



C.N.A DE SEGUROS LA PREVISORA
INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS BAJO EL N° 2

PÓLIZA DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA SALUD GLOBAL

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1.- OBJETO DEL SEGURO

Mediante la presente Póliza, La Empresa de Seguros se compromete a indemnizar los gastos médicos en que incurra el Asegurado producto de accidentes sufridos o enfermedades contraídas durante la vigencia de la misma, hasta la suma asegurada contratada indicada en la Solicitud Cuadro-Recibo y sujeta a las Condiciones Generales, Condiciones Particulares y Anexos de la Póliza, si los hubiere.

CLÁUSULA 2. - DEFINICIONES:

A los efectos de esta Póliza, los términos que seguidamente aparecen, tendrán el significado indicado:

2.1 EMPRESA DE SEGUROS: C.N.A. de Seguros La Previsora, quien asume los riesgos cubiertos indicados en las condiciones particulares y anexos de la Póliza, si los hubiere.

2.2 TOMADOR

Persona natural o Jurídica que contrata el seguro y se obliga a pagar la prima correspondiente a la Empresa de Seguros.

2.3 ASEGURADO(S)

Persona(s) amparada(s) por esta Póliza y que en sí misma(s) está(n) expuesta(s) al riesgo. Estos Asegurados pueden ser tanto el Asegurado Titular como el Asegurado Familiar.

2.4 BENEFICIARIO EN CASO DE FALLECIMIENTO

Persona Natural o Jurídica a favor de quien se ha establecido la indemnización que estará a cargo de la Empresa de Seguros en caso de fallecimiento del Asegurado.

2.3.1 ASEGURADO TITULAR: Persona natural que representa a los asegurados familiares, teniendo el derecho de recibir el pago de las indemnizaciones derivadas de este contrato.

2.3.2 ASEGURADO FAMILIAR: Cada uno de los integrantes del grupo familiar del Asegurado Titular, que convivan o dependan económicamente del mismo.



C.N.A DE SEGUROS LA PREVISORA
INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS BAJO EL N° 2

2.5 BANCO

Banco de Venezuela, S.A. Banco Universal, es el ente responsable de todo lo relacionado con la recaudación de las primas del seguro "SALUD GLOBAL", en virtud de que el TOMADOR es cliente de dicho banco.

2.6 SOLICITUD CUADRO-RECIBO:

Documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: Número de la Póliza, nombre del Asegurado o TOMADOR y Beneficiario en caso de muerte, identificación completa de la Empresa de Seguros, de su representante y domicilio principal, dirección del Asegurado o TOMADOR, dirección de cobro, nombre del intermediario de seguros, suma asegurada, monto de la prima, forma y lugar de pago, período de vigencia, deducible y firmas de la Empresa de Seguros y del TOMADOR.

2.7 INDEMNIZACION:

Entiéndase como la cantidad que pagará la Empresa de Seguros al Asegurado, suma que debe cumplir con las siguientes condiciones:

- 1.- Que el motivo de la reclamación esté cubierto de conformidad con las condiciones Generales y Particulares de la Póliza.
- 2.- Que se cause el reembolso por gastos efectivamente incurridos, facturados y debidamente pagados durante la vigencia de la Póliza y que no excedan de la suma asegurada contratada e indicada en la Solicitud Cuadro-Recibo.

2.8 SUMA ASEGURADA

Es el límite máximo de responsabilidad de la Empresa de Seguros y que está indicado en la Solicitud Cuadro-Recibo.

2.9 DEDUCIBLE

Cantidad indicada en la Solicitud Cuadro-Recibo que deberá asumir el Asegurado y en consecuencia no será pagada por la Empresa de Seguros en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto por la Póliza. El Deducible se aplicará una vez por persona asegurada y por enfermedad, durante la Vigencia de la Póliza.

2.10 PRIMA

Es la única contraprestación pagadera en dinero por el TOMADOR a la Empresa de Seguros.

2.11 RIESGO:

Es el suceso futuro e incierto que no depende de la voluntad del Asegurado, del TOMADOR o del Beneficiario y cuya materialización da origen a la obligación de la Empresa de Seguros.



C.N.A DE SEGUROS LA PREVISORA
INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS BAJO EL N° 2

2.12 SINIESTRO

Es el acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte de la Empresa de Seguros.

2.13 CONDICIONES PARTICULARES:

Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.

2.14 DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DE LA PÓLIZA:

Las condiciones generales, las condiciones particulares, la Solicitud Cuadro-Recibo y los anexos que se emitan para complementarla o modificarla.

CLÁUSULA 3. - INICIO Y VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La Empresa de Seguros asume las consecuencias de los gastos cubiertos a partir de la fecha en la que el TOMADOR notifique su consentimiento a la proposición formulada por la Empresa de Seguros o cuando ésta participe su aceptación a la solicitud efectuada por el TOMADOR, fecha señalada en la Solicitud Cuadro Recibo como inicio de vigencia de la Póliza. El período de vigencia se hará constar, igualmente, en la Solicitud Cuadro-Recibo con indicación de la fecha y hora de su inicio y vencimiento.

CLÁUSULA 4. - RENOVACIONES

Salvo comunicación en contrario de cualquiera de las partes, este seguro se renovará por el mismo período de la vigencia anterior, siempre y cuando el pago de la prima correspondiente al nuevo período se efectúe antes de que finalice el Plazo de Gracia de acuerdo a lo contemplado en la Cláusula 8. Plazo de Gracia de estas Condiciones Generales.

La Empresa de Seguros se reserva el derecho de modificar las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza y la correspondiente prima de renovación, previa autorización de la Superintendencia de Seguros, emitiendo para estos casos la nueva Solicitud Cuadro-Recibo de renovación.

Cualquiera de las partes puede negarse a la renovación de la Póliza, mediante una notificación escrita dirigida a la otra, al último domicilio que conste en la Póliza, a excepción de lo indicado en la cláusula 7. Indisputabilidad, de las Condiciones Particulares de esta Póliza.

Dicha notificación deberá efectuarse con un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso.



C.N.A DE SEGUROS LA PREVISORA
INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS BAJO EL N° 2

CLÁUSULA 5. - PRIMAS.

El Tomador debe la Prima desde la fecha de inicio de vigencia indicada en la Solicitud Cuadro Recibo de la Póliza, momento en que se celebra el contrato y la Empresa de Seguros hace partícipe al Tomador de su aceptación a la solicitud efectuada por éste.

El pago de la Prima será anual, salvo que desde el inicio del contrato, previa solicitud del Tomador y aceptación por parte de la Empresa de Seguros, se haya acordado fraccionar su pago en forma mensual o trimestral, lo cual se hará constar en la Solicitud Cuadro Recibo.

El Tomador estará obligado a pagar cada fracción de la prima anual según lo indicado en la Cláusula 8. Plazo de Gracia de estas Condiciones Generales. En caso de que alguna fracción de la Prima anual no sea pagada en la fecha de su exigibilidad o se haga imposible su cobro por causa imputable al Tomador, la Empresa de Seguros tendrá derecho a resolver la Póliza a partir del vencimiento de la última fracción de la prima anual pagada.

El pago de la prima se hará con cargo automático a la cuenta bancaria o tarjeta de crédito indicada en la Solicitud Cuadro Recibo y será prueba del mismo el monto y concepto reflejado en el estado de cuenta respectivo. El Tomador deberá contar con suficiente provisión de fondos para el momento del cargo automático, el cual será realizado el último día de finalización del período de vigencia anterior. En caso contrario, deberá pagar la prima correspondiente dentro del plazo previsto en la CLÁUSULA 8. Plazo de Gracia, de estas Condiciones Generales.

Las primas pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte de la Empresa de Seguros, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses de dichas primas.

La Empresa de Seguros no está obligada a efectuar cobros a domicilio ni dar avisos de su vencimiento y si lo hiciere no constituirá precedente de obligación y podrá suspender esta gestión en cualquier momento sin previo aviso.

CLÁUSULA 6.- EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.

La Empresa de Seguros no estará obligada al pago de la indemnización en los siguientes casos:

- 1. Si el Asegurado, el TOMADOR, 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 un siniestro o para derivar otros beneficios.**
- 2. Si el Siniestro se inicia antes de la vigencia del contrato y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta de la Empresa de Seguros.**
- 3. Si el Asegurado, el TOMADOR o el Beneficiario no notificare el siniestro o no entregare los documentos requeridos por la Empresa de Seguros, dentro de los plazos señalados en las Cláusula 12. Reclamaciones y Cláusula 13. Cooperación, de las Condiciones Particulares de esta Póliza, a menos que compruebe que la misma dejó de realizarse por una causa extraña no imputable.**
- 4. Cuando el pago de la prima se hubiera realizado con posterioridad a la fecha de ocurrencia de un siniestro, salvo que se efectúe dentro del plazo establecido en la Cláusula 5. Primas o dentro del plazo de gracia estipulado en la Cláusula 8. Plazo de Gracia de las Condiciones Generales de la Póliza.**
- 5. En caso de omisión, ocultamiento de información o reticencia en las declaraciones suministradas por el Asegurado o TOMADOR o por terceras personas que obren por cuenta de éstos en la presentación de siniestros con el propósito de ocultar o disimular la reclamación de un procedimiento no amparado por la presente póliza.**
- 6. Si el Asegurado, el TOMADOR, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, no notificare el siniestro dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del mismo, salvo por causa extraña no imputable al TOMADOR, Asegurado o Beneficiario.**
- 7. Otras exoneraciones de responsabilidad establecidas en las Condiciones Particulares y Anexos de la presente Póliza,**



C.N.A DE SEGUROS LA PREVISORA
INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS BAJO EL N° 2

CLÁUSULA 7. - CADUCIDAD

El TOMADOR, el Asegurado o el Beneficiario perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra la Empresa de Seguros o convenir con éste el Arbitraje previsto en el Artículo 15. Arbitraje de estas Condiciones Generales, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir doce (12) meses contados a partir de la fecha de rechazo de cualquier reclamación.

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

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

CLÁUSULA 8. PLAZO DE GRACIA

Con el fin de no causar interrupciones en la protección ofrecida por esta Póliza, el TOMADOR debe efectuar el pago de las primas de futuros períodos, a más tardar el mismo día en que termina el período anterior. No obstante esto, la Empresa de Seguros otorga al TOMADOR un período de gracia de (30) días continuos y siguientes al de la expiración del período anterior pagado si la forma de pago es anual, (15) días continuos y siguientes al de la expiración del período anterior pagado en los casos de pago trimestral y de (7) días consecutivos si la frecuencia de pago es mensual, durante cuyo plazo puede efectuar el pago de la prima correspondiente al período siguiente; con la particularidad, además, que durante el mencionado plazo de gracia continúa el seguro en todo su vigor, y éste cesa solamente al término del plazo de gracia señalado en cada caso. Si durante el plazo de gracia señalado ocurriera algún siniestro amparado bajo las condiciones de esta Póliza, se procederá descontar del monto a indemnizar del siniestro las primas pendientes a la fecha.

La falta de pago de la prima en el tiempo establecido en el párrafo anterior, se entenderá como la voluntad del Asegurado o TOMADOR de rescindir la Póliza, quedando esta sin validez ni efecto alguno.

CLÁUSULA 9. - TERMINACIÓN DEL CONTRATO

El contrato de seguro se dará por terminado si el Asegurado o TOMADOR conoce que a la Empresa de Seguros le fuere cancelada la autorización para operar en el ramo de salud. En este caso la terminación del contrato tendrá efecto a partir del día hábil siguiente al de la recepción por parte de la Empresa de Seguros de la comunicación escrita que indica la extinción del contrato o de cualquier fecha posterior que señale el Asegurado o TOMADOR en la misma. La Empresa de Seguros, dentro de los quince (15) días continuos siguientes, deberá poner a disposición del TOMADOR la parte proporcional de la prima, deducida la comisión



C.N.A DE SEGUROS LA PREVISORA

INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS BAJO EL N° 2

pagada al intermediario de seguros, correspondiente al período que falte por transcurrir.

De igual forma, el seguro terminará automáticamente para los Asegurados, cuando se verifique alguna de las siguientes condiciones:

- a) En caso de fallecimiento del Asegurado, sin perjuicio de las obligaciones que correspondan a la Empresa de Seguros por los siniestros ocurridos antes de la fecha de fallecimiento.
- b) Por falta de pago de la prima convenida, en cuyo caso todas las primas devengadas quedan a favor de la Empresa de Seguros. La terminación de la póliza no afecta la eventual validez de la reclamación por motivo de hospitalización e intervenciones anteriores a dicha terminación.

Las primas que se hubieren pagado en nombre de un Asegurado que se encuentre en la situación descrita en el literal a, de esta Cláusula 9. Terminación del Contrato, no otorgará derecho a beneficio alguno por las mismas y la responsabilidad de la Empresa de Seguros se limitará a la devolución de las primas pagadas en exceso, aun cuando tales primas hubiesen sido aceptadas formalmente por la Empresa de Seguros y siempre que ésta no hubiere pagado durante el año-póliza cantidad alguna por gastos amparados a dicho Asegurado.

Según lo dispuesto en la Ley del Contrato de Seguros, en esta Póliza no procederá la terminación anticipada, salvo lo indicado en el literal a) y b) de esta cláusula y lo indicado en la Cláusula 13. Declaraciones Falsas en la Solicitud Cuadro Recibo de estas Condiciones Generales.

CLÁUSULA 10. - MODIFICACIONES

Toda modificación a las condiciones de la Póliza entrará en vigor una vez que el Asegurado o TOMADOR notifique su consentimiento a la proposición formulada por la Empresa de Seguros o cuando ésta participe su aceptación a la solicitud de modificación propuesta por el Asegurado o TOMADOR.

Las modificaciones se harán constar mediante anexos, debidamente firmados por un representante de la Empresa de Seguros y el Asegurado o TOMADOR, los cuales prevalecerán sobre las condiciones particulares y éstas sobre las condiciones generales de la Póliza.

Si la modificación requiere pago de prima adicional se aplicará lo dispuesto en la Cláusula 3. Inicio y Vigencia de la Póliza, y Cláusula 5. Primas de estas Condiciones Generales.



C.N.A DE SEGUROS LA PREVISORA

INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS BAJO EL N° 2

Se consideran aceptadas las solicitudes escritas de prorrogar o modificar la Póliza o de rehabilitar la Póliza suspendida, si la Empresa de Seguros no rechaza la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido.

La modificación de la suma asegurada requerirá aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por la Empresa de Seguros con la emisión de la Solicitud cuadro Recibo, en el que se modifique la suma asegurada, y por parte del TOMADOR mediante comunicación escrita o por el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere.

CLÁUSULA 11. - ANEXOS

Solamente los funcionarios autorizados de la Empresa de Seguros tendrán facultad para extender Anexos a la presente Póliza. Para que tengan validez y puedan considerarse parte integrante de la Póliza, los Anexos a que se hace referencia en la misma, deben ser emitidos por la Oficina de la Empresa de Seguros, en formularios impresos debidamente sellados y firmados por uno de sus funcionarios autorizados y, si fuera el caso, el TOMADOR deberá pagar la prima correspondiente contra la entrega de la Solicitud Cuadro-Recibo.

Los anexos de las pólizas que modifiquen sus condiciones para su validez deberán estar firmados por la Empresa de Seguros y el TOMADOR. En caso de discrepancia entre lo indicado en los anexos y en la póliza, prevalecerá lo señalado en el anexo debidamente firmado.

CLÁUSULA 12. - COMUNICACIONES

Cualquier comunicación deberá hacerse por escrito con acuse de recibo, dirigido a la sede de la Empresa de Seguros o a la dirección del TOMADOR o ASEGURADO que aparece en la Solicitud Cuadro Recibo o al Intermediario de Seguros, según sea el caso.

Las comunicaciones entregadas a un intermediario de seguros o al Banco producirán el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte, salvo las comunicaciones relacionadas con la notificación del siniestro las cuáles tendrán efecto si se entregan a la Empresa de Seguros dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la fecha de tener conocimiento, el ASEGURADO, el TOMADOR o el BENEFICIARIO, de la ocurrencia del siniestro.

CLÁUSULA 13.- DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD CUADRO RECIBO

La Empresa de Seguros deberá participar al Asegurado o TOMADOR, en un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud Cuadro Recibo que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver la Póliza mediante comunicación dirigida al Asegurado o TOMADOR, en el plazo de un (1) mes contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el TOMADOR o el Asegurado. En caso de resolución, esta se producirá a partir del decimosexto (16º) 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 Empresa de Seguros.

Corresponderán al Asegurador las primas relativas al período transcurrido hasta el momento que haga esta notificación. La Empresa de Seguros 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 de que la Empresa de Seguros haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haber conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el TOMADOR o asegurado actúa con dolo o culpa grave, la Empresa de Seguros quedará liberada del pago de la indemnización y podrá resolver la póliza quedando la Empresa de Seguros relevada de la devolución de prima.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del Asegurado o TOMADOR, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato, si son de tal naturaleza que la Empresa de Seguros de haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones, quedando limitada la obligación de la Empresa de Seguros únicamente a reintegrar sin intereses la prima pagada, desde la emisión o renovación, lo que sea más reciente.

CLÁUSULA 14.- LAPSO DE INDEMNIZACIÓN O RECHAZO DEL SINIESTRO

El Asegurado tiene derecho a recibir la indemnización que le corresponde en un plazo que no exceda de treinta (30) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que éste haya entregado el último recaudo, salvo por causa extraña no imputable a la Empresa de Seguros.

Igualmente el Asegurado tiene derecho a ser notificado por escrito en un plazo que no exceda de treinta (30) días hábiles siguientes contados a partir de la fecha en que éste haya entregado el último recaudo, de las causas de hecho y de derecho que a juicio de la Empresa de Seguros justifican el rechazo total de la indemnización exigida. Este derecho también existirá cuando la Empresa de Seguros pague sólo parte de la indemnización reclamada por los Beneficiarios.



C.N.A DE SEGUROS LA PREVISORA

INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS BAJO EL N° 2

CLÁUSULA 15. - ARBITRAJE

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la 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 designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la Póliza. Las partes fijarán el procedimiento a seguir; en caso contrario se aplicará el procedimiento previsto en la ley que rige la materia de arbitraje. En este caso, la decisión deberá ser adoptada en un plazo que no exceda de treinta (30) días hábiles una vez finalizado el lapso probatorio.

CLÁUSULA 16. - OTROS SEGUROS

Cuando el Asegurado se encuentre amparado por varios seguros de hospitalización, cirugía y maternidad que estén obligados a pagar la indemnización sobre un mismo siniestro, el Asegurado escogerá el orden en que presentará las reclamaciones.

Queda expresamente entendido que La Empresa de Seguros sólo responderá como máximo hasta la cantidad establecida como Suma Asegurada y de acuerdo a las Condiciones Generales y Particulares de esta Póliza, indemnizando en función de la cobertura contratada, previa deducción de lo pagado por las otras Pólizas, no excediendo en ningún caso el ciento por ciento (100%) de los gastos incurridos y cubiertos por ésta Póliza, sujeto al Costo Razonable indicado en la Cláusula 3. Gastos Cubiertos, literal a, de las Condiciones Particulares de la presente Póliza. En este caso se deberá presentar el finiquito y las facturas originales indemnizadas por las otras Empresas de Seguros.

Si una de las Empresas de Seguros resultara insolvente, las demás Empresas de Seguros asumen la parte correspondiente a la insolvente, como si no hubiese seguro por esa parte, proporcionalmente a las sumas aseguradas y hasta la concurrencia de la suma asegurada por cada una de ellas. Las Empresas de Seguros que paguen la indemnización correspondiente se subrogarán en los derechos de El Asegurado contra la Empresa de Seguros insolvente.



C.N.A DE SEGUROS LA PREVISORA
INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS BAJO EL N° 2

CLÁUSULA 17. - SUBROGACIÓN DE DERECHOS

La Empresa de Seguros queda subrogada de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto indemnizado, en los derechos y acciones del Asegurado o TOMADOR o del Beneficiario en caso de muerte contra los terceros responsables.

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

El Asegurado o TOMADOR o Beneficiario no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de recobrar de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado, so pena de perder todo derecho a indemnización bajo la póliza.

En caso de siniestro, el Asegurado o TOMADOR o Beneficiario está obligado a realizar a expensas de la Empresa de Seguros los actos que ésta razonablemente le exija o que sean necesarios, con el objeto de que la Empresa de Seguros ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago de la indemnización.

CLÁUSULA 18. - DOMICILIO ESPECIAL

Para todos los efectos y consecuencias derivados o que puedan derivarse del presente contrato, se fija como domicilio único y especial, la ciudad donde se celebró el contrato, a la competencia de cuyos tribunales, con exclusión de cualquier otro, declaran las partes someterse.

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.

_____ , _____ de _____ de _____

EL TOMADOR

LA EMPRESA DE SEGUROS



C.N.A DE SEGUROS LA PREVISORA
INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS BAJO EL N° 2

PÓLIZA DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA SALUD GLOBAL CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1. - DEFINICIONES

1.1 MÉDICO.

Cualquier persona natural que esté legalmente autorizada para ejercer la medicina de acuerdo a las Leyes del País donde ejerza su actividad profesional.

El término “Médico” no incluye a: Dentista (odontólogo, ortodoncista), Quiropráctico, Optómetra, Podiatra o cualquier otro profesional cuya especialidad no esté reconocida por la Federación Médica Venezolana.

1.2 INSTITUCIÓN HÓSPITALARIA

Institución Pública o Privada legalmente autorizada para mantener instalaciones permanentes de asistencia médica a pacientes internados, que tenga médicos en forma regular y permanente, que suministre en forma continua servicio de enfermería y que preste servicio de Hospitalización, Asistencia Médica Quirúrgica a personas lesionadas o enfermas.

No serán considerados para los efectos de esta Póliza, los lugares de descanso para ancianos, Centros para tratamiento de drogadictos, alcohólicos o afectados por cualquier enfermedad infecto contagiosa o de desórdenes, enfermedades mentales, ni lugares donde se proporcionen tratamientos naturistas.

1.3 ACCIDENTE

Es todo suceso repentino, imprevisto y externo, que ocurra durante la vigencia de la Póliza, que cause lesiones corporales, y cuyo origen sea externo al cuerpo del Asegurado, TOMADOR o Beneficiario, y fuera de su control.

1.4 ENFERMEDAD CONGÉNITA

Se entienden como enfermedades congénitas todas las alteraciones y desviaciones del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo humano que existan desde la fecha de nacimiento o antes del mismo.

1.5 TRATAMIENTO

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

1.6 GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

Son los gastos generados por concepto de tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades o accidentes amparados por la Póliza, e incluye los gastos por concepto de servicios hospitalarios, honorarios profesionales, exámenes paraclínicos, medicinas y suministros.

1.7 GASTOS NO CUBIERTOS

Son todos aquellos gastos no amparados bajo la cobertura de la presente Póliza.

1.8 MÉDICAMENTE NECESARIO

Conjunto de medidas o procedimientos suministrados por un médico o institución hospitalaria que se ponen en práctica para el tratamiento, curación o alivio de una enfermedad, que implique una mejora funcional en la salud física del Asegurado bajo las siguientes características:

- Que sean apropiados al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión consecuencia de un accidente, padecido por el Asegurado.
- Que sean congruentes con las normas prácticas médicas o profesionales aceptadas por la Federación Médica Venezolana.
- Que el nivel de servicio o suministro sea el más idóneo que pueda ser proporcionado sin peligro para el Asegurado.

CLÁUSULA 2. - BENEFICIOS

Los beneficios que ampara la presente Póliza de Salud son válidos únicamente para las personas inscritas en el seguro, para las cuales se haya indicado, en cada caso, la suma asegurada y las primas respecto de esta Póliza en la correspondiente Solicitud Cuadro-Recibo.

Los beneficios bajo este seguro serán pagados al recibirse prueba satisfactoria de que una persona asegurada ha incurrido en gastos cubiertos, médicamente necesarios, en relación con, o como resultado de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza o de una de las enfermedades cubiertas, sujeto a los términos y condiciones establecidos en esta Póliza.

CLÁUSULA 3. - GASTOS CUBIERTOS

Los Gastos Cubiertos según la presente Póliza, son los costos razonables, usuales y acostumbrados, médicamente necesarios, utilizados para el tratamiento médico, intervención quirúrgica con o sin hospitalización, servicios hospitalarios, medicinas, suministros y equipos especiales, requeridos para el tratamiento de enfermedades o lesiones cubiertas por esta Póliza, sin que la indemnización a la que tenga derecho cada asegurado

exceda de los montos máximos establecidos como Suma Asegurada en la Solicitud Cuadro-Recibo.

Tales gastos han de ser comprobados mediante recibos y facturas originales debidamente canceladas y no deben tener su origen en las exclusiones establecidas en la Póliza. El agotamiento de los beneficios será por enfermedad, persona y año póliza siempre y cuando supere el deducible reflejado en la Solicitud Cuadro Recibo.

Queda además entendido que:

- a) Se entiende por “Costo Razonable” el promedio calculado por la Empresa de Seguros de los gastos médicos quirúrgicos y hospitalarios de clínicas 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 o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones y que, de acuerdo a las Condiciones de esta Póliza, se encuentran cubiertos. Dicho promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga La Empresa de Seguros de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en dichos gastos, incrementado según el I.P.C. del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el Gasto Razonable será el monto facturado.**
- b) El médico tratante o cirujano debe estar legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina y tener una especialidad reconocida por la Federación Médica Venezolana.**

El beneficio de cirugía es aplicable en todo caso de operación quirúrgica en forma ambulatoria o con hospitalización, ordenada y llevada a cabo por un cirujano debidamente facultado, y representa los gastos en que incurra el Asegurado por concepto de pago de honorarios médicos, de cirujano con hasta un máximo de dos (2) ayudantes y el anesthesiólogo, como participantes en la(s) intervención(es) quirúrgica (s) relacionada(s) con la enfermedad o el accidente tratado.

Estos honorarios, con los demás beneficios cubiertos globalmente, están sujetos al límite máximo de la suma asegurada establecida en la Solicitud Cuadro-Recibo.

En caso de tratamiento ambulatorio, los honorarios médicos serán indemnizados contra la presentación de facturas originales totalmente canceladas y debidamente identificadas con el nombre del médico, su

especialidad, Número de Registro de Información Fiscal (RIF), número del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, cédula de identidad e indicación del servicio médico efectuado.

- c) Las medicinas deben haber sido indicadas bajo prescripción médica específica, ser necesarias para el tratamiento de la enfermedad o lesión que causa el reclamo del Asegurado, ser adquiridas en un establecimiento debidamente autorizado para el expendio de productos farmacéuticos, y para su indemnización deberán presentarse los correspondientes récipes originales de prescripción. Los suministros y material médico quirúrgico, serán indemnizados contra la presentación del detalle de consumo, suministrado por la institución hospitalaria, necesario para el tratamiento de la enfermedad o lesión que causa el reclamo del Asegurado.**
- d) El servicio de enfermera particular estará amparado si es prestado dentro de la institución hospitalaria, siempre que sea ordenado por el médico tratante en virtud de la enfermedad o lesión que origina la hospitalización, de la gravedad del paciente y de la necesidad de atención especializada. La enfermera debe ser profesional graduada y legalmente facultada para ejercer la profesión, y no tener parentesco con el Asegurado o TOMADOR inscrito en la Póliza, dentro del segundo grado de consanguinidad o afinidad, ni convivir con éste.**
- e) La hospitalización debe haberse efectuado en una institución hospitalaria debidamente registrada y autorizada como tal. Los gastos hospitalarios cubiertos se refieren exclusivamente al servicio de habitación corriente, distinta a habitaciones especiales o de lujo, suites, semi-suites; el cual incluye la alimentación del paciente conforme a la prescripción facultativa y hasta por el máximo del costo de la habitación privada corriente en la institución hospitalaria. Los gastos por: uso de teléfono (llamadas locales), admisión, uso de la televisión del cuarto ocupado por el Asegurado hospitalizado y el costo de pernoctas del acompañante, cuando ocupe la misma habitación que el paciente Asegurado, están cubiertos.**
- f) Están cubiertos los servicios hospitalarios o clínicos suministrados por la institución hospitalaria en virtud del tratamiento médico o intervención quirúrgica amparada y otorgada al Asegurado, no considerándose entre éstos el costo correspondiente al Servicio de Analgesia Post-operatoria y los costos administrativos de la institución hospitalaria, los cuales se trasladan al paciente, como son: gastos de cobranza, limpieza, microfilm, historias clínicas,**

estacionamiento, misceláneos, impuestos y otros costos no definidos, ni relacionados con el tratamiento de la afección declarada.

- g) Están cubiertos los gastos por concepto de prótesis oculares, cadera, miembros superiores e inferiores, cardiovasculares, articulares, de vías digestivas, derivaciones ventrículo peritoneales, marcapasos cardíacos, así como las dentales, auditivas, testiculares y de mamas, que podrían ser requeridas por la pérdida de órganos o miembros, como consecuencia de enfermedades y/o accidentes sufridos por el Asegurado, que hayan sido diagnosticadas, tratadas y amparadas durante la vigencia de la Póliza y cuya indicación médica sea de carácter permanente. El Asegurado podrá adquirir la prótesis requerida, previa aprobación del monto del gasto por parte de La Empresa de Seguros, sujeto al Costo Razonable indicado en el literal a) de la presente Cláusula 3. Gastos Cubiertos.**
- h) Están cubiertos los Gastos de alquiler por concepto de aparatos ortopédicos, así como equipos para la administración de oxígeno, respiradores artificiales y otros equipos para el tratamiento de parálisis respiratoria, y en general, todos aquellos relacionados con cualquier clase de equipos especiales. Cuando el costo del alquiler por el tiempo estimado de uso de acuerdo al criterio del médico tratante supere el costo de adquisición, la Empresa de Seguros podrá efectuar la compra de los mismos. Están cubiertos Los gastos incurridos para la adquisición de muletas, de miembros y ojos artificiales, y de silla de ruedas manual que se requieran para uso permanente.**
- i) Pruebas, quimioterapia, radioterapia, análisis y exámenes, fluoroscopias, radiografías, isótopos radioactivos, electrocardiogramas, ultrasonidos, metabolismo, exámenes de sangre y otros similares, que guarden relación con la causa u origen del tratamiento o de la hospitalización, se consideran cubiertos en caso de haber sido expresamente ordenados por un médico y se requieran en el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión amparada por ésta Póliza.**
- j) La cobertura que ofrece la presente Póliza, se extiende también a tratamientos dentales que sean originados como consecuencia de un accidente que ocurra durante la vigencia del seguro, debidamente notificado y comprobado por el Asegurado o TOMADOR, a la Empresa de Seguros, en el momento de su ocurrencia a través de informes de especialistas y radiografías de la lesión sufrida, siempre que el accidente se encuentre amparado bajo las Condiciones Generales y**

Particulares de esta Póliza y que los gastos que se originen por un tratamiento dental se realicen como máximo dentro de los noventa (90) días continuos y siguientes a la fecha de ocurrencia del mismo.

- k) Si en el curso de una misma hospitalización o intervención quirúrgica, el Asegurado o TOMADOR es atendido por dos o más cirujanos, o si se efectúan dos o más operaciones, éstas serán consideradas como una sola a los efectos de la indemnización y si se presentan accidentes y/o complicaciones y enfermedades directas o indirectas originadas por la enfermedad primaria, durante el curso de la hospitalización o que requieran nueva hospitalización, la indemnización en ningún caso excederá, por cada Asegurado, del límite máximo establecido como Suma Asegurada en la Solicitud Cuadro-Recibo. En caso de dos o más cirugías practicadas durante el mismo acto quirúrgico, la Empresa de Seguros pagará de la siguiente manera: el 100% de la de mayor costo, 50% del costo de la siguiente, 25% del costo de cada una de las subsiguientes, sin exceder en ningún caso de la Suma Asegurada.**

- l) Estarán cubiertos los gastos para intervenciones quirúrgicas cuya atención sea bajo la modalidad de cirugía ambulatoria, (permanencia en la institución hospitalaria inferior a 24 horas) siempre y cuando la institución hospitalaria a la que acuda el Asegurado esté debidamente calificada para tal fin.**

- m) 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, el caso será considerado a los efectos de este seguro, como un caso de enfermedad y no de accidente.**

- n) Si un accidente agrava el curso de una enfermedad, las consecuencias serán consideradas como una enfermedad y no como un accidente.**

- o) Estarán amparados:**
 - a. Gastos por atención médica recibida en Hospitales Públicos e Institutos de Beneficencia, los cuales serán pagados exclusivamente contra la presentación de facturas y soportes que demuestren la cancelación de los gastos incurridos y siempre que estén cubiertos por esta Póliza.**

 - b. Gastos por concepto de rehabilitación, practicada por profesionales autorizados en la materia y destinada a la**

recuperación de la capacidad física perdida a consecuencia de una enfermedad o accidente sufrido por el Asegurado, siempre y cuando el mismo haya sido amparado bajo la cobertura de la presente Póliza, previa aprobación por parte del Departamento Médico de la Empresa de Seguros el cual, de acuerdo al tipo de lesión, determinará el número de sesiones y el monto máximo a indemnizar.

- c. Intervenciones quirúrgicas de tipo reconstructivas originadas por un proceso maligno del órgano afectado o por lesión sufrida debido a un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, debidamente reportado a la Empresa de Seguros en el momento de su ocurrencia y comprobado por el Asegurado o TOMADOR para ser indemnizado bajo la misma. La intervención quirúrgica a que de lugar, deberá ser realizada dentro de los ciento ochenta (180) días continuos y siguientes a la ocurrencia de dicho evento.**
- d. Gastos de ambulancia terrestre dentro del Territorio Nacional, siempre que haya sido previamente autorizado por parte del departamento médico de la Empresa de Seguros.**

CLÁUSULA 4. – EXCLUSIONES

4.1. TEMPORALES

La Empresa de Seguros no estará obligada al pago de indemnización por los gastos incurridos en relación con:

- a) Enfermedades preexistentes o congénitas, así como las secuelas de enfermedades, accidentes o intervenciones quirúrgicas ocurridas antes de entrar en vigencia la presente póliza. Sin embargo, tendrán cobertura estas enfermedades, accidentes y sus secuelas, después de haber transcurrido dieciocho (18) meses contados desde la fecha de comienzo de esta Póliza.**

4.2. PERMANENTES

La Empresa de Seguros no estará obligada al pago de indemnización por los gastos incurridos en relación con:

- a) Los daños intencionalmente infligidos a sí mismo, los casos de suicidio, o tentativas de suicidio, ya sea en estado de cordura o pérdida de la razón.**
- b) Daños y lesiones ocasionados en: Servicio Militar o Naval de cualquier país en tiempo de guerra o cualquier acto relacionado con ella (haya habido declaración de guerra o no), motines, acto de terrorismo,**

insurrecciones, guerra civil, rebeliones, huelgas, tumultos, disturbios de toda clase o alteración del orden público y cualquier hecho que las leyes califiquen como delitos contra la seguridad del interior del Estado.

- c) Viajes aéreos del Asegurado cuando se encuentre como piloto.**
- d) Tratamiento de la dependencia del alcohol, drogas estupefacientes y psicotrópicas y sus complicaciones, agudas o crónicas, etilismo, así como los accidentes ocurridos bajo la influencia del alcohol o de drogas y las consecuencias y/o enfermedades originadas por el consumo de alcohol o el uso de drogas.**
- e) Impuestos, gastos de cobranza, limpieza, microfilm, historias clínicas, estacionamiento, misceláneos, y otros costos no definidos, ni relacionados con el tratamiento de la afección declarada. Atención médica, estudios, tratamientos y hospitalizaciones por alteraciones hormonales con repercusión en el crecimiento y/o desarrollo.**
- f) Enfermedades y tratamiento dentales y periodontológicos, Tratamiento quirúrgico de distonías miofaciales por mal posición dentaría y/o anomalías de crecimiento de maxilares, tratamiento de cualquier índole de la articulación temporo-maxilar, salvo lo establecido en la Cláusula 3. Gastos Cubiertos aparte o), sub-aparte c. de las Condiciones Particulares de la presente Póliza.**
- g) Tratamientos de trastornos funcionales de la conducta (neurosis, depresión, angustia, fobias, ansiedad, psicosis, otros) y deficiencias mentales. Demencia.**
- h) Lesiones ocasionadas como consecuencia de participación en riñas provocadas o no por el Asegurado, participación en actos delictivos, alteraciones de orden público, prácticas de deportes de alto riesgo como son: carreras, lucha, pesca, submarinismo, paracaidismo, vuelo en Ícaro, vuelo a vela, artes marciales, boxeo, hipismo o toda competencia peligrosa; cualquier gasto relacionado como consecuencia de algún accidente ocurrido en la práctica de este tipo de deporte y sus consecuencias.**
- i) Exámenes de la vista, vicios de refracción, cirugías o tratamientos para corregir defectos de refracción visual, anteojos, queratoplastias, queratotomías, queratomileusis, lentes de contacto o lentes intraoculares que no correspondan a patología comprobada de catarata.**
- j) Cirugía cosmética o plástica, salvo lo establecido en la Cláusula 3. Gastos Cubiertos aparte o), sub-aparte c. de las Condiciones Particulares de la presente Póliza.**
- k) Mastoplastia reductora o de aumento con fines estéticos o funcionales, y las complicaciones que se presenten de la intervención quirúrgica primaria o de la enfermedad. Tratamiento médico y/o quirúrgico de las siguientes patologías de las glándulas**

mamarias: Displasia, adenosis, enfermedad quística, enfermedad fibroquística, mastopatía esclero-quística, enfermedad de Reclus, ginecomastia.

- l) Gastos de transporte, distintos a ambulancias terrestres previamente autorizada por parte de la Empresa de Seguros.**
- m) Cobro de honorarios como consecuencia de cualquier tratamiento, proporcionado por un médico o enfermera que tenga parentesco con el Asegurado o TOMADOR o un familiar del Asegurado o TOMADOR, dentro del segundo grado de consanguinidad o afinidad, o que viva con éstos.**
- n) Enfermera privada para el cuidado del paciente, fuera de un centro hospitalario.**
- o) Radiación nuclear o sus consecuencias.**
- p) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sus consecuencias y complicaciones.**
- q) Tratamientos quirúrgicos o no quirúrgicos para la obesidad o reducción de peso.**
- r) Exámenes con fines de diagnóstico o controles con o sin hospitalización cuando no haya enfermedad o no guarden relación con la enfermedad de base que originó la atención médica, chequeos médicos generales y tratamientos desensibilizantes para alergias. Estados gripales y aplicación de vacunas. Tratamientos no aceptados por la Federación Médica Venezolana, como son: acupuntura, medicina naturista, homeopática.**
- s) Gastos con ocasión de tratamientos quirúrgicos o no quirúrgicos para fertilización, implante o retiro de métodos anticonceptivos, esterilización, disfunción eréctil, enfermedad de Peryronie, cambio de sexo, impotencia o frigidez y las complicaciones que se deriven de ellos.**
- t) Tratamiento para la terapia ocupacional, educacional o del lenguaje. Tratamientos fisioterapéuticos, salvo lo establecido en la Cláusula 3. Gastos Cubiertos, aparte o), sub-aparte b. de las Condiciones Particulares de la presente Póliza.**
- u) Enfermedades de transmisión sexual, sus consecuencias y complicaciones.**
- v) Enfermedades decretadas como epidémicas por el Organismo competente en cualquier parte del país.**
- w) Lesiones causadas directa o indirectamente por: Terremotos, Temblor de tierra, Tifón, Huracán, Tornado, Ciclón, u otra convulsión de la naturaleza o perturbación atmosférica.**
- x) Prótesis o aparatos ortopédicos, mecánicos o bioeléctricos, así como tratamientos ortopédicos, adquisición de Botas, Bragueros, Plantillas u otros equipos ortopédicos, salvo lo establecido en la Cláusula 3.**

Gastos Cubiertos, aparte g) y h) de las Condiciones Particulares de la presente Póliza.

- y) Tratamientos médicos o quirúrgicos sobre órganos sanos con fines profilácticos.**
- z) Los gastos que genere el acompañante del Asegurado hospitalizado por concepto de alimentación y cualquier otro concepto, y cualquier otro gasto distinto a las pernoctas cuando ocupe la misma habitación que el paciente Asegurado.**

Si la hospitalización, tratamiento médico o intervención quirúrgica se debiese a alguna enfermedad o por un tratamiento o intervención no cubierto según las condiciones de la presente Póliza, y la misma presentare alguna complicación, el caso será considerado a los efectos de este seguro, como un caso de enfermedad no amparado bajo la cobertura de la presente Póliza.

CLÁUSULA 5. - PERSONAS ASEGURABLES

Son asegurables bajo la presente Póliza:

- a) El Asegurado Titular, siempre que su edad al momento de contratar la Póliza sea menor de sesenta y un (61) años.
- b) El cónyuge o la persona con quien haga vida marital El Asegurado Titular, siempre que sea menor de sesenta y un (61) años.
- c) Los hijos de El Asegurado Titular y los hijos de su cónyuge (sean comunes o no) cuya afiliación esté legalmente demostrada y que sean solteros.
- d) Cualquier familiar del Asegurado o persona a su servicio, siendo que estas últimas deben convivir con él y depender económicamente del Asegurado, siempre que no hayan cumplido sesenta y un (61) años de edad.

Es condición expresa que al momento de emisión del Seguro o de ser solicitada la inclusión de algún dependiente, según sea el caso, se deberá efectuar una declaración de Salud a través de la solicitud de seguro que la Empresa de Seguros dispone para tal fin, considerando que dichas personas deben gozar de buen estado de salud y no sufrir ni padecer de ninguna enfermedad.

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular, la (el) cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho inscrita (o) en esta póliza, podrá continuar como Asegurado Titular, junto con las demás personas inscritas, siempre y cuando lo solicite al Asegurador a través de comunicación escrita y cancele las primas correspondientes. Queda a juicio de la Empresa de Seguros aceptar la continuación del Seguro

CLÁUSULA 6. - PLAZOS DE ESPERA

Los Asegurados tienen derecho a gozar de las coberturas y beneficios establecidos en esta Póliza, en forma inmediata, incluyendo la rehabilitación de la Póliza, aumento de Suma Asegurada, o la inclusión de un Asegurado, siempre y cuando la enfermedad, hospitalización y/o la intervención quirúrgica y/o tratamiento médico, no se encuentren indicados en la Cláusula 4. Exclusiones, de las Condiciones Particulares de la presente Póliza.

CLÁUSULA 7. - INDISPUTABILIDAD

Esta Póliza será indisputable, en lo que respecta a enfermedades y anomalías congénitas o hereditarias, para enfermedades adquiridas y secuelas de eventos, sean estas conocidas o no, ocurridos con anterioridad a la fecha de comienzo de la Póliza, inclusión del Asegurado, aumento de Suma Asegurada o cambio de Plan, después de dieciocho (18) meses de estar la cobertura vigente ininterrumpidamente, contados estos a partir de la fecha de comienzo de la Póliza, inclusión del Asegurado, aumento de Suma Asegurada o cambio de Plan, según sea el caso, siempre que la enfermedad, hospitalización y/o la intervención quirúrgica y/o tratamiento médico, no se encuentren indicados en la Cláusula 4. Exclusiones, de las Condiciones Particulares de la presente Póliza.

Para los casos de cambio de plan solicitado por el Asegurado o TOMADOR, ésta Cláusula aplica únicamente para las sumas aseguradas y beneficios en exceso de los contratados en el anterior plan.

A la persona Asegurada que permanezca incluida dentro de la cobertura de la presente Póliza ininterrumpidamente durante veinticuatro (24) meses, previo su consentimiento, la Empresa de Seguros le garantiza la permanencia del Seguro.

Esta Cláusula no será válida en los casos previstos en la Cláusula 13. Declaraciones Falsas en la Solicitud Cuadro-Recibo y en la Cláusula 6. Exoneraciones de Responsabilidad de las Condiciones Generales de esta Póliza.

CLÁUSULA 8. - ACCIDENTES A VARIAS PERSONAS ASEGURADAS

En caso que dos o más personas incluidas como Asegurados incurran en gastos cubiertos por esta Póliza, como consecuencia de un mismo accidente, se aplicará el deducible únicamente a un Asegurado.

CLÁUSULA 9. - COMPLICACIONES RELATIVAS AL ESTADO DE GRAVIDEZ

También esta póliza ampara los "Gastos Cubiertos" ocasionados por el tratamiento de complicaciones relativas a:

- a) Estado de gravidez.



C.N.A DE SEGUROS LA PREVISORA
INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS BAJO EL N° 2

- b) Parto normal o con fórceps, quedando limitada la cobertura por este concepto a los gastos incurridos por complicaciones.
- c) Hospitalización del recién nacido.

CLÁUSULA 10. – CAMBIO DE PLAN

Es condición expresa que al momento de solicitar cualquier cambio de plan de cobertura mayor al plan que posea vigente un Asegurado, se deberá efectuar una declaración de salud a través de la Solicitud Cuadro Recibo que la Empresa de Seguros dispone para tal fin. Esta modificación entrará en vigencia a partir de la fecha indicada en la Solicitud Cuadro Recibo donde se indica el nuevo plan y la prima que corresponda pagar en exceso.

Esta prima en exceso deberá pagarse dentro de los quince (15) días continuos y siguientes a la fecha de inicio de vigencia del plan según lo indicado en la nueva Solicitud Cuadro Recibo y en caso que no sea pagada dentro de este plazo o se haga imposible su cobro por causa imputable al TOMADOR, la Empresa de Seguros tendrá derecho a mantener el plan que se encontraba vigente al momento en que el Asegurado o TOMADOR solicitó el cambio de plan.

CLÁUSULA 11. -DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO

El Asegurado tiene el derecho de designar en la Solicitud Cuadro Recibo de la Póliza a sus Beneficiarios en caso de fallecimiento.

El Beneficiario en caso de fallecimiento debe ser identificado en forma inequívoca y que haga posible su diferenciación de otra persona. En caso de inexactitud o error en el nombre del Beneficiario en caso de fallecimiento que haga imposible su identificación, dará derecho a acrecer la prestación convenida a favor de los demás Beneficiarios en caso de fallecimiento designados.

A falta de designación de Beneficiarios en caso de fallecimiento o en caso de inexactitud o error en el nombre del Beneficiario en caso de fallecimiento único que haga imposible su identificación, la prestación convenida se pagará en partes iguales a los herederos legales del Asegurado.

En caso de que algún Beneficiario en caso de fallecimiento falleciere antes o simultáneamente con el Asegurado, la parte que le corresponda acrecerá a favor de los demás Beneficiarios en caso de fallecimiento sobrevivientes, y si todos hubiesen fallecido, la prestación convenida se hará a favor de los herederos legales del Asegurado. A los efectos del seguro, se presume que un Beneficiario



C.N.A DE SEGUROS LA PREVISORA

INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS BAJO EL N° 2

en caso de fallecimiento ha fallecido simultáneamente con el Asegurado cuando el suceso que da origen al fallecimiento, ocurre en un mismo momento, independientemente de que el fallecimiento ocurra en una fecha posterior.

En el caso de que los Beneficiarios en caso de fallecimiento fueren los herederos del Asegurado, la Empresa de Seguros queda autorizado por éste a pagar el monto del seguro a aquellos herederos que hubieren comprobado tal carácter durante los noventa (90) días subsiguientes a la muerte del Asegurado y quedando exento de toda responsabilidad para con los herederos que no hayan concurrido dentro del plazo señalado a reclamar por escrito sus beneficios y comprobar su calidad de herederos.

El Asegurado tiene derecho en cualquier momento de cambiar de Beneficiario en caso de fallecimiento.

CLÁUSULA 12. - RECLAMACIONES

Las indemnizaciones según la presente Póliza se pagarán sobre la base de certificaciones médicas, informaciones de instituciones hospitalarias legalmente autorizadas, facturas debidamente canceladas, récipes de indicación médica y documentos originales concernientes a servicios expresamente cubiertos por esta Póliza y dispensados al Asegurado o a alguna persona inscrita en esta Póliza. Para obtener la indemnización que pueda proceder según la presente Póliza, el Asegurado deberá formular una reclamación acompañada de los recaudos anteriormente señalados dentro de los treinta (30) días continuos y siguientes de haber incurrido en el gasto médico, por el suceso que determina la reclamación, en los formularios usuales de la Empresa de Seguros los cuales deben ser entregados directamente a la misma. El Asegurado se compromete a suministrar a la Empresa de Seguros, especialmente en los casos de tratamiento continuado o prolongado, mensualmente, en original, informes médicos evolutivos de la afección, las facturas debidamente canceladas y comprobantes de pago, por los servicios médicos amparados, médicamente necesarios recibidos.

CLÁUSULA 13. -COOPERACIÓN

En todo caso de una reclamación en virtud de la presente Póliza, el Asegurado no sólo procederá a dar aviso a la Empresa de Seguros acompañado de los recaudos estipulados en la Cláusula 12. Reclamaciones de las Condiciones Particulares de la presente Póliza, sino que adoptará y permitirá que se ejecuten todas las medidas que fueran razonables para reducir al mínimo las consecuencias del accidente, enfermedad, hospitalización o intervención quirúrgica, que motivó la reclamación. Si se tratare de un accidente, el Asegurado entregará a la Empresa de Seguros una declaración por escrito, suministrando todos los datos razonables que se le pudieran exigir acerca del accidente. El Asegurado está igualmente obligado, a entregar a la Empresa de Seguros todos los recibos originales, facturas originales debidamente canceladas, radiografías, resultados de exámenes



C.N.A DE SEGUROS LA PREVISORA

INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS BAJO EL N° 2

y cualesquiera otra documentación que la Empresa de Seguros, directamente o por medio de sus representantes, considere necesario exigirle con referencia a la reclamación a objeto de poder determinar el derecho a indemnización que pueda tener.

Asimismo se obliga el Asegurado, a certificar la exactitud de su reclamación y de cuantos aspectos estén consignados en la misma, mediante una declaración hecha, sea bajo juramento o en cualquier forma legal, y de autorizar a la Empresa de Seguros para solicitar informes sobre la evolución de lesiones o enfermedades para la comprobación de cualquier evento, así como para solicitar a cualquier institución hospitalaria o médico su historia clínica. Igualmente tendrá la Empresa de Seguros la oportunidad y el derecho, durante el curso de una reclamación a examinar mediante los servicios de su personal facultativo la persona asegurada objeto del reclamo, así como también el Asegurado autorizará a la Empresa de Seguros a realizar las autopsias que considere necesarias en caso de muerte, salvo que estas estén prohibidas por la ley.

La Empresa de Seguros a su propio costo, tendrá el derecho de hacer examinar por un médico a cualquier persona asegurada, durante la vigencia de esta Póliza, haya habido reclamación o no.

La Empresa de Seguros tiene derecho a recuperar del Asegurado o TOMADOR, las sumas de dinero que por error hubiere pagado en virtud de las coberturas de esta Póliza, pudiendo descontarla de otras indemnizaciones o de una eventual devolución de prima a favor del Asegurado o TOMADOR originada por cualquier concepto.

CLÁUSULA 14. -OTRAS EXONERACIONES DE RESPONSABILIDAD

La Empresa de Seguros quedará relevada de toda responsabilidad sobre cualquier siniestro y el Asegurado perderá todo derecho a indemnización si después de solicitada la documentación faltante para el análisis del reclamo, o haberse efectuado por parte de la Empresa de Seguros una solicitud de reconocimiento médico, no hubiere presentado los recaudos solicitados o no haya asistido al reconocimiento médico requerido dentro de los sesenta (60) días continuos y siguientes a la fecha de la solicitud del requerimiento efectuado, a menos que el incumplimiento se deba por causa extraña no imputable al Asegurado.

CLÁUSULA 15. - PAGO DE INDEMNIZACIONES

La Empresa de Seguros tendrá la obligación de indemnizar los gastos cubiertos en que incurra el Asegurado con motivo de la asistencia médica dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días hábiles siguientes, contados a partir de la fecha en que la Empresa de Seguros haya recibido el último recaudo



C.N.A DE SEGUROS LA PREVISORA

INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS BAJO EL N° 2

por parte del Asegurado, salvo por causa extraña no imputable a la Empresa de Seguros.

El pago de las prestaciones aquí previstas se efectuará al Asegurado, o si hubiese fallecido, antes del pago, a sus Beneficiario en caso de muerte nombrados en la solicitud de Seguro y en su defecto, a sus causahabientes.

La Empresa de Seguros efectuará las indemnizaciones de los "Gastos Cubiertos" según la presente Póliza en la República Bolivariana de Venezuela y en moneda nacional. En los casos en que el gasto sea incurrido en el exterior, toda la documentación a presentar debe estar legalmente traducida al idioma Castellano y las facturas debidamente canceladas. La indemnización se efectuará en moneda nacional, dentro de los treinta (30) días hábiles al recibo en la Oficina de la Empresa de Seguros de toda la documentación requerida, a la tasa de cambio oficial de venta vigente establecida por el Banco Central de Venezuela para el momento de ocurrencia del reclamo, y siempre que la reclamación resulte válida según las condiciones de esta Póliza. Se realizará la indemnización como si dicha operación, hospitalización o tratamiento se hubiese efectuado en la Republica Bolivariana de Venezuela en la fecha en que ocurrió el evento.

, de de

EL TOMADOR

LA EMPRESA DE SEGUROS

Aprobado por la Superintendencia de Seguros Mediante Oficio N° 7834 de Fecha 09 de Septiembre de 2005