

PARA POLIZAS SOLIDARIAS DE SEGUROS CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1.- OBJETO DEL CONTRATO DE SEGURO.

Mediante el presente contrato de seguro, el Asegurador se compromete a amparar los beneficios indicados en las condiciones particulares y anexos, si los hubiere, y a indemnizar los gastos cubiertos en que incurra el Asegurado, hasta la suma asegurada contratada indicada en el Cuadro Recibo Solidario y sujeto a las condiciones de la póliza.

CLÁUSULA 2.- DEFINICIONES.

A los efectos de este contrato de seguro, se entiende por:

1. ASEGURADOR: (Indicar Nombre completo de la Empresa de Seguros) quien asume los riesgos cubiertos en las condiciones particulares y anexos de la Póliza.

2. TOMADOR: Persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena, contrata el seguro con el Asegurador, trasladándole los riesgos y obligándose al pago de la prima.

3. ASEGURADO: Persona natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos por la Póliza y se encuentra amparada por este contrato, ya sea el Asegurado Titular o cualquiera de sus Dependientes.

4. ASEGURADO TITULAR: Es la persona natural, quien podrá ser el Tomador, amparada bajo este contrato e indicada como tal en el Cuadro Recibo Solidario, la cual debe pertenecer a la Población Vulnerable o a la Población de Bajos Ingresos, según se definen en esta póliza.

5. BENEFICIARIO: Para efectos de esta póliza el Asegurado Titular es la persona que tiene el derecho de recibir el pago de las indemnizaciones a que hubiera lugar.

6. DEPENDIENTES: : Los hijos del Asegurado Titular menores de veinticinco (25) años de edad, el cónyuge del Asegurado Titular o la persona con quien mantenga unión estable de hecho, los padres y suegros del Asegurado Titular, siempre que

todos convivan y dependan económicamente de éste. Podrán inscribirse en este seguro como parte del grupo familiar hasta un máximo de cinco (5) personas de las indicadas anteriormente.

7. PARTES DEL CONTRATO DE SEGURO: El Asegurador y el Tomador. Además de las personas señaladas, forman parte del contrato de seguro el Asegurado y el Beneficiario.

8. DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO: Las condiciones generales, las condiciones particulares, la solicitud de seguro solidario o cuestionario de seguro solidario, el Cuadro Recibo Solidario, y los anexos si lo hubiere.

9. REGISTRO ÚNICO PARA SEGUROS SOLIDARIOS (R.U.S.S): Control individual de cada Asegurado, que deberá mantener el Asegurador de acuerdo con las disposiciones establecidas por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

10. CUADRO RECIBO SOLIDARIO: Documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: Número de la Póliza, Registro Único Solidario (R.U.S.S), nombre del Tomador, del Asegurado, identificación completa del Asegurado, indicando si pertenece a la Población Vulnerable o la Población de Bajos Ingresos, identificación del Beneficiario, identificación completa del Asegurador y domicilio principal, dirección del Tomador, dirección de cobro, nombre y código del intermediario de seguros, coberturas contratadas, sumas aseguradas, monto de la prima, forma y lugar de pago, período de vigencia, firmas del Asegurador y del Tomador.

11. PRIMA: Es la única contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración del contrato de seguro.

12. SUMA ASEGURADA: Límite máximo de responsabilidad del Asegurador, cuya cuantía se determinará de acuerdo con la tarifa y con la unidad tributaria (U.T.) vigente para el momento de la emisión o de la renovación del contrato de seguro, según sea el caso, y está indicado en el Cuadro Recibo Solidario. La suma asegurada contratada será aplicada por Asegurado.

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

14. POBLACIÓN VULNERABLE: Comprende a los jubilados, jubiladas, pensionados, pensionadas, adultos y adultas mayores, personas con discapacidad y a las personas con enfermedades físicas y/o mentales.

15. POBLACIÓN DE BAJOS INGRESOS: Son aquellas personas cuyos ingresos mensuales no superen el equivalente a veinticinco Unidades Tributarias (25 U.T.).

16. EDAD: Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del cumpleaños más cercano a la fecha de comienzo de este contrato o de la fecha de renovación. El Asegurador tiene derecho a exigir pruebas satisfactorias de la edad del Asegurado.

CLÁUSULA 3.- VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

La vigencia de la póliza será anual y se hará constar en el Cuadro Recibo Solidario, con indicación de la fecha en que se emita, la hora y día de su iniciación y vencimiento.

CLÁUSULA 4.- RENOVACIÓN.

El contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período de vigencia anterior de la póliza y por un plazo igual, siempre que el Tomador pague la prima correspondiente al nuevo período anual del seguro, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula 6.- Plazo de Gracia, de las condiciones generales de la presente Póliza, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior.

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

CLÁUSULA 5.- PAGO DE PRIMAS.

Las partes acuerdan fraccionar en doce (12) cuotas iguales mensuales el pago de la prima anual de la póliza. El Tomador debe pagar la primera fracción de la prima anual en el plazo de quince (15) días continuos contados a partir de la fecha de inicio del contrato. Igualmente, el Tomador está obligado a pagar las posteriores fracciones de la prima anual dentro del plazo de diez (10) días continuos siguientes a la fecha de finalización de la última fracción de prima pagada. Si alguna fracción de la prima anual no es pagada o se hace imposible su cobro por causa imputable al Tomador en el plazo establecido, el Asegurador tendrá derecho a resolver la póliza o a exigir el pago de la fracción de prima debida. No obstante, de ocurrir un siniestro en el mencionado plazo, el Asegurador tendrá la obligación de pagar la respectiva prestación, previa deducción de las fracciones de prima correspondientes a la anualidad del contrato en curso.

Contra el pago de la prima, el Asegurador entregará al Tomador el recibo de prima correspondiente firmado y sellado por él mismo.

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

Todas las primas correspondientes a este contrato serán pagadas directamente en las oficinas del Asegurador. No obstante, éste podrá cobrar las primas a domicilio y dar aviso de sus vencimientos y, si lo hiciere, no sentará precedente de obligación y podrá suspender esta gestión en cualquier momento, sin previo aviso.

CLÁUSULA 6.- PLAZO DE GRACIA.

Se conceden quince (15) días consecutivos de gracia para el pago de la primera fracción de la prima anual de renovación, contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia anual anterior, en el entendido de que durante tal plazo el contrato continuará en vigor y en caso de ocurrir algún siniestro en ese período, el Asegurador tendrá la obligación de pagar la prestación correspondiente, previa deducción de la fracciones de primas correspondientes a la anualidad del contrato. No obstante, vencido el plazo de gracia sin que se haya pagado la primera fracción de la prima anual de renovación, el contrato quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación del período de vigencia anual anterior.

CLÁUSULA 7.- EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.

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

- 1. Si el Tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios.**
- 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, el Asegurador estará obligado al pago de la prestación si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con el Asegurador en lo que respecta a la póliza.**
- 4. Si el Siniestro se inicia antes de la vigencia del contrato y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador.**
- 5. Otras exoneraciones de responsabilidad establecidas en las condiciones particulares.**

CLÁUSULA 8.- REHABILITACIÓN.

Se consideran aceptadas las solicitudes escritas de rehabilitar la Póliza suspendida, si el Asegurador no rechaza la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido. Este plazo será de veinte (20) días hábiles cuando a criterio del Asegurador la modificación o rehabilitación del contrato, hagan

necesario un reconocimiento médico. El requerimiento del Asegurador de que el Asegurado se realice el examen médico, no implica aceptación.

CLÁUSULA 9.- ANEXO.

Solamente los funcionarios autorizados por el Asegurador tendrán facultad para extender Anexos a la presente póliza. Para que tengan validez y puedan considerarse parte integrante de la misma, deben ser emitidos por el Asegurador 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 del Cuadro Recibo Solidario correspondiente.

Los anexos de las pólizas que modifiquen sus condiciones para su validez deberán estar firmados por el Asegurador 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 10.- DECLARACIONES INEXACTAS EN LA SOLICITUD.

El Asegurador 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 seguros, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o terminar el contrato 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 terminación ésta se producirá a partir del décimo sexto (16°) día siguiente a su notificación, siempre y cuando la devolución de la prima correspondiente al periodo que falte por transcurrir, calculada a prorrata, se encuentre a disposición del Tomador en la caja del Asegurador. Corresponderán al Asegurador las primas relativas al período en curso en el momento en que haga esta notificación. El Asegurador no podrá terminar el contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador 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 haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador o el Asegurado actúan con dolo o culpa grave, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación y de la devolución de la prima. Cuando el contrato esté referido a varias personas y la reserva o inexactitud se contrajese sólo a uno o varios de ellos, el contrato subsistirá con todos sus efectos respecto a los restantes si ello fuere técnicamente posible.

CLÁUSULA 11.- INDISPUTABILIDAD

El Asegurador no podrá impugnar este contrato una vez transcurrido el plazo de un (1) año, a contar desde la fecha de su celebración, salvo que el Tomador o el Asegurado haya actuado con dolo o mala fe, en cuyo caso el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación y de la devolución de prima no consumida.

CLÁUSULA 12.- FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE.

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

CLÁUSULA 13.- PAGO DE INDEMNIZACIONES.

El Asegurador tendrá la obligación de pagar el monto de la prestación dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días continuos, contados a partir de la fecha en que el Asegurador haya recibido el último recaudo, salvo por causa extraña no imputable al Asegurador.

CLÁUSULA 14.- RECHAZO DEL SINIESTRO.

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

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 la Actividad Aseguradora podrá actuar 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 16.- CADUCIDAD.

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario, perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra el Asegurador o convenir con éste el Arbitraje previsto en la

Cláusula anterior, si no lo hubieren hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación:

a) En caso de rechazo del siniestro, un (1) año contado a partir de la fecha de la notificación por escrito del rechazo.

b) En caso de inconformidad con el pago de la prestación, un (1) año contado a partir de la fecha en que el Asegurador hubiere efectuado el pago.

c) En caso de inconformidad con la prestación del servicio, un (1) año contado a partir de la fecha en que el Asegurador hubiere prestado el servicio.

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

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

CLÁUSULA 17.- PRESCRIPCIÓN.

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

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 del Asegurador o a la dirección del Tomador o del Asegurado que conste en la póliza, según sea el caso.

CLÁUSULA 19.- DOMICILIO ESPECIAL.

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

PÓLIZA DE SEGURO SOLIDARIO DE SALUD CONDICIONES PARTICULARES

CLÁUSULA 1.- DEFINICIONES PARTICULARES.

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

1. **ACCIDENTE:** Es todo suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del Tomador o del Asegurado, que le cause a esta última lesión corporal.
2. **DEPENDIENTES:** Los padres, el cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho y los hijos e hijas menores de veinticinco (25) años de edad del Asegurado Titular o de su cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho, siempre que dependan económicamente del Asegurado Titular.
3. **EMERGENCIA MÉDICA:** Alteración de la salud de aparición súbita que compromete la vida, la función o la integridad corporal, que requiere atención médica inmediata.
4. **ENFERMEDAD:** Alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que origine reducción de su capacidad funcional y que requiera tratamiento médico y/o intervención quirúrgica.
5. **ENFERMEDAD PREEXISTENTE O ADQUIRIDA:** Alteración de la salud que pueda comprobarse que ha sido contraída con anterioridad a la fecha de inicio de la Póliza de Seguro Solidario o de la inclusión del Asegurado en la misma, y sea conocida por el Tomador o el Asegurado.
6. **ENFERMEDAD, DEFECTO O MALFORMACIÓN CONGÉNITA:** Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo humano que existan desde la fecha de nacimiento o antes de la misma. Se considerará enfermedad preexistente si es conocida por el Tomador o el Asegurado a la fecha de inicio de la Póliza de Seguro Solidario o de la inclusión del Asegurado en ésta.

7. INSTITUCIÓN HOSPITALARIA: Establecimiento permanente autorizado por el Organismo que corresponda, para suministrar asistencia médica. No será considerada institución hospitalaria, para los efectos de esta Póliza de Seguro Solidario, los lugares de descanso para ancianos, centros exclusivos para tratamiento de drogadictos, de alcohólicos, ni lugares donde se proporcionen tratamientos naturistas.

8. MÉDICO: Profesional de la medicina titulado e inscrito en el ministerio con competencia en el área de salud y en la institución que legalmente corresponda, para ejercer: la profesión médica en el país donde presta sus servicios, cuya especialidad médica esté directamente vinculada con la afección o condición del Asegurado.

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

a) No haya sido aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento médico de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional; o

b) Su uso esté restringido a objetivos clínicos disciplinados que posean valor o beneficio para propósitos clínicos de la disciplina y estudios científicos; o

c) No se haya probado de manera objetiva que posea valor o beneficio terapéutico; o

d) Esté bajo estudio, investigación, en un período de prueba o en cualquier fase de un experimento o ensayo clínico.

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

CLÁUSULA 2.- GASTOS CUBIERTOS.

Están cubiertos por la presente Póliza los gastos generados por tratamiento médico, intervención quirúrgica, servicios hospitalarios, procedimiento médico, medicinas, suministros y equipos especiales, requeridos para la atención de las alteraciones a la salud del Asegurado, sin que la indemnización exceda de la suma asegurada indicada en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario. La suma asegurada contratada por Asegurado será aplicada por enfermedad o accidente y año Póliza. Queda además entendido que:

a) Los gastos por concepto de pago de honorarios médicos, conjuntamente con los demás beneficios cubiertos por esta Póliza, están sujetos a la suma asegurada establecida en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario.

b) Las medicinas deben haber sido indicadas bajo prescripción médica específica, ser necesarias para el tratamiento médico de la enfermedad y/o lesión que causa

el reclamo del Asegurado y ser suministradas por un establecimiento autorizado para el expendio de productos farmacéuticos.

c) Los gastos hospitalarios cubiertos se refieren exclusivamente al servicio de habitación corriente (distinta a habitaciones especiales o de lujo, suites, semi-suites), los cuales incluyen la alimentación del paciente, conforme a la prescripción facultativa, y hasta por el máximo del costo de la habitación privada corriente en la institución hospitalaria. Están cubiertos los gastos por uso de teléfono (llamadas locales), admisión, uso de la televisión del cuarto ocupado por el Asegurado hospitalizado y el costo de pernoctas del acompañante, cuando ocupe la misma habitación que el paciente Asegurado. No se consideran gastos cubiertos otros diferentes a los antes mencionados y los que genere el acompañante por concepto de alimentación.

d) Están cubiertos los gastos por concepto de adquisición e implantación de prótesis: oculares, de cadera, de miembros superiores e inferiores, cardiovasculares, articulares, de vías, derivaciones ventriculoperitoneales, marcapasos cardíacos, así como las dentales, auditivas, testiculares, de mamas y cualquier otra, que podrían ser requeridas por la pérdida de órganos o miembros, como consecuencia de enfermedades y/o lesiones sufridas por el Asegurado, que hayan sido diagnosticadas tratadas y amparadas durante la vigencia de la Póliza y cuya indicación médica sea de carácter permanente. Corresponderá al Asegurador suministrar la prótesis requerida.

Están cubiertos los gastos para la adquisición de muletas y silla de ruedas manual que se requieran para uso permanente.

e) Están cubiertos los gastos de alquiler por concepto de aparatos ortopédicos, sillas de ruedas manual y mas especiales, así como equipos para la administración de oxígeno, respiradores artificiales, otros equipos para el tratamiento médico de parálisis respiratoria y, en general, todos aquellos relacionados con cualquier clase de equipos especiales. Cuando el costo del alquiler por el tiempo estimado de uso, de acuerdo al criterio del médico tratante, supere el costo de adquisición, el Asegurador podrá efectuar la compra de estos y una vez culminado el proceso de rehabilitación del Asegurado o su utilización, se deberá efectuar la devolución al Asegurador, dentro de los treinta (30) días continuos.

f) Están cubiertos los gastos por concepto de pruebas, quimioterapia, radioterapia, análisis y exámenes, fluoroscopias, radiografías, isótopos radioactivos, metabolismo, electrocardiogramas, ultrasonidos, exámenes de sangre y otros similares, que guarden relación con la causa u origen del tratamiento médico o de la hospitalización, siempre que se requieran en el diagnóstico o atención de una alteración a la salud del Asegurado.

g) La cobertura que ofrece la presente Póliza se extiende a tratamientos dentales que sean originados como consecuencia de un accidente que ocurra durante la vigencia de la misma, siempre que estos tratamientos se realicen, como máximo,

dentro de los ciento ochenta (180) días continuos y siguientes a la fecha de ocurrencia del accidente.

h) Los gastos por concepto de honorarios médicos por intervención quirúrgica están limitados a un (1) cirujano, dos (2) ayudantes y un (1) anestesiólogo. El Asegurador reconocerá los gastos ocasionados por otros médicos especialistas, siempre que la participación de estos en la intervención quirúrgica esté justificada médicamente. En el caso de dos (2) o más intervenciones quirúrgicas practicadas en un mismo acto quirúrgico, el Asegurador pagará de la siguiente manera: el ciento por ciento (100%) de la de mayor costo, cincuenta por ciento (50%) de la siguiente y veinticinco por ciento (25%) del costo de cada una de las siguientes.

i) Están cubiertos los gastos por atención médica recibida en Instituciones Hospitalarias Públicas e Instituciones de Beneficencia, los cuales serán pagados exclusivamente contra la presentación de facturas y soportes que demuestren la cancelación de los gastos incurridos, siempre que la enfermedad y/o lesión que los originó esté amparada por esta Póliza.

j) Están cubiertos los gastos por concepto de rehabilitación, practicada en instituciones hospitalarias, destinada a la recuperación de la capacidad física perdida como consecuencia de una alteración a la salud del Asegurado, amparada por la presente Póliza.

k) Están amparados los gastos por concepto de intervención quirúrgica de tipo reconstructiva originada por un proceso maligno del órgano afectado y/o debido a un accidente ocurrido durante la vigencia de esta Póliza. La intervención quirúrgica a que de lugar, deberá ser realizada dentro de los ciento ochenta (180) días continuos al diagnóstico y/o accidente, según sea el caso.

l) Están cubiertos los gastos por concepto de ambulancia terrestre dentro del Territorio Nacional, siempre que el médico tratante lo considere necesario.

m) Están cubiertos los gastos ocasionados por mastoplastia reductora con fines funcionales. Tratamiento médico y/o quirúrgico de las siguientes patologías de las glándulas mamarias: Displasia, adenosis, enfermedad quística, enfermedad fibroquística, mazoplasia, mastopatía escleroquística, enfermedad de reclus y ginecomastia.

n) Los hijos del Asegurado Titular nacidos durante la vigencia de la Póliza, estarán cubiertos durante los primeros treinta (30) días de vida bajo la cobertura básica de la madre, siempre que ésta se encuentre vigente para el momento del nacimiento. Para que los hijos puedan continuar con la cobertura, el Tomador deberá solicitar su inclusión en la Póliza de Seguro Solidario en el referido lapso y pagar la parte proporcional de la prima solidaria correspondiente al período que falte por transcurrir; caso en el cual, el Asegurador no aplicará plazo de espera alguno.

o) Están cubiertos los gastos de intervención quirúrgica por obesidad mórbida, basada en un índice de masa corporal superior a $40\text{Kg}/\text{mt}^2$ o mayor de $35\text{Kg}/\text{mt}^2$, siempre que en este último caso exista comorbilidad, previo cumplimiento del

siguiente protocolo: dos (2) evaluaciones de un Nutricionista; una (1) evaluación de un Endocrinólogo; una (1) evaluación de un Neumonólogo; dos (2) evaluaciones efectuadas por un Psicólogo y una (1) evaluación de un Médico Internista, que incluya un informe de chequeo cardiovascular.

Queda entendido que los gastos generados por la aplicación del protocolo no estarán amparados por esta Póliza.

CLÁUSULA 3.- PERSONAS ASEGURABLES.

Son asegurables bajo la presente Póliza de Seguro Solidario, el Asegurado Titular y sus Dependientes, los cuales deberán estar identificados en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario.

CLÁUSULA 4.- PAGO DE PRIMAS SOLIDARIAS.

El Tomador podrá efectuar el pago de la prima solidaria de la Póliza, en forma mensual, trimestral, semestral o anual. El Asegurador debe cobrar la prima solidaria o la fracción de prima, en el plazo de diez (10) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia de la Póliza de Seguro Solidario o de la fecha de finalización de la última fracción de prima solidaria pagada, según corresponda. De ocurrir algún siniestro en ese plazo, se aplicarán las siguientes reglas:

a) Si el monto a indemnizar es superior a la prima solidaria a cobrar, el Asegurador la descontará del monto a indemnizar.

b) Si el monto a indemnizar es menor a la prima solidaria a cobrar, el Tomador deberá pagar antes de finalizar el plazo indicado, la diferencia existente entre la referida prima solidaria y el monto a indemnizar. No obstante, si el Tomador se negase o no pudiese pagar la diferencia en el plazo previsto, el contrato se considerará prorrogado por el período de tiempo que resultare de dividir el monto del siniestro indemnizable entre la prima solidaria exigible, según la forma de pago seleccionada por el Tomador.

En cualquier caso, la prima solidaria a descontar en los supuestos de los literales anteriores será la que corresponda según la forma de pago seleccionada por el Tomador.

Si la prima solidaria o alguna fracción de la prima solidaria no es pagada o se hace imposible su cobro por causa imputable al Tomador en el plazo establecido, el Asegurador tendrá derecho a exigir el pago correspondiente o resolver la Póliza, mediante comunicación escrita, telegrama o medio electrónico, con acuse de recibo, dirigido a la dirección del Tomador que conste en la Póliza. En caso de resolución esta tendrá efecto desde el inicio de la vigencia de la prima solidaria debida.

Contra el pago de la prima solidaria, el Asegurador entregará al Tomador el Cuadro Recibo de Seguro Solidario firmado y sellado por el mismo.

Las primas solidarias pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del Asegurador por el exceso, sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses del excedente, aun cuando aquellas hubieren sido aceptadas formalmente por el Asegurador. Las primas solidarias correspondientes a esta Póliza podrán ser pagadas bajo cualquier mecanismo o medio acordado por las partes.

El Asegurador estará obligado a realizar las gestiones de cobro de la prima de Seguro Solidario.

CLÁUSULA 5.- PLAZO DE GRACIA.

Se conceden treinta (30) días consecutivos de gracia para el pago de la prima solidaria de renovación, contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia anterior. En el caso de primas solidarias fraccionadas, dicho plazo de gracia se reducirá a quince (15) días. Durante este plazo, la Póliza de Seguro Solidario continuará vigente y en caso de ocurrir algún siniestro en ese período, se aplicarán las siguientes reglas:

a) Si el monto a indemnizar es superior a la prima solidaria a cobrar, el Asegurador la descontará del monto a indemnizar.

b) Si el monto a indemnizar es menor a la prima solidaria a cobrar, el Tomador deberá pagar antes de finalizar el plazo de gracia, la diferencia existente entre la referida prima solidaria y el monto a indemnizar. No obstante, si el Tomador se negase o no pudiese pagar la diferencia antes de finalizar el plazo de gracia, el contrato se considerará prorrogado por el período de tiempo que resultare de dividir el monto del siniestro indemnizable entre la prima solidaria exigible, según la forma de pago seleccionada.

En cualquier caso, la prima solidaria a descontar en los supuestos de los literales anteriores será la que corresponda según la forma de pago seleccionada.

CLÁUSULA 6.- DECLARACIÓN INEXACTA DE LA EDAD.

El Asegurador deberá participar al Tomador, en un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento que hubo inexactitud en la indicación de la edad del Asegurado, que pueda influir en la valoración del riesgo. En el plazo de diez (10) días hábiles, contados a partir del conocimiento de la declaración inexacta del Tomador o del Asegurado, el Asegurador deberá aplicar la regla siguiente:

Si como consecuencia de la inexactitud en la edad del Asegurado se pagare una prima solidaria menor de la que correspondería por la edad real, el Asegurador tendrá derecho a exigir el pago, sin intereses, de la diferencia entre las primas solidarias cobradas y las que debieron aplicarse de acuerdo con la edad real. Por el contrario, si debido a la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, el Asegurador estará obligado a reembolsar la diferencia de la prima solidaria correspondiente.

En cualquier caso, las primas solidarias ulteriores deberán ajustarse de acuerdo con la edad real del Asegurado.

El Tomador deberá pagar la diferencia de prima solidaria en el plazo de diez (10) días continuos siguientes a la fecha que le haya sido exigido con la entrega del respectivo recibo. Si la diferencia de prima solidaria no es pagada o se hace imposible su cobro por causa imputable al Tomador en el plazo establecido, el Asegurador tendrá derecho a exigir el pago correspondiente o resolver la Póliza, mediante comunicación escrita, telegrama o medio electrónico, con acuse de recibo, dirigido a la dirección del Tomador que conste en la Póliza. En caso de resolución esta tendrá efecto desde la fecha de exigibilidad de la diferencia de prima solidaria debida.

CLÁUSULA 7.- PLAZOS DE ESPERA.

Los Asegurados tendrán derecho a la cobertura prevista en la Póliza de Seguro Solidario, una vez transcurridos los plazos de espera que se especifican a continuación, contados a partir del comienzo de la Póliza, la rehabilitación o la inclusión del Asegurado en la misma, según sea el caso:

7.1. Cuatro (4) meses para las siguientes enfermedades no infecciosas de resolución por tratamiento no quirúrgico: Colecistopatía, Diabetes Mellitus, Insuficiencia Renal Crónica, Osteoporosis, Osteoartritis, Enfermedad Broncopulmonar Obstructiva Crónica, Enfermedad Úlcero Péptica e Hipertensión Arterial Crónica.

7.2. Ocho (8) meses para las siguientes enfermedades no infecciosas de resolución quirúrgica: Mastectomía, Patologías Tumorales de las Glándulas Mamarias, Hipertrofia de Cornetes, Cataratas, Síndrome Varicoso, Hemorroides, Colédoco-litiasis, Hernias no Congénitas, Litiasis de las Vías Biliares, Litiasis de las Vías Urinarias, Enfermedad Diverticular, Hiperplasia Prostática Benigna, Varicocele, Osteoartritis, Enfermedad de Ligamentos, Fimosis y Parafimosis, Síndrome del Túnel del Carpo y Vicios o Defectos de Refracción.

7.3. Diez (10) meses para las enfermedades del aparato reproductor femenino (ginecológicas u obstétricas) que requieran intervención quirúrgica.

7.4. Once (11) meses para las enfermedades preexistentes. En ningún caso podrán considerarse como preexistentes las enfermedades mencionadas en los numerales anteriores.

No aplicarán los plazos de espera, a los hijos del Asegurado Titular que nazcan bajo la vigencia de esta Póliza, siempre que hayan sido inscritos antes de los treinta (30) días siguientes a su fecha de nacimiento.

Si el Asegurado solicitare su inclusión en este seguro o la suscripción de una nueva Póliza de Seguro Solidario de Salud, dentro de los diez (10) días continuos siguientes a la terminación de otra Póliza de Seguro Solidario de Salud, en la misma u otra empresa de seguros, el Asegurador aplicará los plazos de espera

antes indicados, únicamente por el tiempo que le hubiere faltado por transcurrir bajo la anterior Póliza. El supuesto precedente, no será aplicable en los casos de terminación por dolo o culpa grave del Asegurado. No se aplicarán plazos de espera en los casos de accidentes o emergencias médicas ocurridas durante la vigencia de la Póliza de Seguro Solidario. En los supuestos de emergencias médicas, dentro del plazo de espera, la cobertura se limitará a los gastos necesarios para la estabilización de la salud del Asegurado, siempre que la emergencia se origine como consecuencia de las enfermedades mencionadas en los numerales anteriores.

CLÁUSULA 8.- EXCLUSIONES.

El Asegurador no estará obligado al pago de indemnización por los gastos relacionados con:

- a) Tratamientos y controles de la menopausia y la andropausia.
- b) Tratamientos médicos y/o intervención quirúrgica, con ocasión del embarazo, parto normal, cesárea y legrado uterino por aborto, sus consecuencias y complicaciones. Consultas y exámenes pre y post natal.
- c) El suicidio o sus tentativas, así como las lesiones que el Asegurado se cause intencionalmente.
- d) Lesiones ocasionadas como consecuencia o se den en el curso de: guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación del estado de excepción, acto de terrorismo o acto de cualquier persona que actúe en nombre de o en relación con alguna organización que realice actividades dirigidas a la sustitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.
- e) Lesiones ocasionadas como consecuencia de la participación activa del Asegurado en actos delictivos, motín, conmoción civil, disturbios populares, saqueos, disturbios laborales o conflictos de trabajo.
- f) Tratamientos contra la dependencia del alcohol, de drogas estupefacientes y psicotrópicas y sus complicaciones, agudas o crónicas, el etilismo así como los accidentes ocurridos bajo la influencia del alcohol o de drogas no prescritas médicamente y las consecuencias y/o enfermedades originadas por el consumo de alcohol o el uso de drogas no prescritas médicamente.
- g) Enfermedades y tratamientos dentales y periodontológicos, intervención quirúrgica de distonías miofaciales por mal posición dentaria y/o anomalías de crecimiento de maxilares, tratamientos de cualquier índole de la articulación temporo-maxilar. No obstante, queda a salvo lo dispuesto en el literal g), de la Cláusula 2.- Gastos cubiertos, de estas Condiciones Particulares.

h) Lesiones ocasionadas como consecuencia de la participación activa del Asegurado en duelos o riñas, a menos que se compruebe que no han sido provocados por el Asegurado o que éste actuó en legítima defensa.

i) Lesiones ocasionadas como consecuencia de la práctica del Asegurado de los siguientes deportes o actividades de alto riesgo: caza, automovilismo, motociclismo, motocross, karting, scooters, competencia de ciclismo, benji, buceo, submarinismo, esquí acuático, esquí en nieve, rafting, descensos de rápidos, surf, windsurf, remo, pesca en alta mar, pesca submarina, moto- náutica, navegación en aguas internacionales en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, fútbol americano, rugby, saltos ornamentales, paracaidismo, vuelo en ícaro, vuelo a vela, vuelo en globo, vuelo en parapente, vuelo en planeador, vuelo en ultraligero, velerismo, vuelo delta, coleo, competencia de equitación, polo, hipismo, rodeo, boxeo, lucha, artes marciales, jiu jitsu, viet vo dao, full contact, competencia de levantamiento de pesas, tiro, espeleología, alpinismo y escalada.

j) Consultas o exámenes de la vista, corrección de vicios o defectos de refracción visual (miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia) por tratamientos no quirúrgicos (anteojos y/o lentes de contacto), lentes intraoculares o infraoculares que no correspondan a patologías comprobadas de catarata.

k) Cirugía cosmética, plástica o estética. No obstante, queda a salvo lo establecido en el literal k) de la Cláusula 2.- Gastos Cubiertos, de estas Condiciones Particulares.

l) Mastoplastia con fines estéticos.

m) Tratamientos para la obesidad o reducción de peso. No obstante, queda a salvo lo establecido en el literal o) de la Cláusula 2.- Gastos Cubiertos, de estas Condiciones Particulares.

n) Estudios, tratamientos y hospitalizaciones por alteraciones hormonales con repercusión en el crecimiento y/o desarrollo.

o) Exámenes con fines de diagnóstico o controles, con o sin hospitalización, cuando no haya enfermedad o no guarden relación con la enfermedad que originó la atención médica. Chequeos médicos generales, tratamientos desensibilizantes para alergias, estados gripales y aplicación de vacunas.

Acupuntura, medicina naturista, homeopática o cualquier otro tratamiento no aceptado por la Federación Médica Venezolana.

p) Tratamientos médicos o intervención quirúrgica para fertilización, Peyronie, cambio de sexo, impotencia o frigidez y las complicaciones que se deriven de ellos.

q) Tratamientos para terapia ocupacional, educacional o de lenguaje. Tratamientos fisioterapéuticos. No obstante, queda a salvo lo establecido en el literal j) de la Cláusula 2.- Gastos Cubiertos, de estas Condiciones Particulares.

- r) Enfermedades de transmisión sexual, sus consecuencias y complicaciones.
- s) Tratamientos, consultas y exámenes para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), excepto para las enfermedades originadas como consecuencia directa de este diagnóstico.
- t) Enfermedades decretadas como epidémicas por el Organismo Competente.
- u) Lesiones causadas por: terremoto, temblor de tierra, maremoto, tsunami, inundación, movimientos de masas, flujos torrenciales, huracanes, tornado, tifón, ciclón, eventos climáticos, granizo, erupción volcánica o cualquier otra convulsión de la naturaleza o perturbación atmosférica.
- v) Tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas sobre órganos sanos con fines profilácticos.
- w) Tratamiento experimental o investigativo.
- x) Enfermera privada para el cuidado del paciente.
- y) Enfermedades o lesiones producidas por radiación nuclear, fisión, fusión, radiaciones ionizantes o contaminación radiactiva.
- z) El traslado del asegurado desde y hasta la institución hospitalaria. No obstante, queda a salvo lo establecido en el literal l) de la Cláusula 2.-Gastos Cubiertos, de estas Condiciones Particulares.
- aa) Honorarios como consecuencia de cualquier tratamiento, proporcionado por un médico o enfermera que tenga parentesco con el Tomador o el Asegurado, dentro del segundo grado de consanguinidad o afinidad, o que viva con éstos.
- bb) Impuestos, gastos de cobranza, limpieza, microfilm, historias clínicas, estacionamiento, misceláneos y otros costos no definidos ni relacionados con el tratamiento de la afección declarada.

CLÁUSULA 9.- SUBROGACIÓN DE DERECHOS.

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

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

El Asegurado no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de recobrar de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado. En caso de siniestro, el Asegurado está obligado a realizar a expensas del

Asegurador, cuantos actos sean necesarios y todo lo que éste pueda, razonablemente requerir, con el objeto de permitir que ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago.

Si el Asegurado incumpliere lo establecido en esta cláusula perderá el derecho al pago que le otorga esta Póliza, a menos que compruebe que el incumplimiento sea debido a una causa extraña no imputable a él.

CLÁUSULA 10.- OTRA EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.

El Asegurador quedará relevado de toda responsabilidad sobre cualquier siniestro y el Asegurado perderá todo derecho a indemnización si no hiciera la reclamación o no entregare la documentación exigida en los lapsos indicados en el literal a) de la Cláusula 11.-Procedimiento en Caso de Activación de la Cobertura, de estas Condiciones Particulares, a menos que compruebe que dejó de realizarse por una causa extraña no imputable a él.

CLÁUSULA 11.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE LA COBERTURA.

En caso que el Asegurado requiera la prestación de servicios garantizados por esta Póliza de Seguro Solidario, podrá:

a) Solicitar el reembolso de los gastos incurridos. El Asegurador pagará con base en los documentos originales de: las certificaciones médicas, informaciones del proveedor del servicio, facturas, récipes con indicación médica concernientes a los productos y/o servicios expresamente cubiertos por esta Póliza y dispensados al Asegurado. Éste deberá notificar el siniestro, dentro de los treinta (30) días hábiles de haber recibido los productos y/o servicios o a su egreso de la institución hospitalaria, según sea el caso, en los formularios usuales del Asegurador; en el mismo plazo deberá consignar los recaudos antes señalados. Asimismo, el Asegurado se compromete a suministrar al Asegurador, en especial en los casos de tratamiento continuado, mensualmente, en original, las facturas y comprobantes de pago por los productos y/o servicios recibidos y amparados. Cuando el Asegurado reciba los servicios fuera de la República Bolivariana de Venezuela, las facturas deberán ser traducidas al idioma castellano, si fuere el caso, y estar selladas por el respectivo Consulado o Embajada de la República Bolivariana de Venezuela. La indemnización se efectuará en moneda nacional a la tasa de cambio oficial de venta vigente, establecida por el Banco Central de Venezuela, para el momento en que el Asegurado incurrió en el gasto, siempre que la reclamación resulte válida según las condiciones de esta Póliza.

El Asegurador podrá solicitar documentos adicionales a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad, la solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó el último de los documentos requeridos en el párrafo anterior. En este caso, se establece un plazo de treinta (30) días continuos para la presentación de los

recaudos solicitados por el Asegurador, contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos.

b) Solicitar Carta Aval. El Asegurado deberá suministrar al Asegurador el presupuesto detallado de los gastos médicos por los productos y los servicios a ser prestados por el proveedor, así como los resultados de los exámenes preoperatorios y el informe médico donde se señale el diagnóstico, el tratamiento médico y/o la intervención quirúrgica a efectuarse. El Asegurado deberá remitir estos documentos, como mínimo, con cinco (5) días hábiles de anticipación a la fecha en que deba realizarse el tratamiento médico y/o la intervención quirúrgica y el Asegurador se compromete a entregar la Carta Aval al Asegurado dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha en que fueron consignados los documentos antes mencionados.

En casos de emergencia médica, a solicitud de la institución hospitalaria, el Asegurador debe informar de forma inmediata, a través de cualquier mecanismo previsto para ello, que el Asegurado se encuentra amparado por esta Póliza de Seguro Solidario.

El Asegurador debe utilizar todos los mecanismos necesarios para procurar que el Asegurado reciba atención inmediata.

Queda entendido que en los reclamos por gastos médicos, el Asegurador cubre el ciento por ciento (100%) de los gastos amparados ocasionados durante la vigencia de la Póliza de Seguro Solidario, sujeto al costo razonable y hasta la suma asegurada contratada. Si los gastos han continuado luego de finalizada la vigencia de la referida Póliza en curso, tendrán cobertura, siempre que no se haya agotado la suma asegurada.

El costo razonable es el promedio calculado por el Asegurador de los gastos cubiertos por tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas de Instituciones Hospitalarias ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido el Asegurado, los cuales correspondan a una intervención quirúrgica o tratamiento médico igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de esta Póliza de Seguro Solidario se encuentran cubiertos.

Este promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga el Asegurador de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en los gastos, incrementado según el Índice Nacional de Precios al Consumidor (I.N.P.C.) del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes o los baremos previamente convenidos con las Instituciones Hospitalarias. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el costo razonable será el monto facturado. En todo caso, el costo razonable de los gastos cubiertos debe ajustarse a los baremos o la estructura de precios que el Estado haya fijado en el área de prestación de la salud.

El Asegurador debe realizar una conciliación con las Instituciones Hospitalarias, conjuntamente con los organismos del Estado competentes, con la finalidad que los montos facturados sean cubiertos por la Póliza de Seguro Solidario.

CLÁUSULA 12.- OTROS SEGUROS.

Al momento de notificar la ocurrencia del siniestro, el Tomador está obligado a informar al Asegurador la existencia de cualquier otro seguro de salud que ampare al Asegurado que activó la cobertura de la Póliza de Seguro Solidario.

Cuando el Asegurado se encuentre amparado por varios seguros de salud que estén obligados a pagar la indemnización sobre un mismo siniestro, el Asegurado escogerá el orden en que presentará las reclamaciones y las empresas de seguros deberán indemnizar, según los límites de sus pólizas, hasta el monto total de los gastos.

CLÁUSULA 13.- TERMINACIÓN DEL SEGURO PARA CADA ASEGURADO.

El seguro terminará cuando se produzca cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Si alguno de los Asegurados dejase de depender económicamente del Asegurado Titular o cuando se termine la relación con él.
- b) Si el hijo o hija del Asegurado Titular o de su cónyuge o de la persona con quien mantenga unión estable de hecho, cumple la edad de veinticinco (25) años o contraiga matrimonio.
- c) En caso de fallecimiento del Asegurado Titular o cuando éste dejase de pertenecer a la Población Asegurable.
- d) Por aviso escrito del Tomador comunicando la decisión de no renovar el seguro de algún Asegurado específico.

Si se trata del Asegurado Titular, el seguro terminará para todos los Asegurados, en cualquier otro caso sólo terminará para el Asegurado afectado por una de las situaciones indicadas anteriormente.

En los supuestos antes señalados, la terminación procederá al finalizar la vigencia de la Póliza de Seguro Solidario, siempre que el Seguro se mantenga en vigor con el pago de la prima correspondiente.

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

CLÁUSULA 14.- ÁMBITO DE LA PÓLIZA.

La cobertura de esta Póliza se extiende a cualquier parte del mundo. En lo que respecta a los gastos ocasionados fuera de la República Bolivariana de Venezuela, serán indemnizados únicamente bajo el procedimiento de reembolso previsto en la Cláusula 11. Procedimiento en caso de Activación de la Cobertura, literal a), de las Condiciones Particulares de esta Póliza de Seguro Solidario.

EL ASEGURADOR

EL TOMADOR

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.990 Extraordinario del 29 de julio de 2010, reimpressa en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.481 de fecha 05 de agosto de 2010.