.

RIESGO: Posible ocurrencia por azar de un acontecimiento que no dependa exclusivamente de la voluntad del Tomador, Asegurado o Beneficiario, que ocasione una necesidad económica, y cuya aparición real o existencia se previene y garantiza en este contrato.

SINIESTRO: Materialización del riesgo que da origen a la obligación de indemnizar por parte del Asegurador.

CLÁUSULA 3. DURACIÓN DEL CONTRATO

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

A falta de indicación expresa, los riesgos comienzan a correr por cuenta del Asegurador a las 12 m. del día de inicio de la vigencia del contrato y terminarán a la misma hora del día de su vencimiento.

CLÁUSULA 4. PAGO DE LA PRIMA

El Tomador debe pagar la primera prima anual en el plazo de diez (10) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la duración del contrato. Si la prima no es pagada o se hace imposible su cobro por causa imputable al Tomador en el plazo establecido, el Asegurador tendrá derecho a exigir el pago correspondiente o resolver el contrato. En caso de resolución, esta tendrá efecto desde el inicio de la duración del contrato. Si el Asegurador no ejerce su derecho a resolver el contrato de seguro, no podrá negarse a recibir el pago de la prima vencida.

Si ocurriese un siniestro en el plazo convenido para el pago de la prima, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague antes de su vencimiento la prima correspondiente.

El pago de la prima solamente conserva en vigor la Póliza por el tiempo al cual corresponde dicho pago, según se haga constar en el Cuadro Póliza Recibo.

Contra el pago de la prima, el Asegurador entregará al Tomador el Cuadro Póliza Recibo correspondiente, según sea el caso, firmado y sellado. La entrega podrá efectuarse en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, que consten en la solicitud de seguro, con su acuse de recibo.

Las primas correspondientes a este contrato serán pagadas directamente en las oficinas del Asegurador. El Asegurador no está obligado a cobrar la prima a domicilio ni a dar avisos de su vencimiento y si lo hiciere, no sentará precedente de obligación, pudiendo suspender la gestión, en cualquier momento sin previo aviso.

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

Las primas podrán ser pagadas bajo cualquier mecanismo o medio acordado por las partes.

El Tomador se obliga a pagar la prima correspondiente en la moneda en que se suscribe el contrato indicado en el Cuadro Póliza Recibo. No obstante, el Tomador podrá liberarse de su obligación mediante el pago del equivalente en Bolívars calculado a la tasa de cambio oficial fijada por el Banco Central de Venezuela para la fecha del pago.

CLÁUSULA 5. FRACCIONAMIENTO DE LAS PRIMAS

Si el pago de la prima es fraccionado, se entiende que tal fraccionamiento es una facilidad de pago y no implica modificación del período de vigencia del contrato. En este caso, si el Tomador no pagase cualquier fracción de la prima dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la finalización de la última fracción pagada el Asegurador tiene derecho a exigir la prima debida o a resolver el contrato y si en ese período ocurriese un siniestro amparado, el Asegurador procederá de conformidad con las siguientes reglas:

1. Descontar del monto indemnizable la fracción de prima vencida. No obstante, si el monto a pagar es por la totalidad de la suma asegurada, el Asegurador podrá deducir las fracciones de primas pendientes para completar la totalidad de la prima del período de vigencia del contrato.
2. Si el monto indemnizable es menor a la fracción de prima vencida, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague la referida fracción de prima vencida, antes del referido plazo de cinco (5) días hábiles previsto en esta Cláusula.

En caso de resolución por falta de pago de una fracción de prima vencida, éste tendrá

efecto desde la fecha de finalización del periodo cubierto por la última fracción de prima pagada, siempre que el Asegurador lo haya notificado previamente al Tomador o al Asegurado.

CLÁUSULA 6. RENOVACIÓN

El contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior y por un plazo igual, siempre que el Tomador pague la prima correspondiente al nuevo período, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula 10.- Plazo de Gracia, de estas Condiciones Generales, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la continuidad del anterior.

Las partes pueden negarse a la prórroga del contrato mediante una notificación efectuada a la otra parte en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados, con un plazo de por los menos un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de duración en curso.

CLÁUSULA 7. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

El Asegurador no estará obligado al pago de la indemnización en los siguientes casos:

- a. 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 relacionados con este contrato.
- 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 o de cualquier persona que obrare por cuenta de ellos. No obstante, el Asegurador estará obligado al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el Asegurador en lo que respecta a este contrato.
- d. Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no empleare los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro, siempre que este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador.
- e. Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no notificare el siniestro o no entregare los documentos requeridos por el Asegurador, dentro de los plazos señalados en la Cláusula 9. Reembolso de Gastos por Servicio de Asistencia Médica de Salud; Cláusula 10. Procedimiento para Activar la Cobertura de Gastos Funerarios; y Cláusula 15. Reclamaciones, de las Condiciones Particulares, a menos que compruebe que la notificación dejó de realizarse por causa extraña no imputable al Tomador, el Asegurado o el Beneficiario.

- f. Si el Tomador o el Asegurado Titular actúa con dolo o culpa grave, según lo señalado en la Cláusula 8. Declaraciones en la Solicitud, de estas Condiciones Generales.
- g. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares y Anexos de la Póliza.

CLÁUSULA 8. DECLARACIONES EN LA SOLICITUD

El Tomador o el Propuesto Asegurado Titular debe llenar la solicitud y declarar con exactitud al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario y demás requerimientos que le indique, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

El Asegurador deberá participar al Tomador o Asegurado, en el plazo de cinco (5) días hábiles siguientes, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver el contrato mediante comunicación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con acuse de recibo, dirigida al Tomador o Asegurado según corresponda, en el plazo de un (1) mes, contado a partir del conocimiento de los hechos. En caso de resolución, ésta se producirá a partir del decimosexto (16º) día continuo siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la prima, deducida la comisión pagada al Intermediario de la Actividad Aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir, se encuentre a disposición del Tomador en la caja del Asegurador. Corresponderán al Asegurador las primas relativas al período de seguro transcurrido, hasta el momento en que se haga esta notificación.

Si el siniestro sobreviene antes que el Asegurador haga cualquiera de las notificaciones a que se refiere esta cláusula o antes de que se haga efectiva la resolución del contrato, la indemnización se reducirá en la misma proporción que existe entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador actúa con dolo o culpa grave, el Asegurador quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la prima.

Cuando el contrato esté referido a varias personas y la reserva o inexactitud se contrajese sólo a una o varias de ellas, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto a los restantes si ello fuere técnicamente posible.

CLÁUSULA 9. FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE

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

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Tomador, Asegurado o Beneficiario en la reclamación del siniestro, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato y exonera del pago de la indemnización al Asegurador.

No hay lugar a la devolución de prima en los supuestos de nulidad del contrato contemplados en esta Cláusula.

CLÁUSULA 10. PLAZO DE GRACIA

Se conceden treinta (30) días continuos de gracia para el pago de la prima de renovación, contados a partir de la fecha de terminación de la duración del contrato anterior.

Si ocurriere un siniestro en este plazo, el Asegurador pagará la indemnización, previa deducción de la prima correspondiente. Si el monto del siniestro es menor a la prima de renovación, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague la prima en el plazo de gracia concedido. Si la prima no es pagada en el referido plazo, el contrato quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación de la duración del contrato anterior.

CLÁUSULA 11. EXCLUSIONES GENERALES

El Asegurador no cubre los gastos o indemnizaciones relacionadas con:

1. Lesiones ocasionadas como consecuencia o se den en el curso de: guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con alguna organización que realice actividades dirigidas a la sustitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.
2. Lesiones o enfermedades producidas por radiación nuclear, fisión, fusión, radiaciones ionizantes o contaminación radiactiva, salvo que se originen por una causa extraña no imputable al Asegurado.
3. Lesiones o enfermedades causadas por terremoto, temblor de tierra, maremoto, tsunami, inundación, movimientos de masas, flujos torrenciales, huracanes, tornado, tifón, ciclón, eventos climáticos, granizo, erupción volcánica o cualquier otra convulsión de la naturaleza o perturbación atmosférica.
4. Lesiones ocasionadas como consecuencia de la participación activa del Asegurado en actos delictivos, motín, conmoción civil, disturbios populares, saqueos, disturbios laborales o conflictos de trabajo.

CLÁUSULA 12. PAGO DE INDEMNIZACIONES

El Asegurador tendrá la obligación de pagar la indemnización que corresponda en un plazo que no exceda de veinte (20) días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que el Asegurador haya recibido el último recaudo solicitado, salvo por causa extraña no imputable al Asegurador.

CLÁUSULA 13. RECHAZO DEL SINIESTRO

El Asegurador deberá notificar por escrito al Tomador, Asegurado o Beneficiarios dentro del plazo señalado en la Cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que, a su juicio justifiquen, el rechazo total o parcial de la indemnización exigida.

CLÁUSULA 14. SUBROGACIÓN DE DERECHOS

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

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará contra las personas de cuyos hechos debe responder civilmente el Asegurado, ni contra el causante del siniestro vinculado con el Asegurado hasta el segundo grado de parentesco por consanguinidad o que sea su cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.

El Asegurado o el Beneficiario no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de recobrar de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado.

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

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

CLÁUSULA 15. OTROS CONTRATOS DE SALUD

Al momento de notificar la ocurrencia del siniestro, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario está obligado a informar al Asegurador la existencia de cualquier otro contrato de salud que ampare al Asegurado que activó la cobertura del contrato.

Cuando el Asegurado se encuentre amparado por varios contratos de salud que estén obligados a pagar la indemnización sobre un mismo siniestro, escogerá el orden en que presentará las reclamaciones, notificando a todas las empresas la ocurrencia del siniestro en los plazos establecidos en los respectivos contratos de salud, y se deberá indemnizar, según los beneficios y límites de cada uno de ellos, hasta el monto total de los gastos cubiertos, previa deducción de los montos pagados por los otros contratos.

CLÁUSULA 16. ARBITRAJE

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato. La tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil.

El Superintendente de la Actividad Aseguradora actuará como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de las controversias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato. En este supuesto, la tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en las normas sobre el arbitraje en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLÁUSULA 17. 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 de un (1) año, contado a partir de la fecha de notificación, por escrito:

- a. Del rechazo total o parcial de siniestro.
- b. De la decisión del Asegurador sobre la inconformidad del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario respecto a la indemnización o al cumplimiento de la obligación a través de proveedores de insumos y servicios.

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

CLÁUSULA 18. PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA 19. MODIFICACIÓN Y REHABILITACIÓN

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

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

La modificación de la suma asegurada requerirá siempre aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por el Asegurador con la emisión del recibo de prima en el que se modifique la suma asegurada y, por el Tomador o Asegurado, con el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere. Si la modificación propuesta por el Asegurador es efectiva a partir de la renovación del contrato, debe ser comunicada al Tomador con un plazo no menor a un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso. En caso de desacuerdo del Tomador, si el Asegurador decide mantener o renovar el contrato, deberá hacerlo bajo las mismas condiciones de suma asegurada vigentes al momento de la propuesta de modificación.

Las modificaciones se harán constar mediante anexos, debidamente firmados por un representante del Asegurador y el Tomador, los cuales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales de la Póliza.

CLÁUSULA 20. OBLIGACIONES DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO

1. El Propuesto Asegurado Titular o el Tomador deberán llenar la Solicitud de Seguro y declarar, con absoluta sinceridad, todas las circunstancias necesarias para poder apreciar la extensión de los riesgos, en los términos indicados en este contrato.
2. El Tomador deberá pagar la prima en la forma, lugar y tiempo convenido en este contrato y llenar la solicitud en la parte que le corresponda.

3. El Asegurado Titular deberá emplear el cuidado de un diligente padre de familia para prevenir el siniestro o para aminorar sus consecuencias.
4. El Asegurado Titular y el Tomador, en caso de cambio de dirección de cobro, domicilio, habitación u oficina, según sea el caso, debe notificar por escrito al Asegurador dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha de haber efectuado el cambio.
5. El Asegurado Titular debe cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el presente contrato.
6. El Tomador o el Beneficiario deberá probar la ocurrencia del siniestro a través de la consignación de toda aquella información necesaria para verificar las circunstancias y consecuencias del siniestro, que sea solicitada por el Asegurador.
7. El Tomador o el Beneficiario le hará saber al Asegurador, dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares, la ocurrencia de un siniestro, expresando claramente las causas y circunstancias de lo ocurrido.

CLÁUSULA 21. OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

1. Informar al Tomador o al Asegurado Titular, mediante la entrega de la Póliza y demás documentos, la extensión de los riesgos asumidos y aclarar, en cualquier tiempo, todas las dudas y consultas que éste le formule.
2. Entregar el Cuadro Póliza Recibo al Tomador junto con copia de la Solicitud de Seguro, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los Anexos, si los hubiere, y los demás documentos que formen parte integrante del contrato de seguro. En la renovación la obligación procederá para los nuevos documentos o para aquellos que hayan sido modificados. La entrega de los documentos señalados deberá efectuarse en los términos acordados entre las partes.
3. Garantizar la prestación de los servicios cubiertos o la indemnización que corresponda en caso de siniestro, en los plazos establecidos en este contrato o rechazar su cobertura, mediante aviso por escrito y debidamente motivado.
4. Proceder al pago de la indemnización en caso de siniestro, o rechazarlo mediante escrito motivado en los plazos establecidos en la Ley que regula la actividad aseguradora, luego de recibida la notificación y los recaudos necesarios para su tramitación, conforme con lo establecido en las Condiciones Particulares de este contrato.
5. Cumplir con todas y cada una de las obligaciones, responsabilidades y condiciones establecidas en los diferentes documentos que integran el contrato de seguro.

CLÁUSULA 22. PERITAJE

Si surgiere desacuerdo entre el Asegurador y el Asegurado o Beneficiario para la fijación del importe de las pérdidas sufridas, podrán convenir un peritaje sometiéndose al siguiente procedimiento:

- a. Nombrar por escrito un Perito Único de común acuerdo entre las partes.

- b. En caso de desacuerdo sobre la designación del Perito Único, se nombrarán por escrito dos Peritos, uno por cada parte, en el plazo de un (1) mes calendario a partir del día en que una de las dos partes haya requerido a la otra dicha designación. Si una de las dos partes se negare a designar o dejare de nombrar el Perito en el plazo estipulado, se entenderá que la otra parte desiste del procedimiento.
- c. Si los dos Peritos así nombrados no llegaren a un acuerdo, el o los puntos en discrepancia serán sometidos al fallo de un tercer Perito nombrado por ellos, por escrito, y su apreciación agotará este procedimiento.
- d. El Perito Único, los dos Peritos o el Perito Tercero, según el caso, decidirán en qué proporción las partes han de soportar los gastos relativos al peritaje.

Los Peritos deberán dar su fallo por escrito dentro de un período de treinta (30) días continuos después de haber aceptado la designación. Los Peritos harán sus evaluaciones atendiendo a las condiciones del contrato.

El fallecimiento de cualquiera de los dos (2) Peritos que aconteciera en el curso de las operaciones de peritaje, no anulará ni mermará los poderes, derechos, o atribuciones del Perito sobreviviente. Asimismo, si el Perito Único o el Perito Tercero falleciera antes del dictamen final, la parte o los Peritos que le hubieren nombrado, según el caso, quedan facultados para sustituirlo por otro.

Los Peritos deberán tener experiencia en la materia sometida a peritaje; en el caso de accidentes personales, deben ser médicos.

CLÁUSULA 23. AVISOS

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

Las comunicaciones relacionadas con la tramitación de siniestros que sean proporcionadas, por cualquier medio, al intermediario de la actividad Aseguradora, producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte, salvo estipulación en contrario indicada expresamente en el contrato.

El intermediario de la actividad Aseguradora será administrativa y civilmente responsable en caso de que no haya entregado la notificación a su destinatario en un plazo de tres (3) días hábiles, contados a partir de su recepción.

CLÁUSULA 24. DOMICILIO ESPECIAL

Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse de la Póliza, las partes eligen como domicilio especial, único y excluyente de cualquier otro, la ciudad donde se celebró el contrato de seguros, a cuya jurisdicción declaran someterse las partes.

CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1. INTERPRETACIÓN DE TÉRMINOS

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

PROVEEDOR DE SERVICIO: Empresa concertada por el Asegurador, que coordinará los servicios previstos en las coberturas amparadas en esta Póliza, para que sean dispensadas al Asegurado.

GERENCIA DE ATENCIÓN AL PACIENTE (GAP): Call Center propiedad del Proveedor de Servicio del Asegurador, donde se reciben llamadas de los Asegurados las veinticuatro (24) horas del día, los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, siendo atendidos por operadores o médicos quienes asistirán en la orientación médica telefónica. Su número de contacto está indicado en el Cuadro Póliza Recibo.

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

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

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Enfermedad o lesión que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del contrato o de la inclusión del Asegurado en el seguro, y sea conocida por el Tomador o el Asegurado al momento de la suscripción del contrato.

ENFERMEDAD, DEFECTO O MALFORMACIÓN CONGÉNITA: Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo humano que existan desde la fecha de nacimiento o antes del mismo. Se considerará enfermedad preexistente si es conocida por el Tomador o el Asegurado a la fecha de inicio de la vigencia del contrato o de la inclusión del Asegurado en el seguro.

URGENCIA: Aparición inesperada y repentina de una condición médica acompañada de síntomas que no amenaza de forma inminente la vida del Asegurado, ni hace peligrar ninguna parte vital de su organismo, pero que requiere atención médica inmediata.

EMERGENCIA: Situación que requiere atención médica inmediata, en razón que se ve amenazada la vida o salud del paciente y que puede causar la muerte de no ser asistida.

INSTITUCIÓN HOSPITALARIA: Establecimiento permanente con permiso sanitario vigente para suministrar asistencia médica autorizado por el organismo público competente. No serán consideradas instituciones hospitalarias para los efectos de este contrato de seguro, lugares de descanso, geriátricos, spas, hidroclínicas y cualquier institución que suministre tratamientos similares, centros exclusivos para tratamiento de farmacodependientes, de dipsómanos (alcohólicos), enfermos mentales o desordenes de conducta, ni lugares donde se proporcionen tratamientos naturistas, terapias alternativas y acupuntura.

MÉDICO: Persona natural acreditada conforme a la ley para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios, en cualquiera de sus modalidades y especialidades.

MÉDICO TRATANTE: Profesional de la salud, legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina en el país donde presta sus servicios, cuya especialidad esté

directamente relacionada con el diagnóstico o tratamiento efectuado al Asegurado que ha sido designado por el Proveedor de Servicio del Asegurador. Queda entendido que el médico tratante es un profesional independiente y la prestación de sus servicios no genera responsabilidad por parte del Asegurador.

PROCEDIMIENTO EXPERIMENTAL O INVESTIGATIVO: Tratamiento médico, intervención quirúrgica, suministro, medicamento, procedimiento médico u hospitalización que:

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

TRATAMIENTO MÉDICO: Conjunto de medidas realizadas u ordenadas por un médico que se ponen en práctica para la curación o alivio de una enfermedad o lesión, incluyendo medicamentos prescritos, insumos o prótesis.

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

ATENCIÓN AMBULATORIA: Atención médica suministrada a un Asegurado cuando su permanencia en la Institución Hospitalaria sea menor de 24 horas.

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 este contrato de seguro se encuentran cubiertos. Este promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga el Asegurador de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en 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. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el costo razonable será el monto facturado.

No obstante, si el Asegurador hubiere acordado con algún proveedor un baremo, deberá efectuar la indemnización de los servicios prestados por este proveedor de acuerdo con el referido baremo.

De ser el caso, el costo razonable de los gastos cubiertos debe ajustarse a los baremos o la estructura de precios que el Estado haya fijado en el área de prestación de servicios de salud.

Este concepto es aplicable a toda adquisición de insumos, suministros, instrumentos especiales equipos médicos o a cualquier otro gasto médico amparado e incurrido con motivo de la asistencia.

MÉDICAMENTE NECESARIO: Conjunto de medidas o procedimientos ordenados y suministrados por un médico o institución hospitalaria, que se ponen en práctica para el tratamiento, curación o alivio de una enfermedad o lesión, bajo las siguientes características:

1. Que sea apropiado para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del Asegurado.

2. Que sea congruente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina en la República Bolivariana de Venezuela y por la Federación Médica Venezolana o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.
3. Que el nivel de servicio o suministro sea idóneo y pueda ser proporcionado sin riesgo para el Asegurado.
4. Que no sea primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado, de su familia o de su Médico.

INVALIDEZ PERMANENTE: Pérdida anatómica o impotencia funcional permanente de miembros u órganos como consecuencia de lesiones corporales por un accidente.

AÑO PÓLIZA: Período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de inicio de la duración del seguro.

SISTEMA O APARATO ORGÁNICO: Es un conjunto de partes u órganos del cuerpo humano en interacción que comparten información vital para su coexistencia.

CLÁUSULA 2. COBERTURA BÁSICA

Este seguro contempla como Cobertura Básica las siguientes:

1. Servicios Médicos de Salud.
2. Accidentes Personales (Muerte Accidental e Invalidez Permanente).
3. Gastos por Servicios Funerarios.

CLÁUSULA 3. PERSONAS ASEGURABLES

Además del Asegurado Titular, cuya edad sea menor o igual a sesenta y cinco (65) años para el momento de inscribirse en la Póliza, podrán inscribirse en el presente seguro las siguientes personas naturales que formen parte de su grupo familiar y que tengan nexos de dependencia económica con él:

- a. El cónyuge del Asegurado Titular o la persona con quien mantenga unión estable de hecho, siempre que no supere sesenta y cinco (65) años de edad.
- b. Los hijos del Asegurado Titular o de su cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho, con edad comprendida entre un (1) mes y los veinticinco (25) años.
- c. Cualquier otra persona menor de sesenta y cinco (65) años, que dependa económicamente del Asegurado Titular.

Es condición expresa que los solicitantes del seguro gocen de buena salud física y mental y no tengan defectos físicos o mutilaciones relevantes.

Podrán inscribirse en las Cobertura Básica de Accidentes Personales solo el Asegurado Titular y su cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.

CLÁUSULA 4. DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS

El Asegurador proporcionará los beneficios señalados en el Cuadro Póliza Recibo o indemnizará hasta por la suma asegurada señalada en el Cuadro Póliza Recibo, por los riesgos cubiertos por las Coberturas siguientes:

- 4.1.1. **Servicio Médico Asistencial:** Servicios médicos asistenciales para el tratamiento de patologías médicas que no se encuentren expresamente excluidas en este contrato, que requieran hospitalización, cirugía con o sin hospitalización, siempre no constituyan una emergencia médica y sean

medicamento necesarios y ordenados por el Médico Tratante.

Límite de la Cobertura: El límite de cobertura es por cada Asegurado y se aplica por duración del contrato; por lo que cada servicio amparado o indemnización pagada durante el año de duración del contrato reduce en la misma cantidad, el límite de la cobertura para los servicios subsecuente que ocurran durante ese período hasta agotarse la cobertura contratada. Los gastos que disminuyen el límite de cobertura son los que correspondan a todos los cargos generados durante una hospitalización, cirugía con o sin hospitalización, todos aquellos exámenes especializados de diagnósticos y laboratorio solicitados en forma ambulatoria por el médico primario y/o especialistas al cual hayan sido referidos, todos los honorarios médicos, al igual que todos los tratamientos ambulatorios y/o de emergencia requerido.

4.1.2. Este servicio comprende:

- La permanencia en una habitación sencilla, el uso de quirófano, sala de recuperación, sala de emergencia, cuidados intermedios.
- Gases anestésicos, oxígeno.
- Exámenes de laboratorio, anatomía patológica, Radiografías, electrocardiogramas.
- Medicinas, soluciones intravenosas, material médico quirúrgico y de cura, vinculados a la hospitalización y/o procedimiento.
- Servicio de enfermería regular durante su estadía dentro de la institución hospitalaria.
- Honorarios de cirujanos con un máximo de dos (2) ayudantes, anesthesiologists, residentes, médicos tratantes y especialistas medicamento necesarios.
- La alimentación del paciente durante su estadía dentro de la Institución hospitalaria de acuerdo a la prescripción facultativa.
- Los gastos de la habitación ocupada por el Asegurado, uso de teléfono, admisión, uso de televisión y el costo de pernoctas del acompañante.

4.2. Asistencia Primaria de Salud (APS) y Consultas Especializadas: Atención médica que requiera el Asegurado que no constituya una emergencia médica, según los siguientes niveles de atención:

- Primer Nivel: Consultas de medicina general y de las especialidades de Pediatría, Ginecología y Medicina Interna. Estos son considerados los médicos primarios.
- Segundo Nivel: Consultas de otras especialidades médicas referidas por el Médico Primario, procedimientos especiales de diagnóstico y tratamientos médico quirúrgicos sin hospitalización, que incluye:

✓	Cardiología	✓ Traumatología
✓	Endocrinología	✓ Neurocirugía
✓	Neumonología	✓ Cirugía General
✓	Neurología	✓ Urología
✓	Gastroenterología	

4.3. Servicio de Imagenología y Laboratorio Clínico: Exámenes de laboratorio y estudios de diagnóstico por imágenes que requiera el Asegurado siempre que sean prescritos por el médico tratante:

- **Exámenes de Laboratorio Básicos:**

- ✓ Hematología: HB, HTO, Leucocitos, Hemograma, V.S.G.
- ✓ Bioquímica: Glicemia post pandrial, Urea, Creatinina, Ácido, Úrico, Colesterol, Triglicéridos, Perfil Lipídico, Proteograma, TGO, TGP, Fosfatasa Alcalina, Amilasa, HDH, Bilirrubina T y F, Calcio, Magnesio, Fósforo.
- ✓ Coagulación: Plaquetas, Fibrinógeno, TP, TPT.
- ✓ Uroanálisis: Orina completa, Depuración de Creatinina, Proteinuria, Orina Ocasional.
- ✓ Coprología: Heces directo, Sangre oculta.

• **Exámenes de Laboratorio Especializados:**

- ✓ Hormonas: TSH, T3, P.S.A. Total y libre, (Frecuencia Anual), Insulina basal y post pandrial.
- ✓ Serología: VDRL, Toxo, IgG, IgM, HIV, H. Pilory, PCR, Factor Reumatoideo.
- ✓ Bioquímica: CPK-MB, Troponina T.
- ✓ Bacteriología: Urocultivo, Hemocultivo, Coprocultivo, Cultivo de Liquido Pleural, Cultivo de Esputo, Cultivo de Liquido Peritoneal, Cultivo de Exudado Faríngeo, Cultivo de Secreción Nasal, Cultivo de Secreción de Herida, Cultivo de Abscesos, Cultivo de Secreción Vaginal, Cultivo de Secreción Uretral.

• **Exámenes Preoperatorios:**

- ✓ Ecogramas Básicos: Transvaginal, Hepatobiliar, Abdominal, Pélvico, Renal.
- ✓ Ecogramas Especiales: Transfontanelar, Mamario, Partes Blandas (cuello- piel abdomen).
- ✓ Servicio de Radiología: Columna Lumbo Sacra anteroposterior-lateral, pelvis, columna cervical anteroposterior-lateral, Cadera, anteroposterior pelvis, anteroposterior de región cervical, abdomen de pie, rodilla anteroposterior-lateral con carga, ambas manos, hombro anteroposterior caudal/verdadera/ cefalocaudal, tórax, dedo, muñeca, calcáneos.
- ✓ Servicio de Tomografía sin contraste hasta ochenta (80) Kilos, (Uno Anual), Gastroscopia o Colonoscopia (Uno Anual).

4.4. Accidentes Personales: El Asegurador indemnizará a quien corresponda, hasta por la suma asegurada señalada en el Cuadro Póliza Recibo, si como consecuencia directa de un accidente cubierto por esta Póliza se le produjera al Asegurado:

4.2.1. Muerte accidental: Si a consecuencia de un accidente sufrido por un Asegurado y amparado por esta Póliza, le sobreviniere la muerte dentro de un (1) año contado a partir de la fecha de ocurrencia del mismo, el Asegurador pagará a los Beneficiarios designados, la suma asegurada vigente para el momento del accidente.

4.2.2. Invalidez Permanente: Si a consecuencia de un accidente sufrido por un Asegurado y amparado por esta Póliza, le sobreviniere dentro de un (1) año contado a partir de la fecha de ocurrencia del mismo, cualquiera de las condiciones de invalidez señaladas en la siguiente escala de indemnizaciones, el Asegurador pagará la cantidad resultante de aplicar el porcentaje estipulado en dicha escala, a la suma asegurada por esta cobertura, vigente para el momento del accidente.

Escala de Indemnizaciones

Invalidez Total Permanente

Enajenación mental incurable o pérdida de la conciencia	100%
Ceguera absoluta en ambos ojos	100%
Pérdida total de la audición y del habla	100%
Lesiones incurables de la médula espinal que impidan completo el por movimiento	100%
Pérdida o inutilización de ambos brazos, manos, piernas, pies, de un brazo o de una mano y de una pierna o un pie	100%

Invalidez Parcial Permanente

Pérdida de la visión de un ojo y disminución de la agudeza visual del otro en más de un 50%, siempre y cuando ésta sea incorregible	75%
---	-----

Pérdida de un ojo con enucleación	35%
Pérdida de un ojo sin enucleación	25%
Reducción de la visión de ambos ojos en más de un 50%	50%
Sordera bilateral	50%
Sordera unilateral	25%
Pérdida total del habla	50%
Trastornos graves en las articulaciones de ambos maxilares	15%
Pérdida total del olfato y el gusto	5%
Pérdida completa del uso de la cadera	30%
Pérdida por amputación o inutilización absoluta de una pierna por encima de la rodilla	60%
Pérdida por amputación o inutilización absoluta del brazo o de la mano derecha	60%
Pérdida por amputación o inutilización absoluta del brazo o de la mano izquierda	50%
Pérdida por amputación o inutilización absoluta de una pierna por debajo o a nivel de la rodilla o de un pie	50%
Pérdida completa del uso del hombro derecho	30%
Pérdida completa del uso del hombro izquierdo	25%
Pérdida completa del uso de la rodilla	25%
Pérdida del dedo pulgar derecho	20%
Pérdida del dedo pulgar izquierdo	18%
Pérdida del dedo índice derecho	15%
Pérdida del dedo índice izquierdo	13%
Pérdida del dedo gordo del pie	10%
Pérdida de cualquier otro dedo del pie	5%
Pérdida del dedo medio derecho	10%
Pérdida del dedo medio izquierdo	8%
Pérdida del dedo anular derecho	8%
Pérdida del dedo anular izquierdo	6%
Pérdida del dedo meñique derecho	7%
Pérdida del dedo meñique izquierdo	5%

La pérdida de las falanges dará lugar a indemnización sólo cuando se hubiere producido por amputación total, y la indemnización será igual a la mitad del porcentaje que corresponda por la pérdida del dedo entero si se tratare del pulgar, y de la tercera parte por cada falange si se tratare de otros dedos.

Las condiciones de invalidez no descritas en la escala anterior, aunque sean de menor importancia, serán pagadas en relación a su gravedad comparándolas con las aquí descritas sin tener en cuenta la ocupación del Asegurado.

En caso de constar en la solicitud que el Asegurado ha declarado ser zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnizaciones fijados por la pérdida de los miembros superiores.

La pérdida de miembros u órganos ya imposibilitados antes del accidente, no darán lugar a indemnización, sino por la diferencia entre el grado de invalidez que presentare después y antes del accidente.

La evaluación de la invalidez por lesiones en miembros u órganos sanos, sufrida en un accidente, no puede ser aumentada por el estado de invalidez de otros miembros u órganos no afectados por el accidente.

Si como consecuencia de un accidente se produjeran varias pérdidas o condiciones de invalidez, se sumarán los importes correspondientes a cada una de ellas, sin que el total exceda el 100% de la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo.

Los defectos físicos que el Asegurado hubiese tenido antes de la entrada en vigencia del presente contrato, no darán lugar a indemnizaciones.

Si las consecuencias de un accidente fueren agravadas por efecto de una enfermedad o de un defecto físico de cualquier naturaleza y origen, desconocido por el Asegurador, la indemnización se fijará de acuerdo con las consecuencias que, presumiblemente el mismo accidente hubiere producido sin la mencionada agravación, salvo que este fuere la consecuencia del accidente cubierto por este contrato y ocurrido durante la vigencia de la misma.

Cualquier indemnización pagada durante la vigencia de este Póliza por concepto de alguna invalidez permanente, será en disminución de la suma asegurada para esta cobertura y es sobre el remanente que se aplicarán los porcentajes de indemnización por invalidez permanente en caso de ocurrir nuevos accidentes en el mismo período y sujetos a este beneficio.

La determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad.

4.5. Gastos por Servicios Funerarios: El Asegurador se compromete a pagar los gastos incurridos por concepto de la prestación del Servicio Funerario al Asegurado Titular o a quien demuestre fehacientemente haber pagado los gastos, hasta por la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza Recibo o a prestar el servicio funerario en caso de fallecimiento del Asegurado Titular o de cualquier miembro de su grupo familiar inscrito, ocurrido durante la duración del contrato y que de acuerdo a las Condiciones de esta Póliza se encuentre cubierto.

4.5.1. A los efectos de esta Póliza, estarán cubiertos los gastos referentes a:

- a. Preparación y arreglo normal del fallecido.
- b. Resguardo del fallecido.
- c. Ataúd.
- d. Servicios de capilla y cafetín.
- e. Oficios religiosos.

- f. Habitación de descanso.
- g. Traslado del fallecido, desde el lugar de fallecimiento hasta la Funeraria.
- h. Cortejo fúnebre: desde la Funeraria hasta el cementerio en donde se realice la inhumación o cremación.
- i. Vehículos para traslado de familiares y acompañantes: desde la Funeraria hasta el cementerio en donde se realice la inhumación o cremación. (máximo 2 vehículos).
- j. Diligencias legales: Gestiones necesarias para la inhumación o cremación.
- k. Cruz de florales naturales.
- l. Servicios de inhumación, incluyendo el Servicio Religioso.
- m. Servicios de Cremación en casos que así lo soliciten, incluyendo el Servicio Religioso.
- n. Encoframiento de las cenizas.

Los servicios antes mencionados serán amparados hasta el límite de la cobertura contratada y se prestarán las Veinticuatro (24) horas del día y los Trescientos Sesenta y Cinco (365) días del año. Toda mejora al Servicio deberá ser cubierta por los familiares del fallecido(a).

En caso de que los gastos por la prestación del Servicio Funerario sean menores a la suma asegurada contratada, el Asegurador se compromete a pagar la diferencia que exista entre la suma asegurada y el gasto del servicio funerario, al Asegurado Titular o a los Beneficiarios o los Herederos Legales del Asegurado fallecido, según sea el caso.

CLÁUSULA 5. OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD

El Asegurador quedará exonerado de toda responsabilidad sí:

- a. Bajo criterio profesional la prestación del servicio no se considere medicamente necesario.
- b. La urgencia es originada por acciones criminales o dolosas del Asegurado.
- c. El hecho que genera la urgencia es originado intencionalmente por el Asegurado, sus familiares o personas que convivan con él.
- d. La asistencia y servicios solicitados son producidos por la ingestión voluntaria (no prescrita médicamente) de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.

CLÁUSULA 6. PLAZOS DE ESPERA

Los asegurados inscritos gozarán de los beneficios establecidos en esta Póliza, una vez transcurridos los siguientes Plazos de Espera, contados a partir de la fecha de comienzo de la Póliza o la inclusión del Asegurado en la misma, según corresponda:

- a. En caso de accidente: sin Plazos de Espera.
- b. Sin Plazos de Espera las siguientes enfermedades infecciosas agudas de manera ambulatoria: fiebre reumática, apendicitis, pancreatitis, bronquitis, gastroenteritis, abscesos (intraabdominales, intratorácicos e intracraneales), adenoiditis, vértigo o laberintitis, faringo - amigdalitis (sola o combinada), otitis, trastornos de la laringe,

infección respiratoria baja, neumonía y pielonefritis.

- c. En caso de enfermedades de etiología infecciosa, contraídas dentro de la vigencia del contrato: Ciento veinte (120) días continuos.
- d. En caso de enfermedades cardio vasculares, contraídas dentro de la vigencia del contrato: Ciento ochenta (180) días continuos.
- e. En caso de enfermedades de otorrinolaringológicas, litiasis, enfermedades del árbol genitourinario, contraídas dentro de la vigencia del contrato: Un (1) año.
- f. En caso de otras enfermedades, contraídas dentro de la vigencia del contrato: treinta (30) días continuos.
- g. En caso de Gastos por Servicios Funerarios: Noventa (90) días continuos – sin plazos de espera por fallecimiento por accidente.

CLÁUSULA 7. EXCLUSIONES PARTICULARES

7.1 Aplicables a la Cobertura de Asistencia Médica de Salud: No estarán cubiertos los gastos a consecuencia de:

- a. Maternidad.
- b. Emergencias.
- c. Servicios de traslados.
- d. Servicios de hospitalización en domicilio.
- e. Terapias de recuperación ni tratamientos médicos crónicos.
- f. Cuidados intensivos.
- g. Servicios o exámenes no indicados en el récipe médico, derivado de una consulta amparada por esta cobertura.
- h. Accidentes o enfermedades y sus secuelas que sean de origen anterior a la fecha de inclusión de cada Asegurado en el seguro.
- i. Procedimientos y/o servicios médicos recibidos fuera del ámbito de la cobertura.
- j. Enfermedades declaradas como epidémicas o pandémicas por el organismo público competente, en lo que se refiere a los gastos ocasionados luego de haber sido declaradas como tal.
- k. 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.
- l. Trasplantes de órganos o tejidos.
- m. Enfermedades que hayan sido ocasionadas por un trasplante de órgano o tejido.
- n. Tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas sobre órganos sanos con fines profilácticos.
- o. Curas de reposo, tratamientos de enfermedades psiquiátricas y mentales, exámenes y terapias efectuadas por médicos psiquiatras, trastornos funcionales de la conducta, neurosis, depresión, psicosis, esquizofrenia, deficiencias mentales, epilepsia, cuadros convulsivos repetitivos sin causa estructural, demencia senil, demencia presenil, trastornos bipolares, alzheimer y los trastornos del sueño.

- p.** Factor Surfactante, enfermedades congénitas y/o genéticas, secuelas de accidentes, enfermedades o intervenciones quirúrgicas ocurridas o efectuadas antes de la fecha de vigencia de este contrato.
- q.** Enfermedades de transmisión sexual, Virus del Papiloma Humano (VPH).
- r.** Consultas o exámenes de la vista, corrección de vicios o defectos de refracción visual (miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia, cataratas) por tratamientos quirúrgicos o no quirúrgicos (anteojos y/o lentes de contacto), lentes intraoculares o infraoculares, corrección de defectos adquiridos o congénitos, estrabismo, injertos conjuntivales, vitrectomía, peeling de membrana, cualquier tratamiento con excimer láser, inyecciones intravítreas de avastin.
- s.** Oftalmoscopias, Tomografías ópticas, enfermedades difusas del tejido conjuntivo.
- t.** Tratamiento quirúrgico de patología no tumoral de las glándulas mamarias.
- u.** Mastoplastia con fines estéticos, funcionales o anatómicos y gigantomastia, cúmulo de grasa pectoral o lipomastia en hombres.
- v.** Tratamientos o procedimientos que requieran diálisis peritoneal o hemodiálisis en forma sucesiva o permanente.
- w.** Cirugía Plástica cosmética o reparadora para tratar afecciones contraídas con anterioridad a la celebración del contrato, Septoplastia (turbinectomía), Reconstrucción de Cornetes, Audiometría o logaudiometría, Mastectomía reductora y mastectomía reductora.
- x.** Adquisición o Alquiler de prótesis de cualquier tipo, tales como: Marcapasos, pruebas de esfuerzos, válvulas cardíacas, muletas, aparatos ortopédicos, aparatos para mejorar la audición, aparatos mecánicos o bioeléctricos, prótesis de caderas, prótesis coronarias, bragas, bragueros, zapatos ortopédicos o cualquier otro aparato o prótesis similar.
- y.** Cirugías Artroscópicas, todo tipo de bloqueo, estenosis de canal medular, Microcirugías, Artroplastias, Endoscópicas, Hallux Valgus, Estudio Electrofisiológico Cardíaco, Angioplastia, Cintilogramas, Sourvey óseo, Ecogramas Doppler carotídeos y articulares, Uretrocistografías, urodinámico, Urografías por eliminación, Angiotac, Angiotac – Cerebral, Colangiopancreatografía Retrógrada (CEPRE).
- z.** Tratamientos médicos o intervención quirúrgica por disfunciones o insuficiencias sexuales, infertilidad, inseminación artificial, fertilización in vitro, impotencia, Peyronie, frigidez, esterilización, inversión de la esterilización, cambio de sexo y las complicaciones que se deriven de ellos, así como tratamientos anticonceptivos y sus consecuencias.
- aa.** Tratamientos para la obesidad o reducción de peso.
- bb.** Estudios, tratamientos y hospitalizaciones por alteraciones hormonales con repercusión en el crecimiento y/o desarrollo.
- cc.** Cirugías y tratamientos para cualquier tipo de Neoplasia Maligna, toma de muestra (Biopsia), tratamientos con radioterapias, cobaltoterapias, quimioterapias o cualquier otra aplicación de elementos radiactivos con fines terapéuticos.
- dd.** Tratamientos para el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

- ee.** Tratamientos para terapia ocupacional, educacional o de lenguaje. Tratamientos fisioterapéuticos. Síndrome neurológico de alteración de la vía piramidal o extrapiramidal.
- ff.** Impuestos, gastos de cobranza, limpieza, microfilm, historias clínicas, estacionamiento, misceláneos y otros costos no definidos ni relacionados con el tratamiento de la afección declarada.
- gg.** Discopatías degenerativas, Enfermedad diverticular y sus complicaciones, enfermedades endocrinas, malformaciones arteriovenosas, neumopatías profesionales, osteoartrosis, osteoporosis, osteoesclerosis, quiste de cápsula articular, valvulopatías, enfermedades del intestino delgado, grueso, recto y ano.
- hh.** Tratamiento médico, intervención quirúrgica, servicios hospitalarios, procedimiento médico relacionados a las fístulas derivadas de cualquier condición patológica.
- ii.** Hospitalizaciones, tratamientos y cirugías que sobrevengan de un accidente laboral.
- jj.** La adquisición de los siguientes equipos médicos utilizados para controles de salud y/o prevención: tensiómetro, glucómetro, cepillos dentales, humidificador, irrigador dental, colchón de aire antiescaras y equipos de resucitación.
- kk.** Embarazo, parto, cesárea, aborto y legrado uterino por aborto, sus consecuencias y complicaciones. Consultas y exámenes pre y post natal.
- ll.** Enfermedades, tratamientos odontológicos 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 temporomaxilar.
- mm.** Estudios y/o procedimientos de hemodinamia.
- nn.** El suicidio o sus tentativas, así como las lesiones que el Asegurado se cause intencionalmente.
- oo.** Lesiones ocasionadas como consecuencia de la participación activa del Asegurado en duelos o riñas, a menos que se compruebe que no han sido provocadas por el Asegurado o que este actuó en legítima defensa.
- pp.** Lesiones ocasionadas como consecuencia de la Práctica de deportes como profesional.
- qq.** Lesiones ocasionadas como consecuencia de la Práctica 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.

7.2 Aplicables a la Cobertura de Accidentes Personales: No se considerarán accidentes a los efectos de esta Póliza y por consiguiente no serán cubiertos por la misma, los sufridos a consecuencia de:

- a. Suicidio o tentativa de suicidio u homicidio intencional o su tentativa

causada por alguno de los Beneficiarios de la Póliza.

- b. Lesiones inferidas a sí mismo por el Asegurado o por sus herederos o Beneficiarios.
- c. Las enfermedades y lesiones con ellas relacionadas, a menos que las mismas sean producidas a consecuencia directa de un accidente cubierto por esta Póliza.
- d. Participación en duelos o riñas, salvo que se tratase de legítima defensa.
- e. Alteraciones del orden público, secuestro, actos delictivos.
- f. La violación de normas legales, o en el ejercicio de actividades ilícitas, huelga, invasiones civiles o militares, rebeliones, insurrecciones, motín, conmoción civil o la prestación del servicio militar.
- g. Influencia de estupefacientes, alcohol y drogas o abuso de narcóticos o estimulantes que no estén bajo prescripción médica.
- h. Práctica de deportes como profesional.
- i. 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. Viajes como piloto o tripulante de cualquier tipo de aeronave, o como pasajero de aeronave o helicóptero privado.

7.3 Aplicables a la Cobertura de Gastos por Servicios Funerarios: El Asegurador quedará relevado de toda obligación de indemnizar si el fallecimiento del Asegurado ocurriera como consecuencia de:

- a. Suicidio consumado mientras la Póliza se mantenga vigente, independientemente de la duración de este seguro.
- b. La producción y utilización de explosivos.
- c. La práctica de deportes u ocupaciones que no hayan sido declarados por el Asegurado Titular y aceptado por el Asegurador.
- d. Competencias de velocidad o resistencia; apuestas, concursos y la participación de expediciones o exploraciones del Asegurado Titular.
- e. Viajes del Asegurado en avión, excepto como pasajero de líneas aéreas comerciales autorizadas.
- f. Participación del Asegurado en riñas, alteraciones del orden público y actos delictivos.
- g. Las actividades realizadas en el servicio militar.

CLÁUSULA 8. PROCEDIMIENTO PARA ACTIVAR LA COBERTURA DE ASISTENCIA MÉDICA DE SALUD

Los beneficios amparados por esta cobertura se prestarán bajo el procedimiento siguiente:

- El Asegurado afectado deberá comunicarse a los sistemas de contacto de la Gerencia de Atención al Paciente (GAP) del Proveedor de Servicio del Asegurador indicado en el Cuadro Póliza Recibo. En caso que no pueda comunicarse podrá presentarse directamente en las instalaciones de salud del Proveedor de Servicio del Asegurador
- Indicar sus datos personales para su validación en el sistema y suministrar toda la información solicitada por el operario de atención y servicios sobre el estado de su salud.
- El operario de atención y servicios genera la orden de atención e indica día, hora y dirección del lugar para la atención del asegurado afectado.

CLÁUSULA 9. REEMBOLSO DE GASTOS POR SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA DE SALUD

Si al requerir cualquier servicio de Asistencia Primaria de Salud, el Asegurado o Tomador se viera imposibilitado para establecer comunicación con el Asegurador o si el Asegurador no pudiera suministrar los servicios garantizados por esta cobertura, por causa extraña no imputable al Asegurado o Tomador o al Asegurador, según sea el caso, el Asegurador procederá al análisis de los gastos incurridos bajo el criterio de Gastos Razonables y de ser pertinente hará el reembolso, debiendo el Tomador y/o el Asegurado:

1. Dar aviso por escrito al Asegurador dentro de cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de tener conocimiento de la ocurrencia del evento.
2. Proporcionar al Asegurador dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha del aviso, los documentos y recaudos mínimos que se indican a continuación:
 - a. Carta explicativa de los hechos.
 - b. La factura de pago original del servicio médico autorizado conforme a lo exigido por el SENIAT, con los servicios recibidos debidamente desglosados.
 - c. Informe amplio y detallado del médico tratante.
 - d. Fotocopia legible de la cédula de identidad del beneficiario o del representante legal en caso de menores de edad.
 - e. Resultados originales de los exámenes y estudios practicados con sus respectivas órdenes médicas.

CLÁUSULA 10. PROCEDIMIENTO PARA ACTIVAR LA COBERTURA DE GASTOS POR SERVICIOS FUNERARIOS

Al ocurrir el fallecimiento de cualquiera de los asegurados inscritos en la Póliza, el Asegurado Titular, sus familiares o cualquier persona interesada deberá notificarlo al Asegurador inmediatamente o en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del hecho.

A tal efecto el Asegurado o persona que solicita el servicio deberá informar los

siguientes datos:

- Nombre y apellidos, número telefónico de contacto de la persona que notifica el siniestro.
- Nombre, edad y sexo del Asegurado fallecido.

Asimismo, deberá consignar la siguiente documentación:

1. Fotocopia de la cédula de identidad o partida de nacimiento de la persona fallecida.
2. Certificado de defunción en original y copia.
3. En caso de muerte accidental: Carta narrativa de las circunstancias en que se produjo el hecho e informe de la autoridad competente que intervino en el accidente (si lo fuese el caso).

Una vez efectuada la notificación, el Proveedor de Servicio del Asegurador de forma inmediata, prestará el servicio mediante su Red de Funerarias o Proveedores, pagando directamente a éstas el costo de los servicios funerarios prestados al asegurado fallecido.

En caso que los costos del servicio funerario excedan la suma asegurada contratada, los familiares del asegurado fallecido deberán comprometerse al pago de la diferencia resultante.

Si debido a una causa extraña no imputable a las partes, no pudiera prestarse el servicio funerario, el Asegurador pagará el reembolso a la persona que demuestre, fehacientemente, haber efectuado el pago de los gastos por los servicios funerarios prestados al Asegurado fallecido, la cual deberá consignar al Asegurador en el plazo de treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de fallecimiento, los siguientes recaudos en original y copia:

1. Cédula de identidad o partida de nacimiento del Asegurado fallecido.
2. Acta o Certificado de Defunción.
3. Factura original de los gastos por servicios funerarios prestados y pagados a la funeraria conforme a lo exigido por el SENIAT, con los servicios recibidos debidamente desglosados.
4. En caso de muerte accidental: Carta narrativa de las circunstancias en que se produjo el hecho e informe de la autoridad competente que intervino en el accidente (si lo fuese el caso).

En caso de que los gastos por la prestación del Servicio Funerario sean menores a la suma asegurada contratada, el Asegurador se compromete a pagar la diferencia que exista entre la suma asegurada y el gasto del servicio funerario, al Asegurado Titular o a los Beneficiarios o los Herederos Legales del Asegurado Titular fallecido, según sea el caso.

Cuando los servicios funerarios sean prestados 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.

CLÁUSULA 11. BENEFICIARIOS

Los Beneficiarios son todas las personas designadas por el Asegurado Titular y que aparecen explícitamente nombradas como tales en el Cuadro Póliza Recibo.

La designación del beneficiario puede ser hecha en la oportunidad de la celebración del contrato de seguro o en un momento posterior, mediante declaración escrita comunicada al Asegurador.

Si la designación se hace a favor de varios Beneficiarios, la indemnización convenida se distribuirá, salvo convención en contrario, en partes iguales.

El Beneficiario debe ser identificado en forma inequívoca y que haga posible su diferenciación de otra persona o del resto de los Beneficiarios. Igualmente deberá indicarse la proporción en la cual concurrirá en el importe de la indemnización convenida.

En caso de inexactitud o error en el nombre del Beneficiario que haga imposible su identificación, dará derecho a acrecer la indemnización convenida a favor de los demás Beneficiarios designados.

A falta de designación de Beneficiarios o en caso de inexactitud o error en el nombre del Beneficiario único que haga imposible su identificación, la indemnización convenida se pagará en partes iguales a los Herederos Legales del Asegurado Titular.

A falta de designación de la proporción que corresponda a todos los Beneficiarios o para alguno en particular, la indemnización convenida se pagará en partes iguales, para el primer caso, o acrecerá para el resto de los Beneficiarios, en el segundo caso.

Si la designación se hace a favor de los herederos del Asegurado Titular, sin mayor especificación, se considerarán como Beneficiarios aquellos que tengan la condición de Herederos Legales, para el momento del fallecimiento del Asegurado Titular.

En caso de que algún Beneficiario falleciere antes o simultáneamente con el Asegurado Titular, la parte que le corresponda acrecerá a favor de los demás Beneficiarios sobrevivientes, y si todos hubiesen fallecido, la indemnización convenida se hará a favor de los herederos legales del Asegurado Titular. A los efectos del seguro, se presume que el Beneficiario de que se trate ha fallecido simultáneamente con el Asegurado Titular cuando el suceso que da origen al fallecimiento, ocurra en un mismo momento, independientemente de que el fallecimiento ocurra en una fecha posterior.

El Asegurado Titular tiene derecho, durante la vigencia de la Póliza, a designar nuevos Beneficiarios y a modificar los porcentajes de participación, mediante notificación por escrito el Asegurador y éste emitirá el respectivo Anexo a la Póliza haciendo constar el cambio solicitado.

CLÁUSULA 12. INCLUSIÓN Y EGRESOS DE ASEGURADOS

El Tomador se obliga a comunicar por escrito al Asegurador dentro de los treinta (30) días continuos siguientes, la incorporación o desincorporación de asegurados al grupo familiar, que se originen en cada uno de los meses de vigencia de la Póliza. Los mismos se harán efectivos a partir de la fecha de ingreso o egreso al grupo. En caso de que la notificación se realice posterior a los treinta (30) días anteriormente indicados, el movimiento se realizará a partir de la fecha de su notificación; quedando en plena vigencia los Plazos de Espera indicados en la Cláusula 4. Descripción de las Coberturas de estas Condiciones Particulares.

Los cobros y/o devoluciones de prima a que dieran lugar dichos ingresos o egresos

serán calculados a prorrata desde el día que se hacen efectivos y hasta la culminación del año póliza.

CLÁUSULA 13. PÉRDIDA DE LA CUALIDAD DE BENEFICIARIO

La cualidad de Beneficiario, aun cuando fuere irrevocable, no tendrá efectos si éste atentase contra la vida o integridad personal del Asegurado o fuere declarado cómplice del hecho, mediante sentencia definitivamente firme.

CLÁUSULA 14. CAMBIO DE PROFESIÓN, OCUPACIÓN O ACTIVIDAD

Si el Asegurador fuese notificado o tuviese conocimiento de algún cambio de profesión, ocupación o actividad del Asegurado, debe manifestar al Tomador, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes, su decisión de terminar el contrato, modificar sus condiciones o elevar la prima.

En caso de que el Asegurador manifieste la voluntad de terminar el contrato, éste dejará de tener efecto a partir del decimosexto (16º) día hábil siguiente a la notificación, siempre que ponga a disposición del Tomador la porción de la prima no consumida.

Notificada la modificación o el incremento de prima, el Tomador o Asegurado, debe manifestar su decisión o dar cumplimiento a las condiciones exigidas, en un plazo que no excederá de quince (15) días hábiles, caso contrario, se entenderá que el contrato ha quedado sin efecto a partir del vencimiento del plazo.

Si el siniestro ocurriese antes de que surtan efecto las consecuencias de los supuestos considerados en esta Cláusula, la indemnización será reducida en la proporción que exista entre la prima cobrada y la que se hubiese fijado de haberse conocido la nueva profesión, ocupación o actividad al momento de la suscripción.

Si el Tomador o Asegurado declara que no acepta la modificación o el incremento de prima, el contrato queda resuelto, salvo el derecho del Asegurador a la prima correspondiente al período del seguro en curso que se hubiere causado.

CLÁUSULA 15. RECLAMACIONES

a. En caso de muerte

Al ocurrir el fallecimiento de cualquiera de los asegurados inscritos en la Póliza, el Asegurado Titular, sus familiares o cualquier persona interesada deberá notificarlo al Asegurador en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del hecho. Asimismo, deberá consignar al Asegurador la siguiente documentación:

1. Fotocopia de la cédula de identidad o partida de nacimiento de la persona fallecida.
2. Certificado de defunción.
3. En caso de muerte accidental: Carta narrativa de las circunstancias en que se produjo el hecho e informe de la autoridad competente que intervino en el accidente (si fuese el caso).

b. En caso de Invalidez Permanente

1. Informe detallado del médico que atendió al Asegurado en el momento del accidente.
2. Informes médicos y certificados médicos que acrediten la invalidez resultante, su origen, el tipo y duración.

3. Certificación que acredite la invalidez emitida por autoridad competente con indicación del grado de invalidez.

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 este caso, se establece un plazo de treinta (30) días hábiles para la presentación de los recaudos solicitados por el Asegurador, contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos.

El Asegurador, a su costo, tendrá derecho y la oportunidad de examinar al Asegurado durante la tramitación de una reclamación bajo esta Póliza.

En caso de fallecimiento del Asegurado, el Asegurador se reserva el derecho de solicitar la autopsia o la exhumación del cadáver, de conformidad con lo establecido en la normativa prevista para ello, con la finalidad de determinar las causas de la muerte.

Todos los gastos que se produzcan con ocasión de la autopsia o la exhumación del cadáver serán pagados por el Asegurador.

CLÁUSULA 16. INDEMNIZACIONES

El Asegurador cumplirá su obligación de indemnizar en la moneda indicada en el Cuadro Póliza Recibo. No obstante, el Asegurador podrá cumplir con sus obligaciones con el pago del equivalente en bolívares al Tipo de Cambio Oficial para el momento del pago de la indemnización.

A los fines del presente contrato, la expresión "Tipo de Cambio Oficial" se refiere a la tasa de cambio de referencia publicada diariamente por el Banco Central de Venezuela en su página web.

En caso de pérdidas o gastos determinados en Bolívares, la indemnización será calculada a la cantidad de unidades monetarias de la moneda extranjera en la que se suscribió el contrato, al Tipo de Cambio Oficial para el momento en que ocurrió o se determinó la pérdida o se incurrió en el gasto, según corresponda. Dicho monto podrá ser pagado por el Asegurador en la moneda del contrato o en Bolívares al Tipo de Cambio Oficial para la fecha del pago de la indemnización.

CLÁUSULA 17. TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA CADA ASEGURADO

Las coberturas otorgadas bajo la presente Póliza sobre los asegurados inscritos en cada cobertura, cesarán:

- a. Al finalizar la vigencia dentro de la cual el Asegurado Titular, su cónyuge o dependientes inscritos antes de los sesenta y cinco (65) años de edad cumplan la edad de setenta (70) años, pudiendo permanecer asegurados hasta los setenta y cinco (75) años, previo consentimiento del Asegurador y el pago de una nueva prima para cada período de seguro fijada por el mismo.
- b. Al finalizar la vigencia dentro de la cual cualesquiera de los hijos del Asegurado Titular, cumpla veinticinco (25) años o contraiga matrimonio.
- c. Al finalizar la dependencia económica de cualquier otro Asegurado con el Asegurado Titular.
- d. Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado Titular, quedando en este caso, amparado el grupo familiar hasta el vencimiento del período de vigencia.

- e. A la fecha de terminación de la vigencia de la Póliza y no haya sido pagada la prima en la forma y lapsos establecidos.
- f. En el momento en que la Póliza sea anulada o no renovada.

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

CLÁUSULA 18. ÁMBITO DE LA COBERTURA

La cobertura de Asistencia Médica de Salud está limitada sólo a la Ciudad donde adquirió la póliza o donde el Asegurador designe al Proveedor de Servicio y en los horarios indicados, tal como esta establecido en el Cuadro Póliza Recibo. Para el resto de las coberturas se extiende a cualquier parte del mundo.

CLAUSULA 19. DEFENSOR DEL TOMADOR, ASEGURADO O BENEFICIARIO

El Asegurador se obliga a atender y resolver cualquier denuncia, queja, reclamo o sugerencia que presente el Tomador, Asegurado o Beneficiario, con ocasión de las controversias derivadas de la ejecución del presente contrato de seguro, a través de la figura del Defensor del Tomador, Asegurado o Beneficiario. A tales fines, el Tomador, Asegurado o Beneficiario, podrá acudir a la respectiva Unidad de Defensa, o comunicarse a través de los mecanismos dispuestos para ello.

POR EL ASEGURADOR

EL TOMADOR