
**PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE
HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y MATERNIDAD**

**INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL DE LOS TRABAJADORES
ADMINISTRATIVOS DE LA UCLA (IPSTAUCLA)**

PÓLIZA HCMC-72 TITULARES Y FAMILIARES

“**SEGUROS HORIZONTE, COMPAÑÍA ANÓNIMA**”, antes denominada HORIZONTE, C.A. DE SEGUROS, inscrito su documento constitutivo en el Registro Mercantil de la Primera Circunscripción que llevaba el entonces Juzgado de Primera Instancia en lo Mercantil del Distrito Federal el día 4 de Diciembre de 1956, bajo el No. 76, Tomo 17-A, modificada su denominación, según asiento en el Registro Mercantil de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda el día 15 de Mayo de 1987, bajo el No. 36, Tomo 45-A Segundo, en lo sucesivo denominada la Empresa de Seguros, basada en las declaraciones del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, emite la presente Póliza mediante la cual se obliga al pago de las indemnizaciones correspondientes de conformidad con las Condiciones Generales, Particulares y Anexos si los hubiere.

CONDICIONES GENERALES

Cláusula 1. OBJETO DEL SEGURO:

Mediante este seguro la Empresa de Seguros se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, y a indemnizar al Asegurado los gastos en que éste incurra con motivo de la asistencia médica y hasta por la suma asegurada indicada en el Cuadro Recibo de Póliza.

Cláusula 2. DEFINICIONES:

A los efectos de este Contrato se entiende por:

2.1. Empresa de Seguros:

Seguros Horizonte, C.A., quien asume los riesgos cubiertos en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, de la Póliza.

2.2. Tomador:

Persona jurídica que obrando por cuenta propia o ajena, traslada los riesgos a la Empresa de Seguros y se obliga al pago de la prima.

2.3. Asegurado:

Persona natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, de la Póliza.

2.4. Beneficiario:

Persona natural a favor de quien se ha establecido la indemnización que deba pagar la Empresa de Seguros.

2.5. Documentos que forman parte de la Póliza:

Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, el Cuadro Recibo de Póliza y los Anexos que se emitan para complementarla o modificarla.

2.6. Cuadro Recibo de Póliza:

Documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: número de Póliza, identificación completa del Tomador o Asegurado y de la Empresa de Seguros, de su representante y domicilio principal, alcance de la cobertura, período de vigencia, monto de la prima, forma y lugar de pago, dirección de cobro, firmas del representante de la Empresa de Seguros y del Tomador.

2.7. Prima:

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

2.8. Suma Asegurada:

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

Cláusula 3. EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD:

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

- 1. Si el Tomador, el Asegurado o 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.**
- 2. Si el Tomador o el Asegurado actúa con dolo o si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario.**
- 3. Si el Tomador o el Asegurado actúa con culpa grave o si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario. No obstante, la Empresa de Seguros estará obligada 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 la Empresa de Seguros en lo que respecta a la Póliza.**
- 4. 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 a la Empresa de Seguros.**
- 5. Si el siniestro se inicia antes de la vigencia de la Póliza y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta de la Empresa de Seguros.**

6. Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no notificare el siniestro dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haber conocido la ocurrencia del mismo, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario.
7. Si el Tomador intencionalmente omitiere dar aviso a la Empresa de Seguros sobre la contratación de Pólizas que cubran los mismos riesgos o si hubiese celebrado el segundo o posteriores seguros con el fin de procurarse un provecho ilícito.
8. Cuando se presente alguna de las circunstancias establecidas en las Condiciones Particulares, como causales de exoneración de responsabilidad de la Empresa de Seguros.

Cláusula 4. VIGENCIA DE LA PÓLIZA:

La Empresa de Seguros asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de la celebración del Contrato de Seguro, lo cual se producirá una vez 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, según corresponda.

En todo caso, la vigencia de la Póliza se hará constar en el Cuadro Recibo de Póliza, con indicación de la fecha en que se emita, la hora y día de su iniciación y vencimiento.

Cláusula 5. RENOVACIÓN:

La Póliza se entenderá renovada automáticamente al finalizar el último día del período de vigencia anterior y por un plazo igual, entendiéndose que la renovación no implica una nueva Póliza, sino la prórroga de la anterior. La prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante una notificación escrita dirigida al último domicilio que conste en la Póliza, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso.

Cláusula 6. PRIMAS:

El Tomador debe la prima desde el momento de la celebración del Contrato, pero aquélla no será exigible sino contra la entrega por parte de la Empresa de Seguros de la Póliza, del Cuadro Recibo de Póliza o de la Nota de Cobertura Provisional. En caso de que la prima 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 o a exigir el pago de la prima debida con fundamento en la Póliza.

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 Recibo de Póliza.

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

Cláusula 7. PLAZO DE GRACIA:

La Empresa de Seguros concede un plazo de gracia para el pago de las primas de renovación de treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia anterior, en el entendido de que durante tal plazo la Póliza continuará vigente y en caso de ocurrir algún siniestro en ese período, la Empresa de Seguros tendrá la obligación de pagar la indemnización correspondiente, previa deducción de la prima pendiente de pago.

En este caso, el monto a descontar será la prima completa que corresponda al mismo período de la cobertura anterior.

Cláusula 8. DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD:

La Empresa de Seguros deberá participar al Tomador, en un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la Solicitud de Seguro, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver la Póliza mediante comunicación dirigida al Tomador, en el plazo de un (1) mes contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el Tomador o el Asegurado. En caso de resolución ésta se producirá a partir del decimosexto (16°) día siguiente a su notificación, siempre y cuando la devolución de la prima correspondiente se encuentre a disposición del Tomador en la caja de la Empresa de Seguros. Corresponderán a la Empresa de Seguros las primas relativas al período transcurrido hasta el momento en 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 ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haber conocido la verdadera entidad del riesgo.

Cuando la Póliza cubra varias personas y la reserva o inexactitud se contrajese sólo a uno o varios de ellos, la Póliza subsistirá con todos sus efectos respecto a los restantes.

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

Cláusula 9. PLURALIDAD DE SEGUROS:

Cuando existan 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 y las Empresas de Seguros deberán indemnizar, según los límites de sus Pólizas, hasta el monto total de los gastos.

Cláusula 10. PAGO DE INDEMNIZACIONES:

La Empresa de Seguros tendrá la obligación de indemnizar los beneficios cubiertos dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que la Empresa de Seguros haya recibido el último recaudo por parte del Asegurado, salvo por causa extraña no imputable a la Empresa de Seguros.

Cláusula 11. RECHAZO DEL SINIESTRO:

La Empresa de Seguros deberá notificar por escrito al Asegurado o al Beneficiario dentro del plazo señalado en la Cláusula 10. PAGO DE INDEMNIZACIONES, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo total o parcial de la indemnización exigida.

Cláusula 12. PERITAJE:

Si surgiere desacuerdo en cuanto a la interpretación de los términos de la evaluación o liquidación de cualquier indemnización, las partes podrán en un período máximo de treinta (30) días siguientes a la fecha en que una de ellas haya requerido a la otra dicho nombramiento, someterse 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 contado a partir del día en que una de las dos partes haya requerido a la otra dicha designación.
- c) En caso de que una de las dos partes se negare a designar o dejare de nombrar el Perito en el plazo antes indicado, la otra parte tendrá el derecho de nombrar un amigable componedor.
- d) 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.
- e) El Perito Único, los dos Peritos o el Perito Tercero, según el caso, decidirán en que proporción las partes han de soportar los gastos relativos al peritaje.

El fallecimiento de cualquiera de los 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, las partes o los Peritos que le hubieren nombrado según el caso, quedan facultados para sustituirlo por otro.

El Perito Único, los dos Peritos o el Perito Tercero, según el caso, deberán conocer la materia relativa al peritaje.

Cláusula 13. 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. El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

Cláusula 14. CADUCIDAD:

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario perderá todo derecho a ejercer una acción judicial contra la Empresa de Seguros o convenir con éste el Arbitraje previsto en la Cláusula 13.

ARBITRAJE, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación:

- a) En caso de rechazo del siniestro, un (1) año contado a partir de la fecha de notificación del rechazo.
- b) En caso de inconformidad con el pago de la indemnización o con el servicio prestado, un (1) año contado a partir de la fecha en que la Empresa de Seguros hubiere efectuado el pago o prestado el servicio.

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

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

Cláusula 15. PRESCRIPCIÓN:

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

Cláusula 16. 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 del Beneficiario contra los terceros responsables.

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

El Asegurado 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 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 17. MODIFICACIONES:

Toda modificación a las condiciones de la Póliza entrará en vigor una vez que el 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 Tomador.

Las modificaciones se harán constar mediante Anexos, debidamente firmados por un representante de la Empresa de Seguros y el 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 4. VIGENCIA DE LA PÓLIZA y Cláusula 6. PRIMAS de estas Condiciones Generales.

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 del recibo de prima, 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.

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

Cláusula 18. AVISOS:

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

Cláusula 19. DOMICILIO:

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 Seguro, a cuya jurisdicción declaran someterse las partes.

CONDICIONES PARTICULARES

SECCIÓN I: COBERTURA BÁSICA

Cláusula 1. OBJETO DE LA COBERTURA:

La presente cobertura tiene como objeto indemnizar a los Asegurados por los gastos amparados en que incurran como consecuencia de asistencia médico hospitalaria o médico quirúrgica, derivadas de enfermedad o accidente, siempre y cuando el siniestro que origina la reclamación se ajuste a las coberturas detalladas en estas Condiciones Particulares o Anexos, si los hubiere, de la Póliza.

Cláusula 2. DEFINICIONES:

2.1. Accidente:

A los efectos de esta Póliza se considera como accidente, todo hecho ajeno a la voluntad o intención del Asegurado, que le cause heridas o lesiones corporales por la acción fortuita, repentina o violenta de una fuerza o agente externo físico.

2.2. Centro Hospitalario:

Institución de salud 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 y quirúrgica a personas lesionadas o enfermas.

No serán considerados como Centros Hospitalarios, los Institutos o Centros de atención para ancianos, Centros de reposo o para atención de tratamientos mentales o

desordenes de conducta, Centros para tratamientos de drogadictos o alcohólicos o Centros de terapias alternativas y acupuntura.

2.3. Deducible:

Es el monto a cargo del Asegurado indicado en el Cuadro Recibo de Póliza, que se restará de la cantidad indemnizable, el cual se aplicará por persona asegurada, por enfermedad o accidente y durante la vigencia de la Póliza.

2.4. Enfermedad:

Es cualquier condición de desequilibrio metabólico y/o fisiológico del cuerpo humano de origen o etiología externa o interna.

2.5. Enfermedades Congénitas:

A los efectos de esta Póliza, se entienden por enfermedades congénitas, todas aquellas desviaciones y/o alteraciones del estado fisiológico o físico, de una o varias partes del cuerpo que existieron antes o desde la fecha de nacimiento.

2.6. Enfermedades Preexistentes:

Se entiende por enfermedad preexistente toda enfermedad que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha en que se haya celebrado la Póliza y que sea conocida por el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario.

2.7. Gastos Amparados:

Son aquellos gastos razonables en que incurra el Asegurado, cubiertos por la Póliza y que sean indemnizables en los términos, límites y condiciones establecidas en la misma y en sus Anexos.

2.8. Gastos Razonables:

Se consideran gastos razonables el costo 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 en 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 la Póliza se encuentren 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, o los Baremos de los Centros Hospitalarios que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido el gasto razonable será el monto facturado.

2.9. Medicamento Necesario:

Servicios o suministros ordenados y proporcionados por un Centro Hospitalario o un Médico, bajo las siguientes características:

- a) Que sean apropiados al diagnóstico o tratamiento de la enfermedad o lesión, a consecuencia de un accidente, padecido por el Asegurado.

- b) Que sean congruentes con las normas profesionales ampliamente aceptadas en la práctica de la medicina en Venezuela, o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.
- c) Que no sean primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado, de su familia o de su Médico.
- d) Que el nivel de servicio o suministro sea el más idóneo y que pueda ser proporcionado sin riesgo para el Asegurado.

2.10. Médico:

Cualquier profesional de la medicina debidamente titulado, autorizado para ejercer la profesión en el sitio de ejercicio para la atención del Asegurado y reconocida su especialidad por la Federación Médica Venezolana.

Cláusula 3. PERSONAS ASEGURABLES:

Son asegurables al momento de contratación de la Póliza las personas que se especifican a continuación:

3.1. Asegurado Titular:

A los efectos de esta Póliza será cada uno de los miembros de la organización del Tomador, que tenga con éste una relación permanente de trabajo, gremial, sindical, profesional o de cualquier otra naturaleza siempre que lo vincule con el Tomador por un fin común distinto al sólo interés de asegurarse. El Asegurado Titular debe tener dieciocho (18) o más años pero ser menor de sesenta y cinco (65) años de edad.

3.2. Asegurado Beneficiario:

Es la persona que forma parte del grupo familiar del Asegurado Titular, que tiene nexos de dependencia económica con él y que al momento de la contratación de la Póliza debe gozar de buena salud. Podrá ser Asegurado Beneficiario:

- a) El cónyuge o la persona que conviva en tal calidad con el Asegurado Titular, quien debe ser de dieciocho (18) o más años pero menor de sesenta y cinco (65) años de edad.
- b) Los hijos solteros menores de veinticinco (25) años de edad.
- c) Los padres menores de sesenta y cinco (65) años de edad.
- d) Los hijos recién nacidos desde el momento de su nacimiento, siempre y cuando el Asegurado Titular solicite por escrito su inclusión, dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de su nacimiento, y se pague la prima correspondiente al momento de su exigibilidad.

Cláusula 4. ALCANCE DE LA COBERTURA:

La cobertura de la presente Póliza es por persona, enfermedad o accidente y año póliza, y se extiende a amparar todos aquellos casos a causa de tratamiento médico, intervención quirúrgica con o sin hospitalización, servicios hospitalarios, medicinas, suministros y equipos especiales requeridos para el tratamiento de enfermedades o lesiones que originan la hospitalización o el tratamiento y sus complicaciones en el curso de la misma, sin que la indemnización exceda de la suma asegurada. Tales

gastos han de ser comprobados mediante recibos y facturas originales y no deben tener su origen en las exclusiones establecidas en la Póliza.

Esta Póliza cubre el reembolso de los pagos efectuados por el Asegurado a Médicos e Institutos de salud públicos o privados legalmente autorizados y de su elección. Los servicios recibidos en el exterior y pagados por el Asegurado en moneda extranjera, serán reembolsados por la Empresa de Seguros en moneda nacional a la tasa de cambio oficial de venta vigente establecida por el Banco Central de Venezuela, para el momento de la ocurrencia del siniestro, y siempre que la reclamación resulte válida según las condiciones de la Póliza, se calculará la indemnización como si dicha operación, hospitalización o tratamiento se hubiese efectuado en la República Bolivariana de Venezuela en la fecha en que ocurrió el evento.

Cláusula 5. GASTOS AMPARADOS:

La Empresa de Seguros conviene en indemnizar, con sujeción a los límites y condiciones estipuladas en la Póliza, los gastos razonables en que incurra cada Asegurado para cada caso de enfermedad o accidente por los siguientes conceptos:

5.1. Hospitalización o Cirugía:

5.1.1. Gastos de Admisión: son los gastos causados por motivo de ingreso del Asegurado al Centro Hospitalario, cuyo costo se origina sólo el primer día de hospitalización.

5.1.2. Cuarto de Hospitalización: por uso de la habitación sencilla, lencería y material desechable de un Centro Hospitalario, incluyendo servicios generales de enfermería.

5.1.3. Servicios de Hospitalización:

- a) **Uso de quirófano, incluyendo honorarios de Instrumentistas y Enfermeras circulantes.**
- b) **Dietética.**
- c) **Derecho de anestesia y oxígeno.**
- d) **Costo de medicinas, sueros, material médico y de curación, debidamente prescritos por el Médico tratante y facturados en detalle por el proveedor de servicios.**
- e) **Exámenes de laboratorio.**
- f) **Ambulancia y aeroambulancia, en caso de emergencia: en este caso se cubren todos los gastos razonables en que incurra el Asegurado por concepto de transporte terrestre o aéreo, en ambulancia, aeroambulancia o algún medio similar hasta un Centro Hospitalario o de un Centro Hospitalario a su domicilio, siempre que se compruebe que sea médicamente necesario y justificado. Se cubrirá un máximo de tres (3) transportes por año póliza.**
- g) **Transfusiones, incluyendo los honorarios del Médico transfusor.**

- h) Terapia intensiva: bajo este concepto se cubre el gasto en que incurre el Asegurado, por el uso de los servicios de la Unidad de Cuidados Intensivos.**
- i) Procedimientos especiales de diagnóstico: biopsias, electrocardiogramas, ecosonogramas, electroencefalogramas, radiografías, tomografía axial computarizada, radioscopias y su interpretación, resonancias magnéticas, cateterismos y otras exploraciones imagenológicas.**
- j) Televisión y teléfono (sólo llamadas locales).**
- k) Los gastos por concepto de los siguientes tipos de prótesis: oculares, cardiovasculares, articulares, de vías digestivas y las derivaciones ventriculoperitoneales así como marcapasos cardíacos, de acuerdo a los precios convenidos con el proveedor de suministros médicos-quirúrgicos de la Empresa de Seguros.**
- l) Los gastos de alquiler por concepto de aparatos ortopédicos, sillas de ruedas y camas especiales, 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 y dentro de los treinta (30) días siguientes de haber culminado el proceso de rehabilitación del Asegurado o su utilización, se deberá efectuar la devolución de los mismos a la Empresa de Seguros.

Se consideran como gastos cubiertos, por el precio de compra, los gastos realizados para la adquisición de: muletas, miembros, ojos artificiales y sillas rodantes de tracción humana, que se requieran para su uso permanente.
- m) Permanencia de un acompañante (sin alimentación).**

5.2. Honorarios Médicos por Intervención Quirúrgica:

Los honorarios profesionales del o de los Médicos tratantes, Cirujanos, sus ayudantes y Anestesiólogos, que hayan participado en una intervención quirúrgica que incluya la excisión, incisión, sutura, destrucción, reparación o manipulación de todo o parte de algún órgano del cuerpo del Asegurado, siempre que la misma haya sido médicamente necesaria.

Se reconocerán los honorarios de los Médicos tratantes, primer Ayudante y Anestesiólogo. El segundo Ayudante y otros especialistas serán reconocidos, si los mismos son médicamente necesarios y aceptados por el Departamento Médico de la Empresa de Seguros.

Si en el curso de una misma hospitalización o intervención quirúrgica, el Asegurado 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, la suma asegurada. En caso de dos o más cirugías practicadas durante el mismo acto quirúrgico, con campos quirúrgicos distintos, la Empresa de Seguros pagará el 100% de los honorarios razonables de la de mayor costo y el 50% de la siguiente en costo, sin exceder en ningún caso de la suma asegurada.

5.3. Honorarios Médicos por Tratamiento No Quirúrgico:

Los gastos razonables por concepto de honorarios por tratamiento bajo hospitalización de afecciones no relacionadas con intervenciones quirúrgicas, serán el producto de los honorarios médicos por día para el Médico tratante por el número de días de atención. Sólo se amparan los honorarios de especialistas que den atención a manifestaciones o complicaciones directamente relacionadas con la causa del ingreso y deberá ser justificada su atención por el Médico tratante; el especialista deberá presentar un informe que justifique su participación.

5.4. Tratamiento Médico Ambulatorio:

Están amparados los gastos médicos necesarios originados por la atención de emergencia de cualquiera de los Asegurados a consecuencia de una enfermedad o accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, sin ameritar hospitalización, siempre que la misma esté en vigor al momento en que ocurrió el siniestro.

5.5. Las medicinas, suministro y material médico-quirúrgico: Las medicinas deben haber sido suministradas por prescripción médica específica, ser necesarias para el tratamiento de la enfermedad o lesión que causa el reclamo del Asegurado, y 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, en donde se indique vía de administración, dosis y frecuencia diaria. Los suministros y material médico quirúrgico, serán indemnizados contra la presentación del detalle de consumo suministrado por el Centro Hospitalario, utilizados y necesarios para el tratamiento de la enfermedad o lesión que causa el reclamo.

5.6. Enfermedades congénitas de los hijos del Asegurado cuyo parto esté amparado bajo la cobertura opcional de maternidad indicada en la Sección II de las Condiciones Particulares de la presente Póliza, siempre que hayan sido inscritos dentro de los treinta (30) días siguientes a su nacimiento y se pague la prima correspondiente al momento de su exigibilidad.

5.7. Tratamientos de Rehabilitación, Radioterapia y/o Quimioterapia:

Limitado a los tratamientos de rehabilitación requeridos y necesarios después de cirugía o traumatismo, rehabilitación de enfermedades articulares con diagnóstico específico, así como los tratamientos con radiaciones o químicos para el tratamiento de las enfermedades neoplásicas, siempre que ellas se hubiesen iniciado durante la vigencia de la Póliza.

- 5.8. Cirugía maxilo facial, estética, plástica u ortopédica relacionada al tratamiento o intervención de enfermedades malignas o necesaria a consecuencia de accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza. El accidente deberá ser comprobado por la Empresa de Seguros para ser indemnizado, siempre y cuando se realice la intervención quirúrgica dentro de los noventa (90) días siguientes a la ocurrencia del mismo.
- 5.9. Tratamientos por afecciones dentales originados por un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza y comprobado por la Empresa de Seguros.

Cláusula 6. EXCLUSIONES:

No estarán amparados bajo la presente Póliza, los gastos originados por:

- 6.1. Exámenes médicos de laboratorio, consultas médicas u hospitalización con fines de diagnóstico, control médico o evaluaciones generales de la salud, cuando no sean por enfermedad cubierta por la Póliza.
- 6.2. Los costos administrativos del Centro Hospitalario, que se trasladan al paciente: gastos de cobranza, limpieza, microfilm, historias clínicas, estacionamiento, misceláneos y otros costos no definidos, ni relacionados con el tratamiento de la afección declarada.
- 6.3. Gastos por medicinas, instrumentos y material quirúrgico desechable, que no fueren específicamente detallados en las facturas presentadas por el Asegurado, en cuanto a nombre y número de unidades.
- 6.4. Curas de reposo, tratamiento por enfermedad o desordenes mentales y trastornos de la conducta o psicológico.
- 6.5. Síndrome de conversión o histeria.
- 6.6. Exámenes ginecológicos, tratamiento y control de la menopausia.
- 6.7. Fisioterapia y rehabilitación, que no sea requerida como consecuencia de accidentes o enfermedades cubiertas por la Póliza.
- 6.8. Los siguientes hechos:
- 6.8.1. Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), motín, huelga, conmoción civil, daños maliciosos, insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra intestina, guerra civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o cualquier acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con cualquier organización que realice actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.

- 6.8.2. Fisión o fusión nuclear, radiaciones ionizantes o contaminación radioactiva.**
- 6.8.3. Lesiones causadas por: terremoto, temblor de tierra, tifón, huracán, tornado, ciclón u otra convulsión de la tierra o perturbación atmosférica.**
- 6.8.4. La participación activa del Asegurado en riñas, peleas callejeras o actos delictivos.**
- 6.9. Tentativas de suicidio y/o lesiones auto inferidas, causadas a sí mismo bien sea por dolo o culpa, en estado de cordura o por pérdida de la razón.**
- 6.10. Enfermeras privadas para el cuidado del paciente, dentro o fuera del Centro Hospitalario.**
- 6.11. Cualquier tipo de responsabilidad profesional del personal médico, paramédico o de cualquier Centro Hospitalario o Ambulatorio.**
- 6.12. Todas las enfermedades o tratamientos por afecciones dentales, incluyendo los periodontológicos, tratamiento quirúrgico de distonías miofaciales por mala posición dentaría y/o anomalías de crecimiento de maxilares, que no se originen por un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.**
- 6.13. Práctica de deportes peligrosos de cualquier índole.**
- 6.14. Viajes aéreos del Asegurado cuando se encuentre como piloto.**
- 6.15. Atención médica, estudios, tratamientos y hospitalización para alteraciones del crecimiento.**
- 6.16. Consecuencias de intervenciones quirúrgicas o secuelas de accidentes que sean conocidas por el Asegurado, acaecidas con anterioridad a la fecha de inicio del Contrato.**
- 6.17. Exámenes de la vista, defectos optométricos y vicios de refracción y su tratamiento, quirúrgico o no, anteojos, queratoplastias, queratotomías, queratomileusis, lentes de contacto o intracorneales.**
- 6.18. Cirugía maxilo facial, estética, plástica u ortopédica, que no se origine por un proceso maligno del órgano afectado o un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza.**
- 6.19. Mastoplastia reductora o de aumento con fines estéticos o funcionales.**
- 6.20. Estados gripales y aplicación de vacunas.**

6.21. Los accidentes ocurridos en estado de embriaguez o bajo la influencia de drogas no prescritas médicamente, así como también las consecuencias y/o enfermedades originadas por el alcoholismo o el uso de drogas.

6.22. Tratamientos:

- 6.22.1. Proporcionados por un Médico o Enfermera con parentesco de primer grado de consanguinidad o afinidad con el Asegurado.**
- 6.22.2. Para enfermedades de transmisión sexual, sus consecuencias y complicaciones.**
- 6.22.3. Por epidemias declaradas por la autoridad competente.**
- 6.22.4. Para el SIDA y todas las enfermedades que sean causadas o relacionadas con el virus del HIV, sus consecuencias y complicaciones.**
- 6.22.5. Desensibilizantes para alergias.**
- 6.22.6. No reconocidos por la Federación Médica Venezolana. Medicina Naturista, Acupuntura y Homeopatía.**
- 6.22.7. De curas de reposo o geriátrico.**
- 6.22.8. De rehabilitación o tratamientos cualesquiera para casos de alcoholismo o drogadicción.**
- 6.22.9. Quirúrgicos o no quirúrgicos para la sordera congénita o adquirida que no sea producto de un accidente, así como los aparatos para mejorar la audición.**
- 6.22.10. Quirúrgicos o no quirúrgicos para fertilización, implantes de métodos anticonceptivos, esterilización, impotencia o frigidez y las consecuencias que se derive de ellos.**
- 6.22.11. Quirúrgicos o no quirúrgicos para la obesidad o reducción de peso.**
- 6.22.12. Dermatológicos.**
- 6.22.13. Ambulatorios de aquellas enfermedades crónicas: hipertensión arterial, diabetes, artritis reumatoidea, epilepsia, asma bronquial, hipotiroidismo, glaucoma y osteoporosis.**

Cláusula 7. PLAZOS DE ESPERA:

Los Asegurados tendrán derecho a disfrutar de los beneficios previstos en la Póliza, una vez transcurridos los plazos de espera que se especifican a continuación, los cuales serán contados a partir del comienzo de la Póliza, aumento de suma asegurada para el monto en exceso, o para los nuevos Asegurados a partir de la fecha de su inclusión:

- 7.1. Se establece un plazo de espera de dos (2) meses para cualquier caso de hospitalización, tratamiento o cirugía, distinto a lo indicado en el siguiente Aparte o en la Cláusula 8. EXCLUSIONES TEMPORALES de estas Condiciones Particulares.
- 7.2. Cuatro (4) meses para los casos que requieran de tratamiento médico por: adenoiditis, amigdalitis, colecistopatía no quirúrgica, malaria, reumatismo, enfermedades de etiología infecciosa y para tratamientos quirúrgicos por apendicitis y pancreatitis aguda.

NO TENDRÁN PLAZOS DE ESPERA:

- 7.3. Las atenciones médicas y hospitalarias a consecuencia de un accidente.
- 7.4. Los gastos amparados del recién nacido desde la fecha de su nacimiento cuyo parto esté amparado bajo la Cobertura Opcional de Maternidad indicada en la Sección II de las Condiciones Particulares de la presente Póliza, siempre que haya sido inscrito dentro de los treinta (30) días siguientes a su nacimiento y se pague la prima correspondiente al momento de su exigibilidad.

Cláusula 8. EXCLUSIONES TEMPORALES:

Los Asegurados tendrán cobertura después de doce (12) meses contados a partir del comienzo de la Póliza, aumento de suma asegurada para el monto en exceso, o para los nuevos Asegurados a partir de la fecha de su inclusión, para las siguientes enfermedades:

- 8.1. Tumores sólidos benignos mayores de un (1) cm, cáncer de cualquier localización o naturaleza, catarata, pterigión, sinusopatías, hipertrofia de cornetes, septo desviación nasal, enfermedad bronco pulmonar obstructiva crónica, blefaroplastia, diabetes mellitus y sus complicaciones, aneurisma, malformación arterio-venosa, síndrome varicoso y sus complicaciones, hipertensión arterial con repercusión a órgano blanco, cardiopatía isquémica, enfermedades de las arterias y sus consecuencias, arritmia cardíaca, enfermedad cerebro vascular, hemorragias cerebrales, enfermedad úlcero-péptica, litiasis de vías biliares y sus complicaciones, enfermedad diverticular y sus complicaciones, osteoartrosis, síndrome de compresión radicular, síndrome de los recesos laterales, estenosis del canal medular, operaciones de columna, síndrome del túnel del carpo, enfermedad D`Quervain (tratamiento quirúrgico), litiasis de vías urinarias y sus complicaciones, insuficiencia renal crónica, hiperplasia prostática benigna, cálculos de las vías urinarias, varicocele, fimosis, parafimosis, enfermedad inflamatoria pelviana, quistes de ovario, fibromioma o mioma uterino, poliposis endometrial, fibromatosis uterina, prolapso genital, incontinencia urinaria al esfuerzo, hemorroides, hernias, enfermedades mieloproliferativas, enfermedades fibroquísticas o quísticas de la mama y tratamiento quirúrgico de patologías tumorales de las glándulas mamarias y de mamas supernumerarias médicamente necesarios.

Las operaciones de patologías mamarias y de enfermedades de origen ginecológico deben ser previamente aprobadas por el Departamento Médico de la Empresa de Seguros.

8.2. Todas las demás enfermedades congénitas y preexistentes que no aparezcan señaladas en el Aparte anterior serán cubiertas después de doce (12) meses.

Cláusula 9. INICIO DE LA COBERTURA PARA CADA ASEGURADO:

La siguiente será la fecha efectiva del comienzo de la cobertura respecto de las personas mencionadas a continuación:

9.1. Para el Asegurado Titular:

- a) A partir de la fecha de celebración del Contrato de Seguro, en relación con aquellos empleados que presten sus servicios al Tomador con anterioridad a dicha fecha.
- b) A partir de la fecha de empleo, siempre y cuando se solicite la inclusión del empleado dentro de los treinta (30) días siguientes a su fecha de ingreso a la Institución, debiendo el Tomador pagar la prima correspondiente en la fecha de exigibilidad.

9.2. Para el Asegurado Beneficiario:

- a) A partir de la fecha de comienzo del seguro para el Asegurado Titular.
- b) A partir de la fecha en que el Asegurado Titular adquiere una nueva carga familiar o persona dependiente de acuerdo con lo establecido en la Cláusula 3. PERSONAS ASEGURABLES de estas Condiciones Particulares.

Cláusula 10. TERMINACIÓN DE LA COBERTURA:

Los beneficios otorgados bajo la presente Póliza cesarán automáticamente en la oportunidad en que ocurra cualquiera de las siguientes causas:

- a) En la fecha de terminación del Contrato de Seguro.
- b) En la fecha en que termine la relación laboral con el Tomador.
- c) Al quedar el Asegurado Titular incapacitado total y permanentemente, ya sea por accidente o por enfermedad, permaneciendo asegurado hasta finalizar el año póliza.
- d) En caso del cónyuge cuando se declare la disolución del matrimonio, en consecuencia la Empresa de Seguros emitirá una Póliza Individual para el referido cónyuge.
- e) Cuando los hijos o hermanos contraigan matrimonio o no dependan económicamente del Asegurado Titular, en consecuencia la Empresa de Seguros emitirá una Póliza Individual para dicho hijo o hermano.

Cláusula 11. OBLIGACIONES DEL TOMADOR:

El Tomador se compromete a:

- a) Encargarse del proceso de negociación y formalización del Contrato de Seguro.
- b) La tramitación del pago de primas.

- c) Suministrar a la Empresa de Seguros, la Solicitud de Seguro de los Asegurados Titulares con toda la información en ella requerida (previamente verificada). Cada Asegurado Titular deberá llenar individualmente una Solicitud de Seguro, con indicación de sus datos personales y de sus familiares asegurables, como también deberá notificar a la Empresa de Seguros cualquier modificación de la misma.

La Empresa de Seguros se reserva el derecho de exigir las pruebas de asegurabilidad o exámenes médicos, antes de aceptar la Solicitud correspondiente.

- d) Revisar las informaciones y avisos o notificaciones de reclamo o indemnización por servicios recibidos, antes de ser enviados a la Empresa de Seguros.
- e) Facilitar a la Empresa de Seguros mensualmente y dentro de los primeros quince (15) días continuos de cada mes, un listado de exclusiones de Asegurados, así como de Solicitudes de Seguros de los miembros que aspiren ingresar a la Póliza. A su vez, la Empresa de Seguros hará el ajuste de prima correspondiente y emitirá un listado contentivo de los cambios solicitados y aceptados por ésta de acuerdo a lo indicado en la Cláusula 12 PRIMAS POR ALTAS Y BAJAS de estas Condiciones Particulares.

Cláusula 12. PRIMAS POR ALTAS Y BAJAS:

Para el cálculo de las primas se procederá de acuerdo con lo indicado en los siguientes literales:

- a) En los casos de ingresos entre el primero (1ro.) y el quince (15) de cada mes, el Tomador deberá pagar la prima completa de dicho mes y la cobertura para cada Asegurado se iniciará a partir del primer día del mes. En los casos de ingresos entre el quince (15) y el último día del mes, la cobertura otorgada será a partir del primer (1er.) día del mes siguiente, obligándose el Tomador a pagar la prima correspondiente a partir de ese período.
- b) En los casos de retiros entre el primero (1ro.) y el quince (15) de cada mes, la cobertura terminará a partir de la fecha de retiro y la Empresa de Seguros devolverá la prima no consumida. En los casos de retiros entre el quince (15) y el último día del mes, la cobertura terminará a partir del primer (1er.) día del mes siguiente, devolviendo igualmente la prima no consumida en caso de existir.

No serán a cargo de la Empresa de Seguros los siniestros ocurridos después de la fecha de retiro de la institución.

Cláusula 13. RECAUDOS NECESARIOS PARA REALIZAR LA RECLAMACIÓN:

A los efectos de hacer efectivo los beneficios contemplados en esta Póliza, cualquier Asegurado Titular actuando en su propio nombre o de alguno de sus Asegurados Beneficiarios, deberá seguir los procedimientos que se describen a continuación:

13.1. En Caso de Reembolso:

A fin de proceder con el pago de los gastos razonables incurridos en los casos de reembolso, el Asegurado deberá notificar el siniestro a la Empresa de Seguros, para sus fines consiguientes, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes de haber conocido la ocurrencia del mismo y además deberá remitir a la Empresa de Seguros en un plazo no mayor de treinta (30) días continuos y siguientes a la fecha de notificación del siniestro, o de su egreso del Centro Hospitalario o de haber recibido el tratamiento médico, los siguientes recaudos:

- a) Informe del Médico tratante indicando: causa, evolución de la enfermedad y tipo de intervención o tratamiento, anexando los resultados de las exploraciones que confirman el diagnóstico y justifican la intervención o tratamiento.
- b) El Formulario de Notificación de Reclamo, debidamente elaborado, firmado por el Médico responsable del caso y sellado por la administración del Centro Hospitalario, cuando corresponda.
- c) Original de la factura del Centro Hospitalario o Instituto de salud, la cual debe incluir los detalles de todos los gastos incurridos, incluyendo los honorarios médicos, con nombre y Registro de Información Fiscal (R.I.F.).
- d) Los recibos del Médico tratante deben ser numerados de imprenta y con su respectivo número de R.I.F.
- e) Cualquier Informe Médico, examen especial, o cualquier otro documento que la Empresa de Seguros, dada la naturaleza del caso, considere necesario para su debida evaluación.
- f) Copia de la Cédula de Identidad.
- g) Para los siniestros ocurridos en el extranjero, el Asegurado deberá presentar toda documentación, facturas canceladas e Informe Médico, legalmente traducidos en el idioma castellano, debidamente autenticados por la Embajada o Consulado respectivo.

Siempre que sea necesario, la Empresa de Seguros tiene el derecho de exigir, en sólo una oportunidad adicional, cualquier otro recaudo no previsto anteriormente, con un lapso que no podrá exceder a los diez (10) días hábiles contados a partir de la fecha de entrega del último recaudo exigido. El Asegurado contará con quince (15) días hábiles contados a partir de la petición que le haga la Empresa de Seguros, para presentar el recaudo solicitado, salvo causa extraña no imputable al Asegurado. En este caso el plazo para la indemnización correrá a partir de la fecha de entrega a la Empresa de Seguros del último recaudo exigido.

La Empresa de Seguros no dará curso a ningún reclamo que no haya cumplido con todos estos requisitos, a menos que el incumplimiento se deba por causa extraña no imputable al Asegurado.

13.2. Sistema de Carta Aval:

Siempre que el Asegurado lo solicite y la enfermedad o accidente se encuentre cubierto por esta Póliza, la Empresa de Seguros indemnizará mediante la prestación del servicio de manera directa, a través del otorgamiento de Cartas Avalués a los Centros Hospitalarios o Institutos de Salud en convenio o afiliados con los cuales se compromete a pagar directamente el gasto razonable amparado por esta Póliza, incurrido por el Asegurado.

La Empresa de Seguros indicará trimestralmente, mediante avisos colocados en cada una de sus oficinas de atención al público, los Centros Hospitalarios o Institutos de Salud con los cuales debe haber suscrito los contratos que aseguren dicha prestación durante el trimestre en referencia.

Para solicitar una Carta Aval el Asegurado deberá remitir a la Empresa de Seguros en un lapso no menor de siete (7) días hábiles antes de la intervención quirúrgica o tratamiento médico los siguientes recaudos **sin los cuales no se dará curso a ninguna solicitud**:

- a) Presupuesto detallado de la intervención quirúrgica o tratamiento médico.
- b) Informe del Médico tratante indicando: causa, evolución de la enfermedad y tipo de intervención o tratamiento, anexando los resultados de las exploraciones que confirman el diagnóstico y justifican la intervención o tratamiento.
- c) Copia de la Cédula de Identidad.
- d) Cualquier Informe Médico u otro examen especial, que la Empresa de Seguros, dada la naturaleza del caso, considere necesario para su debida evaluación.
- e) Para los casos de: resección de tabique nasal, mastectomía y cualquier intervención mamaria, hernias, eventración abdominal, cirugía ginecológica, hemorroides, reconstrucción plástica de heridas causadas por accidente, el Asegurado deberá someterse a un reconocimiento pre-operatorio por parte del Departamento Médico de la Empresa de Seguros el cual, luego de evaluado el caso, le notificará al Asegurado si es o no procedente, los gastos por dicho reconocimiento pre-operatorio serán por cuenta de la Empresa de Seguros.

Cláusula 14. INDISPUTABILIDAD:

Transcurridos tres (3) años interrumpidos desde la celebración de la Póliza, la Empresa de Seguros no podrá alegar como causal de rechazo la preexistencia, ni podrá anular o negarse a renovar, siempre que el Tomador pague la prima.

SECCIÓN II: COBERTURA OPCIONAL DE MATERNIDAD

Cláusula 1. OBJETO DE LA COBERTURA:

Mediante esta cobertura la Empresa de Seguros se compromete a indemnizar los gastos médicamente necesarios originados por parto normal o con fórceps, parto múltiple, cesárea, aborto natural o provocado con fines terapéuticos, incluyendo los gastos concernientes a retén y evaluación pediátrica del recién nacido, así como aquellas complicaciones del embarazo siempre y cuando requieran de hospitalización y cuyo origen haya sido consecuencia directa del proceso mismo de gestación.

Para los casos en que el embarazo se produzca después de contratada la cobertura, se harán un máximo de dos (2) indemnizaciones por concepto de aborto natural o provocado con fines terapéuticos en el año póliza.

Esta cobertura tendrá validez si su contratación aparece indicada en el Cuadro Recibo de Póliza y el Tomador pague la prima adicional correspondiente en la fecha de exigibilidad.

Cláusula 2. PLAZO DE ESPERA:

La presente cobertura contempla un plazo de espera de diez (10) meses para maternidad.

Cláusula 3. EXCLUSIÓN:

Abortos provocados sin fines terapéuticos, tratamiento, control y diagnóstico del embarazo.

CONDICIONES ESPECIALES

1.- Contrariamente a lo indicado en la en la Cláusula 3 PERSONAS ASEGURABLES.

Las personas Asegurables son las siguientes:

- a) Titular de la Póliza, sin límite de edad.
- b) Los Padres, sin límite de edad.
- c) El Cónyuge o la persona que conviva en tal calidad con el titular, sin límite de edad.
- d) Los hijos (as) desde cero (0) de edad, hasta 25 años.
- e) Los hijos recién nacidos desde el momento de su nacimiento, debiendo formalizar su inclusión dentro del lapso previamente indicado, y se pague la prima correspondiente al momento de su exigibilidad.

Los hijos (as) mayores de 25 años que sean Discapacitados, siempre y cuando se anexen los soportes médicos que justifiquen su condición de incapacidad.

2.- Se cubren las **enfermedades preexistentes y/o congénitas**, que hayan sido declaradas o no a la Compañía, que sean diagnosticadas durante la vigencia de la póliza, siempre y cuando los asegurados y su grupo familiar formalicen su inscripción dentro de los treinta (30) días siguientes de su fecha de ingreso a la institución, nacimientos de hijos y Matrimonios.

3.- Para la emisión de las **cartas avales se establece un plazo de 48 horas** a excepción de aquellas que requieran evaluación médica, serán entregadas en un plazo no mayor de 72 horas de haber recibido toda la documentación necesaria en Seguros Horizonte,C.A y haber cancelado las primas del periodo.

4.- A fin de proceder con el pago de los gastos razonables incurridos **en los casos de reembolso**, el Asegurado deberá notificar el siniestro y consignar los Recaudos establecidos en ésta Cláusula, a la Empresa de Seguros, para sus fines consiguientes, dentro de los **treinta (30) días continuos** a partir de la fecha de ocurrencia del siniestro.

La indemnización de los reembolsos por gastos médicos cubiertos, se procesaran en veinte (20) días hábiles contados a partir de la fecha de haber recibido toda la documentación necesaria y estar cancelada la prima del periodo.

5.- Se presta el servicio de emergencia a través de la unidad de 24 horas los 365 días del año, en el ámbito nacional, en las clínicas convenio y afiliadas a la red, con sólo presentar la Cédula de Identidad laminada del afiliado.

6.- Se presta el servicio de Atención Medica Primaria, Servicio que atiende las enfermedades, que sólo ameriten procedimientos médicos rutinarios y que no requieran hospitalización. No cubre controles médicos periódicos ni chequeos preventivos.

7.-Se hace constar que, contrariamente a lo indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza, Cláusula 6. Exclusiones, se amparan los siguientes numerales:

Numeral 6.22.9 .- **Se amparan las prótesis auditivas** solo para el titular, siempre y cuando se certifique que la lesión fue ocasionada por actividades profesionales, previa evaluación del informe médico respectivo.

Numeral 6.22.12 .- Se amparan los **tratamientos dermatológicos**.

Numeral 6.20.13 .- Ambulatorios de aquellas **enfermedades crónicas**: hipertensión arterial, diabetes, artritis reumatoidea, epilepsia, asma bronquial, hipotiroidismo, glaucoma y osteoporosis, siempre y cuando no sean exámenes ni consultas de Control.

8.- Nuestra empresa no aplica la cláusula de ajuste por Alta Siniestralidad, por lo tanto garantiza la prima cotizada individualmente por un año.

9.- Seguros Horizonte, C.A., cuenta con el Centro de Atención Telefónica al Asegurado (C.A.T.A.): este servicio está dirigido exclusivamente al Asegurado el cual le brinda la oportunidad de solicitar información si al momento del ingreso, estadía o egreso del Centro Hospitalario, se presenta alguna demora o inconveniente, comunicándose al siguiente teléfono: (0212) 750-90.80.

10.-Seguros Horizonte S.A. ofrece los siguientes servicios:

- ODONTOLÓGICO.
- AMBULANCIA.
- OFTALMOLOGÍA

Para ser uso de los mismos puede comunicarse por el número de contacto.
CALL CENTER (0500) 5000.500

11.- Se notifica que el Servicio de Farmacia no podrá ser incluido en virtud que, en estos momentos nos encontramos adecuando la plataforma para poder ofrecer este servicio. Sin embargo, los gastos de medicinas amparados por la póliza, serán cancelados vía reembolso de acuerdo a lo establecidos en las condiciones del seguro.

COBERTURAS PLAN BASICO

	TITULARES Y FAMILIARES
Límite de Cobertura (Por Caso y año Póliza)	50.000,00

Reembolso 100% de los gastos Razonables, Usuales y Amparados .

COBERTURAS:

Hospitalización: Admisión, valor de la habitación, alimentación normal, servicio regular de enfermería, acompañante, televisión, llamada urbanas. hasta:	Hasta el Limite de la Cobertura
Servicio de Clínicas: Quirófano, anestesia, oxígeno, medicinas, material quirúrgico y de curación, transfusiones, terapia intensiva, ambulancia, radiografías, procedimientos especiales, exámenes de laboratorio. hasta:	Hasta el Limite de la Cobertura
Honorarios Profesionales: incluye honorarios de Cirujano Principal 1er. Ayudante y 2do. Ayudante Anestesiólogos (según Tabla de Honorarios Razonables).	Hasta el Limite de la Cobertura
Maternidad (todo incluido): Todos los gastos que se incurran a consecuencia de Parto Normal, Cesárea y Aborto (Curetaje Uterino): :	30.000,00
TRATAMIENTOS MEDICOS AMBULATORIOS: (Por caso y año póliza)	Hasta el Limite de la Cobertura
SERVICIOS ODONTOLÓGICOS	

Firma del Tomador

Firma Autorizada por
Seguros Horizonte, C.A.