

GACETA OFICIAL

DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

AÑO CXXXVIII — MES XII

Caracas, miércoles 21 de septiembre de 2011

Número 39.762

SUMARIO

Ministerio del Poder Popular para Relaciones Interiores y Justicia

Resoluciones mediante las cuales se designa a los ciudadanos que en ellas se mencionan, en los cargos que en ellas se especifican.

Resoluciones mediante las cuales se otorga el beneficio de Jubilación a los ciudadanos y a la ciudadana que en ellas se señalan.

UNES

Resolución mediante la cual se designa al ciudadano Jesús Antonio Díaz Pérez, como Director del Centro de Formación de esta Universidad, ubicado en el Distrito Capital.

Ministerio del Poder Popular para Relaciones Exteriores

Resoluciones mediante las cuales se procede a la publicación de los Traspasos Presupuestarios de Gastos Corrientes para Gastos de Capital de este Ministerio, por las cantidades que en ellas se señalan.

Resolución mediante la cual se designa al Primer Secretario Rafael Pirela, como Encargado de Negocios Ad Interim en la Embajada de la República Bolivariana de Venezuela en la República de Chipre, responsable de la Unidad Administradora que en ella se indica.

Resolución mediante la cual se designa a la Consejera Miriam Elena Castellanos, como Encargada de Negocios Ad Interim en la Embajada de la República Bolivariana de Venezuela en la República de Hungría, responsable de la Unidad Administradora que en ella se menciona.

Resolución mediante la cual se delega en la ciudadana Marlene Beatriz González Rosales, en su carácter de Directora General de la Oficina de Planificación y Presupuesto (E) de este Ministerio, la autorización para las modificaciones presupuestarias por fuentes de financiamiento.

Ministerio del Poder Popular de Planificación y Finanzas ONAPRE

Providencia mediante la cual se procede a la publicación de un Traspaso de Créditos Presupuestarios de Gastos Corrientes a Gastos de Capital del Distrito Capital, por la cantidad que en ella se especifica.

Superintendencia de la Actividad Aseguradora

Resolución mediante la cual se dicta las Normas por las cuales se regirán las Empresas de Seguros para el acceso, comercialización y suscripción de las Pólizas de Seguros Solidarios de Salud, Accidentes Personales y Funerarios.

Resolución mediante la cual se dicta las Normas que establecen el número mínimo de Pólizas de Seguros Asignadas a las Empresas de Seguros para la Comercialización de los Seguros Solidarios de Salud, Accidentes Personales y Funerarios.

Resolución mediante la cual se dicta las Normas que establecen el Registro Único de Seguros Solidarios (R.U.S.S).

SENIAT

Providencia mediante la cual se informa la tasa de interés activa promedio ponderado de los seis (6) principales bancos comerciales y universales del país con mayor volumen de depósitos, excluidas las carteras con intereses preferenciales, fijadas por el Banco Central de Venezuela para el mes de agosto de 2011 es de 19,14%.

BCV

Convenio entre el Ministerio del Poder Popular para las Industrias Básicas y Minería y el Banco Central de Venezuela.

Ministerio del Poder Popular para la Agricultura y Tierras INDER

Providencia mediante la cual se designa como Auditor Interno Encargado, al ciudadano Rodolfo José Caballero Aparicio, de este Instituto.

INIA

Providencias mediante las cuales se corrige por error material las Providencias que en ellas se especifican, en los términos que en ellas se indican.

Ministerio del Poder Popular para el Trabajo y Seguridad Social
Resolución mediante la cual se confiere la Condecoración Orden al Mérito en el Trabajo, a los ciudadanos y ciudadanas que en ella se mencionan.

Ministerio del Poder Popular para el Ambiente
Resolución mediante la cual se designa a la ciudadana Azucena Martínez Fernández, como Directora General Encargada de la Dirección General de Educación Ambiental y Participación Comunitaria de este Organismo.

Ministerio del Poder Popular para Ciencia, Tecnología e Industrias Intermedias REDTV

Providencia mediante la cual se corrige por error material la Providencia N° REDTV/001-2011, de fecha 25 de junio de 2011, en los términos que en ella se señalan.

Ministerio del Poder Popular para la Cultura

Resoluciones mediante las cuales se designa a los ciudadanos y a la ciudadana que en ellas se señalan, como Coordinadores Generales de los cargos que en ellas se indican.

Resolución mediante la cual se designa a los Miembros del Consejo Directivo de la Fundación Vicente Emilio Sojo, la cual queda conformado por los ciudadanos y ciudadanas que en ella se mencionan.

Resolución mediante la cual se delega en la ciudadana Lina Pirela Escobar, en su carácter de Directora General de Recursos Humanos de este Ministerio, la firma de los actos y documentos relacionados con los contratos laborales de profesionales y técnicos por tiempo determinado.

CNAC

Providencia mediante la cual se designan como nuevos Miembros de la Comisión de Contrataciones de este Organismo, al ciudadano y a la ciudadana que en ella se mencionan.

Instituto Autónomo Biblioteca Nacional y de Servicios de Bibliotecas
Providencia mediante la cual se sustituye a la ciudadana Egleé Peña, como Miembro Principal por el Área Técnica de la Comisión de Contrataciones de este Instituto, por el ciudadano Antonio Ramón Matos Calderón, y se ratifica a los demás miembros de dicha Comisión.

Ministerio del Poder Popular para el Deporte

Resolución mediante la cual se designa a los ciudadanos y ciudadanas que en ella se indican, como Miembros Suplentes del Consejo de Honor de los Juegos Deportivos Nacionales.

Resolución mediante la cual se designa a las ciudadanas y ciudadanos que en ella se mencionan, en la Estructura de los cargos que en ella se señalan, de los XVII Juegos Deportivos Nacionales 2011.

Resolución mediante la cual se designa a los ciudadanos que en ella se señalan, como Miembros Principales de la Comisión de Control y Seguimiento de Fichaje y Pases de los XVII Juegos Deportivos Nacionales.

Defensoría del Pueblo

Resolución mediante la cual se designa al ciudadano Edgar Enrique Cortez Acosta, como Defensor Delegado Especial de Vivienda y Hábitat con Competencia Nacional, adscrito a la Dirección Ejecutiva, a partir del día 01 de octubre de 2011.

Avisos

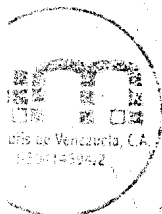
REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE PLANIFICACIÓN Y FINANZAS

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Nº FSAA-00.2992 Caracas, 11 SEP 2011

201º Y 152º



El Superintendente de la Actividad Aseguradora, en uso de las atribuciones conferidas en los artículos 5 (numeral 2), 7 (numerales 2, 8, 9, 10 y 11), 42, 134 y 135 de la Ley de la Actividad Aseguradora, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Nº 5.990, Extraordinario del 29 de julio de 2010, reimpresa en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Nº 39.481 de fecha 05 de agosto de 2010, considerando la importancia de regular de manera inmediata los aportes sociales de la actividad aseguradora, entendiéndose que formen parte integrante de las Pólizas de Seguros Solidarios de Salud, Accidentes Personales y Funerario, dicta las siguientes:

NORMAS POR LAS CUALES SE REGISTRAN LAS EMPRESAS DE SEGUROS PARA EL ACCESO, COMERCIALIZACIÓN Y SUSCRIPCIÓN DE LAS PÓLIZAS DE SEGUROS SOLIDARIOS DE SALUD, ACCIDENTES PERSONALES Y FUNERARIO

ARTÍCULO 1. Se aprueba con carácter general y uniforme las Condiciones Generales y Particulares, la Tarifa, el Cuadro Recibo de Seguro Solidario, la Solicitud de Seguro Solidario y los demás documentos que formen parte integrante de las Pólizas de Seguros Solidarios de Salud, de Accidentes Personales y Funerario.

ARTÍCULO 2. Las presentes Normas tienen por objeto regular el acceso de las personas a las Pólizas de Seguros Solidarios de Salud, de Accidentes Personales y Funerario, así como la comercialización y suscripción por parte de las empresas de seguros.

Las personas a ser amparadas por las Pólizas de Seguros Solidarios de Salud, de Accidentes Personales y Funerario son aquellas que presenten alguna de las siguientes condiciones: jubilados, jubiladas, pensionados, pensionadas, adultos y adultas mayores, con discapacidad, con enfermedades físicas y/o mentales y aquellas cuyos ingresos mensuales no superen el equivalente a veinticinco Unidades Tributarias (25 U.T.).

ARTÍCULO 3. Las Pólizas de Seguros Solidarios de Salud, de Accidentes Personales y Funerario se registrarán por las siguientes Condiciones Generales:

**PÓLIZA DE SEGURO SOLIDARIO
CONDICIONES GENERALES**

Entre RAZÓN SOCIAL, REGISTRO DE INFORMACIÓN FISCAL (R.I.F.), DATOS DE REGISTRO MERCANTIL, que en adelante se denominará el Asegurador, representado por el ciudadano _____ en su carácter de _____, debidamente facultado según consta en documento inscrito ante la Notaría Pública _____, el ____ de ____ de ____, bajo el Nº ____, Tomo ____ y el Tomador, identificado en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario, han convenido en suscribir el presente Contrato de Seguro Solidario, el cual está conformado y se registrará de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Recibo de Seguro Solidario, la Solicitud de Seguro Solidario y los demás documentos que formen parte integrante del mismo.

CLÁUSULA 1.- OBJETO.

El Asegurador se compromete a asumir los riesgos indicados en el Contrato de Seguro Solidario, hasta la suma asegurada señalada en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario.

CLÁUSULA 2.- DEFINICIONES GENERALES.

A los efectos de esta Póliza de Seguro Solidario, se entiende por:

1. **TOMADOR:** Persona natural que obrando por cuenta propia, contrata el seguro con el Asegurador, trasladándole los riesgos y obligándose al pago de la prima.
2. **ASEGURADO:** Persona natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos y se encuentra amparada por esta Póliza de Seguro Solidario.
3. **ASEGURADO TITULAR:** Es el Tomador de la Póliza de Seguro Solidario, quien debe pertenecer a la Población Asegurable, según se define en esta Póliza.
4. **ASEGURADOR:** {Indicar nombre completo de la empresa de seguros} quien asume los riesgos cubiertos en esta Póliza.
5. **BENEFICIARIO:** Persona que tiene el derecho de recibir el pago a que hubiere lugar.
6. **CONDICIONES PARTICULARES:** Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.
7. **CUADRO RECIBO DE SEGURO SOLIDARIO:** Documento en el que se indica, como mínimo, la siguiente información: número de la póliza, número de identificación en el Registro Único de Seguros Solidarios (R.U.S.S.), identificación completa del Asegurado Titular, identificación de los Dependientes y Beneficiarios, identificación completa del Asegurador y domicilio principal, coberturas contratadas, sumas aseguradas, monto de las primas, forma de pago, dirección de cobro, vigencia de la póliza, vigencia del recibo, nombre y código del intermediario de seguros y firma del Asegurador.
El Cuadro Recibo de Seguro Solidario será entregado al Tomador al momento del pago de la prima solidaria, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Anexo de Maternidad, si correspondiere, copia de la Solicitud de Seguro Solidario y demás documentos que formen parte del contrato. Esta obligación no procederá en los casos en que los referidos documentos hayan sido previamente entregados.
8. **DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE SEGURO SOLIDARIO:** Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Anexo de Maternidad, si fuere contratado con la Póliza de Seguro Solidario de Salud, la Solicitud de Seguro Solidario, el Cuadro Recibo de Seguro Solidario y demás documentos que por su naturaleza formen parte del contrato.
9. **PARTES DEL CONTRATO DE SEGURO SOLIDARIO:** El Asegurador y el Tomador. Además de las personas señaladas, el Asegurado y el Beneficiario forman parte del Contrato de Seguro Solidario.

10. **POBLACIÓN ASEGURABLE:** Comprende a los jubilados, jubiladas, pensionados, pensionadas, adultos y adultas mayores, personas con discapacidad, personas con enfermedades físicas y/o mentales y las personas cuyos ingresos mensuales no superen el equivalente a Veinticinco Unidades Tributarias (25 U.T.).

10.1. Jubilados y Jubiladas: Personas beneficiarias de una prestación económica por el cumplimiento de los requisitos previstos para el cese laboral. La prestación es vitalicia y sólo se extingue con la muerte del interesado. Es otorgada por instituciones públicas o privadas.

10.2. Pensionados y Pensionadas: Personas que reciben la prestación dineraria, otorgada en virtud de una disposición jurídica que tiene como finalidad garantizar al ciudadano bienestar y seguridad social, que dependiendo de su situación puede ser por vejez, invalidez, incapacidad o sobreviviente. En esa categoría se incluyen a los pensionados y pensionadas por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (I.V.S.S.).

10.3. Adultos y Adultas Mayores: persona con edad igual o mayor a sesenta (60) años.

10.4. Personas con Discapacidad: Aquellas que por causas congénitas o adquiridas presentan alguna disfunción o ausencia de sus capacidades de orden físico, mental, intelectual, sensorial o combinaciones de ellas; que al interactuar con diversas barreras le impliquen desventajas que dificultan o impidan su participación, inclusión e integración a la vida familiar y social, así como el ejercicio pleno de sus derechos humanos en igualdad de condiciones con los demás. La condición de discapacidad debe ser de carácter permanente o que pueda demostrarse al momento de la Solicitud de Seguro Solidario que se mantendrá por un período no menor a un (1) año. La condición deberá ser diagnosticada por un médico especialista en el área.

10.5. Personas con Enfermedades Físicas: Aquellas que tengan una alteración de la salud y resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que origine reducción de su capacidad funcional.

10.6. Personas con Enfermedades Mentales: Aquellas que tengan un trastorno mental, del comportamiento de la actividad intelectual o del estado de ánimo. La condición deberá ser diagnosticada por el médico especialista en el área.

11. **PRIMA SOLIDARIA:** Es la contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración del Contrato de Seguro Solidario.

12. **REGISTRO ÚNICO DE SEGUROS SOLIDARIOS (R.U.S.S.):** Es el mecanismo destinado a la recopilación de la información relacionada con las emisiones, renovaciones, suscripciones mínimas, siniestros, prestación de servicios y cualquier otra referida a los Seguros Solidarios.

13. **SUMA ASEGURADA:** Límite máximo de responsabilidad del Asegurador, indicado en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario.

CLÁUSULA 3.- VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La vigencia de la Póliza de Seguro Solidario será anual y se hará constar en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario, con

indicación de la fecha en que se emita, la hora y día de su iniciación y vencimiento. El seguro mantendrá su duración por el tiempo que corresponda a la prima pagada.

CLÁUSULA 4.- RENOVACIÓN.

La Póliza de Seguro Solidario se entenderá renovada automáticamente al finalizar el último día de duración del período anterior de vigencia de la Póliza y por un plazo anual, siempre que el Tomador pague la prima solidaria correspondiente al nuevo período, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula 5.- Plazo de Gracia, de las Condiciones Particulares de la presente Póliza de Seguro Solidario, 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 de Seguro 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.

Igualmente, el Asegurador no estará obligado a renovar la Póliza de Seguro Solidario, cuando el Asegurado Titular no demuestre su condición de asegurabilidad dentro del mes anterior a la conclusión del período de vigencia de la Póliza en curso.

CLÁUSULA 5.- EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.

El Asegurador no estará obligado al pago correspondiente en los siguientes casos:

- a) Si el Tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios.
- b) Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario.
- c) Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario. No obstante, el Asegurador debe efectuar el pago de la obligación derivada del siniestro si éste 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.
- d) 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 del Asegurador.
- e) Otras exoneraciones de responsabilidad establecidas en las Condiciones Particulares de esta Póliza de Seguro Solidario.

CLÁUSULA 6.- 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 de la Póliza de Seguro Solidario, si son de tal naturaleza que el Asegurador de haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

CLÁUSULA 7.- OPORTUNIDAD DEL PAGO.

El Asegurador debe cumplir con el pago de su obligación derivada del siniestro en un lapso que no podrá exceder de treinta (30) días continuos, contados a partir de la fecha en que haya recibido el último recaudo.

CLÁUSULA 8.- RECHAZO DEL SINIESTRO.

El Asegurador deberá notificar por escrito al Asegurado, en el lapso señalado en la Cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo total o parcial del pago de su obligación derivada del siniestro.

CLÁUSULA 9.- ARBITRAJE.

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

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLÁUSULA 10.- CADUCIDAD.

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra el Asegurador o convenir con éste el Arbitraje previsto en la Cláusula anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación:

- En caso de rechazo del siniestro, un (1) año contado a partir de la fecha de la notificación por escrito del rechazo.
- En caso de inconformidad con el pago de la indemnización, un (1) año contado a partir de la fecha en que el Asegurador hubiere efectuado el pago.
- En caso de inconformidad con la prestación del servicio, un (1) año contado a partir de la fecha en que el Asegurado hubiere recibido el servicio a través de un proveedor ofrecido por el Asegurador.

En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado desde el momento en que haya un pronunciamiento escrito 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 11.- PRESCRIPCIÓN.

Las acciones derivadas de la Póliza de Seguro Solidario prescriben a los tres (3) años contados a partir del siniestro que dio nacimiento a la obligación.

CLÁUSULA 12.- AVISOS.

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a la Póliza de Seguro Solidario deberá hacerse mediante comunicación escrita, telegrama o medio electrónico, con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal

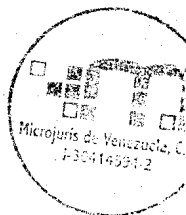
o sucursal del Asegurador o a la dirección del Tomador o del Asegurado que conste en la Póliza, según sea el caso.

CLÁUSULA 13.- DOMICILIO ESPECIAL.

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

ARTÍCULO 4. La Póliza de Seguro Solidario de Salud se registrará por las siguientes Condiciones Particulares:

**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:

- ACCIDENTE:** Es todo suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del Tomador o del Asegurado, que le cause a este último lesiones corporales.
- 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.
- EMERGENCIA MÉDICA:** Alteración de la salud de aparición súbita que compromete la vida, la función o la integridad corporal, que requiere atención médica inmediata.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 camas 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 40Kg/mt² o mayor de 35Kg/mt², 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 Neumónólogo; 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 Ulcero 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 temporomaxilar. 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 altamar, pesca submarina, motonáutica, navegación en aguas internacionales.

en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, fútbol americano, rugby, saltos ornamentales, paracaidismo, vuelo en ícaro, vuelo a vela, vuelo en globo, vuelo en parapente, vuelo en planeador, vuelo en ultraligero, velerismo, vuelo delta, coleo, competencia de equitación, polo, hipismo, rodeo, boxeo, lucha, artes marciales, jiu jitsu, viet vo dao, full contact, competencia de levantamiento de pesas, tiro, espeleología, alpinismo y escalada.

- j) 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 hiciere 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



recaudós 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 recaudós 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:

- Si alguno de los Asegurados dejase de depender económicamente del Asegurado Titular o cuando se termine la relación con él.
- 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.
- En caso de fallecimiento del Asegurado Titular o cuando éste dejase de pertenecer a la Población Asegurable.
- 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.

En _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

POR EL ASEGURADOR

EL TOMADOR

ARTÍCULO 5. La cobertura de Seguro Solidario de Maternidad se registrará por el siguiente Anexo:

ANEXO DE SEGURO SOLIDARIO DE MATERNIDAD

PÓLIZA DE SEGURO SOLIDARIO DE SALUD

ANEXO DE MATERNIDAD

Para ser adherido y formar parte integrante de la Póliza de Seguro Solidario de Salud N° _____ contratada por _____ emitida a favor de _____.

Mediante la emisión del presente Anexo, el Asegurador cubre los gastos por tratamiento médico y/o intervención quirúrgica, con ocasión de parto normal, cesárea y legrado uterino por aborto, sus consecuencias y complicaciones, hasta la suma asegurada contratada para esta cobertura y de conformidad con los términos y condiciones que se señalan en este documento. A su vez, el Tomador se obliga a pagar la prima solidaria adicional correspondiente conforme a la Cláusula 4. Pago de Primas Solidarias de las Condiciones Particulares de la Póliza de Seguro Solidario a la cual se adhiere el presente Anexo.

CLÁUSULA 1.- GASTOS AMPARADOS.

El Asegurador cubre el ciento por ciento (100%) de los gastos ocasionados durante la vigencia de la Póliza de Seguro Solidario, sujeto al costo razonable y hasta la suma asegurada contratada para esta cobertura, por concepto de parto normal, cesárea o legrado uterino por aborto, sus consecuencias y complicaciones, una vez transcurridos los plazos de espera previstos en el presente Anexo. La cobertura se extiende a los gastos por equipos especiales requeridos para el parto normal, cesárea o legrado uterino por aborto y a los originados por el niño sano al nacer, como son: retén, honorarios del pediatra e incubadora.

Asimismo, están cubiertos los gastos por consultas pre y post natal, hasta un máximo de doce (12) consultas, incluyendo los exámenes de laboratorios que pudieran requerirse en las referidas consultas, un (1) eco tridimensional, un (1) examen de amniocentesis, un máximo de cuatro (4) ecosonogramas y una (1) pelvimetría.

CLÁUSULA 2.- PERSONAS ASEGURABLES.

Es asegurable bajo la presente cobertura, el Asegurado Titular, la cónyuge o la mujer con quien el Asegurado Titular mantenga unión estable de hecho, la cual deberá estar indicada en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario.

CLÁUSULA 3.- PLAZOS DE ESPERA.

Los gastos por concepto de parto normal, cesárea o legrado uterino por aborto, sus consecuencias y complicaciones, están cubiertos una vez transcurridos los siguientes plazos, contados a partir de la fecha de comienzo del Anexo o su rehabilitación:

- Diez (10) meses para parto normal o cesárea.
- Tres (3) meses para legrado uterino por aborto.

Asimismo, para estar cubiertos los gastos por consultas prenatal y post-natal, exámenes de laboratorios que pudieran requerirse en las referidas consultas, eco tridimensional, examen de amniocentesis, ecosonogramas y pelvimetría, previstos en la Cláusula 1.- Gastos Amparados del presente Anexo, el estado de gravedad debe comenzar durante la vigencia del mismo.

CLÁUSULA 4.- CONDICIONES APLICABLES.

El presente Anexo, salvo lo dispuesto especialmente en su propio texto, se rige en todos sus efectos por las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de la Póliza a la cual se adhiere y si surgieren contradicciones entre los textos prevalecerán las condiciones de este documento. En caso de duplicidad de cobertura, los gastos amparados por la cobertura básica no serán objeto de cobertura por este Anexo.

En _____ a los _____ días del mes de _____ de _____.

POR EL ASEGURADOR

EL TOMADOR

ARTÍCULO 6. La Póliza de Seguro Solidario de Accidentes Personales se registrará por las siguientes Condiciones Particulares:

PÓLIZA DE SEGURO SOLIDARIO DE ACCIDENTES PERSONALES

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 este último lesiones corporales, la muerte o alguna invalidez.
- 2. 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.
- 3. MÉDICO:** Profesional de la medicina debidamente 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.

CLÁUSULA 2. COBERTURA.

Mediante la presente Póliza de Seguro Solidario, el Asegurador se compromete a amparar al Asegurado contra los riesgos indicados en la Cláusula 3. Riesgos Cubiertos de estas Condiciones Particulares y a pagar las prestaciones o los

gastos cubiertos, según sea el caso, hasta la suma asegurada contratada indicada en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario.

A los efectos de esta cobertura, el Asegurado Titular y el Asegurado identifican a la misma persona.

La suma asegurada y la prima solidaria serán determinadas de acuerdo con el valor de la Unidad Tributaria (U.T.) vigente para la fecha de la emisión o renovación de la Póliza de Seguro Solidario, según sea el caso.

CLÁUSULA 3. RIESGOS CUBIERTOS.

3.1. Muerte Accidental: Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por esta Póliza y dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha del mismo, al Asegurado le sobreviene la muerte, el Asegurador pagará la suma asegurada indicada en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario.

3.2. Invalidez Permanente: Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por esta Póliza y dentro del plazo de trescientos sesenta y cinco (365) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado sufre cualquier invalidez de las mencionadas en la Escala de Indemnizaciones, el Asegurador pagará la cantidad resultante de aplicar el porcentaje estipulado en la referida escala a la suma asegurada indicada en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario.

ESCALA DE INDEMNIZACIÓN	
Tipo de Invalidez	% de Indemnización
Enajenación mental incurable o pérdida de la conciencia.	100
Ceguera absoluta.	100
Pérdida total de la audición y del habla.	100
Lesiones incurables de la médula espinal que impida por completo el movimiento.	100
Pérdida o inutilización de ambos brazos, manos, piernas, pies, de un brazo o una mano y de una pierna o pie.	100
PÉRDIDA TOTAL O INUTILIZACIÓN ABSOLUTA	
Un ojo con disminución de la agudeza visual del otro en más de un 50%, siempre que ésta sea incorregible.	75
Un ojo con enucleación.	35
Un ojo sin enucleación.	25
Reducción de la visión de ambos ojos en más del 50%.	50
Sordera bilateral.	50
Sordera unilateral.	25
Trastornos graves en las articulaciones de ambos maxilares.	15
Del olfato o del gusto.	5
Del uso de la cadera.	30
Una de las piernas por encima de la rodilla.	60
Una de las piernas por debajo de la rodilla o de un pie.	50
Del uso de la rodilla.	25
Del dedo gordo del pie.	10
Cualquier otro dedo del pie.	5
Un brazo o una mano.	60
Un dedo pulgar.	20
Un dedo índice.	15
Un dedo medio.	10
Un dedo anular.	8
Un dedo meñique.	7
Del uso del hombro.	30

Por pérdida total o inutilización absoluta se entiende aquella que tiene lugar por la amputación o por la inhabilitación funcional total y definitiva del órgano lesionado.

Cuando la pérdida o inutilización sea parcial, la indemnización que hubiese correspondido por pérdida total o inutilización absoluta será disminuida en forma proporcional.

La invalidez no contemplada en la escala anterior, será indemnizada según su gravedad y en comparación con las mencionadas en la mencionada escala.

En caso de varias invalideces como consecuencia del mismo accidente, la indemnización resultante se calculará sumando los porcentajes correspondientes a cada invalidez, sin exceder la suma asegurada. Cuando el monto a indemnizar alcance o exceda el ochenta por ciento (80%), el Asegurador indemnizará la suma asegurada vigente al momento del accidente.

Cuando varios tipos de invalidez afecten a un mismo miembro u órgano, éstas no se acumularán entre sí y el Asegurador indemnizará el porcentaje correspondiente a la mayor invalidez.

La pérdida de miembros u órganos ya incapacitados antes del accidente será indemnizada en la medida que constituya una agravación de la invalidez anterior, siempre que los dictámenes médicos así lo demuestren, únicamente por la diferencia entre el grado de invalidez que presentare después y antes del accidente.

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

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

3.3. Gastos Médicos: Si como consecuencia directa y exclusiva de un accidente amparado por esta Póliza, dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del mismo, el Asegurado requiere atención médica u hospitalaria para el restablecimiento de su salud, el Asegurador pagará, hasta la suma asegurada indicada en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario, los gastos médicos incurridos por el Asegurado en una institución hospitalaria por la atención médica u hospitalaria, incluyendo los gastos por servicios de ambulancia y de farmacia.

La suma asegurada contratada para esta cobertura será aplicada por Asegurado, accidente y año Póliza.

CLAUSULA 4. PAGO DE PRIMAS SOLIDARIAS.

El Asegurador debe cobrar la prima solidaria anual en el plazo de diez (10) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la Póliza de Seguro Solidario. 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.

Si la prima solidaria anual 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 Póliza de Seguro Solidario.

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

CLÁUSULA 5. PLAZO DE GRACIA.

Se conceden treinta (30) días consecutivos de gracia para el pago de la prima solidaria anual de renovación, contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia anterior. 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.

CLÁUSULA 6.- SUBROGACION DE DERECHOS EN CASO DE GASTOS MÉDICOS.

El Asegurador queda subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto pagado por la cobertura de gastos médicos, 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, por el cónyuge o por la persona con quien mantenga unión estable de hecho, por otros parientes del Asegurado o las personas que conviven permanentemente con él o por las personas 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 éste

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 por la cobertura de gastos médicos que le otorga esta Póliza de Seguro Solidario, a menos que compruebe que el incumplimiento sea debido a una causa extraña no imputable a él.

CLÁUSULA 7. PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE LA COBERTURA.

En caso de siniestro ocurrido durante la vigencia de la Póliza de Seguro Solidario, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario hará la notificación al Asegurador dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento del siniestro. Una vez efectuada la notificación deberá suministrar al Asegurador, dentro de los treinta (30) días hábiles, como requisito para reclamar el pago correspondiente, la siguiente información o documentos en original y copia:

- a) Cédula de Identidad o Partida de Nacimiento del Asegurado afectado.
- b) Cédula de Identidad del Beneficiario. En caso de que los Beneficiarios sean niños, niñas o adolescentes, oficio mediante el cual el tribunal competente autorice a su representante legal a recibir el pago de la indemnización.
- c) Informe de las autoridades que intervinieron en el hecho, si fuere el caso.
- d) Informe escrito con todas las circunstancias relativas a la ocurrencia del siniestro.
- e) En caso de muerte, acta de defunción o certificado de defunción.
- f) En caso de invalidez permanente, certificado médico de incapacidad, especificando el grado de invalidez.
- g) Certificaciones médicas, facturas y récipes con indicación médica concerniente a los gastos médicos ocasionados.

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

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

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.

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

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

CLÁUSULA 8.- OTRA EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.

El Asegurador quedará relevado de toda responsabilidad sobre cualquier siniestro y el Beneficiario perderá todo derecho a indemnización si no se hiciera la reclamación o no se entregare la documentación exigida en los lapsos indicados en la Cláusula 7.- Procedimientos en Caso de Activación de la Cobertura, de estas Condiciones Particulares, a menos que el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario compruebe que dejó de realizarse por una causa extraña no imputable a él.

CLÁUSULA 9. EXCLUSIONES.

Esta Póliza no cubre los siniestros ocasionados como consecuencia de:

- a) 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.
- b) Participación activa del Asegurado en actos delictivos, motín, conmoción civil, disturbios populares, saqueos, disturbios laborales o conflictos de trabajo.
- c) 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.
- d) Radiación nuclear o sus consecuencias, fisión, fusión, radiaciones ionizantes o contaminación radiactiva.
- e) Suicidio o sus tentativas, así como las lesiones que el Asegurado se cause intencionalmente.

- f) Lesiones provocadas por el Asegurado por encontrarse bajo la influencia de alcohol o de drogas no prescritas médicamente.
- g) 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.
- h) Práctica del Asegurado de los siguientes deportes o actividades de alto riesgo: caza, automovilismo, motociclismo, motocross, karting, scooters, competencia de ciclismo, benji, buceo, submarinismo, esquí acuático, esquí en nieve, rafting, descensos de rápidos, surf, windsurf, remo, pesca en altamar, pesca submarina, motonáutica, navegación en aguas internacionales en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, fútbol americano, rugby, saltos ornamentales, paracaidismo, vuelo en ícaro, vuelo a vela, vuelo en globo, vuelo en parapente, vuelo en planeador, vuelo en ultraligero, velerismo, vuelo delta, coleo, competencia de equitación, polo, hipismo, rodeo, boxeo, lucha, artes marciales, jiu jitsu, viet vo dao, full contact, competencia de levantamiento de pesas, tiro, espeleología, alpinismo y escalada.
- i) Viajes aéreos que no sean realizados en líneas regulares y comerciales.

CLÁUSULA 10. BENEFICIARIOS.

El Asegurador pagará las indemnizaciones que correspondan conforme con esta Póliza:

- a) En caso de fallecimiento del Asegurado, al Beneficiario designado. El Beneficiario debe ser identificado en forma inequívoca y que haga posible su diferenciación de otra persona o del resto de los Beneficiarios. Igualmente deberá indicarse la proporción en la cual concurrirá en el importe de la prestación convenida. Si hubiere inexactitud o error en el nombre de algún Beneficiario que haga imposible su identificación, dará derecho a acrecer la prestación convenida a favor de los demás Beneficiarios designados.

Si alguno de los Beneficiarios designados falleciera antes o simultáneamente con el Asegurado, la parte correspondiente a éstos se repartirá, en partes iguales, entre los restantes y si todos han fallecido se pagará a los únicos y universales herederos del Asegurado.

De no existir Beneficiarios designados o, en caso de inexactitud o error en el nombre del Beneficiario único que haga imposible su identificación, el Asegurador pagará la suma asegurada en partes iguales a los herederos legales del Asegurado, quedando el Asegurador exento de toda responsabilidad para con las personas que se presenten como únicos y universales herederos con posterioridad al pago de la indemnización prevista en esta Póliza.

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

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

b) En caso de invalidez permanente, al Asegurado o al Beneficiario designado en caso de su fallecimiento, siempre que el Asegurado se encuentre incapacitado para recibir el pago.

c) En caso de gastos médicos, a la persona que demuestre haber efectuado el gasto.

CLÁUSULA 11. PÉRDIDA DE LA CUALIDAD DE BENEFICIARIO.

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

CLÁUSULA 12. CAMBIO DE BENEFICIARIO.

A efectos de la cobertura de muerte accidental, el Asegurado tiene derecho durante la vigencia de la presente Póliza de Seguro Solidario, a designar nuevos Beneficiarios y a modificar los porcentajes de participación, mediante notificación por escrito al Asegurador y éste emitirá el respectivo Anexo a la Póliza haciendo constar el cambio solicitado.

CLÁUSULA 13.- OTROS SEGUROS.

El Tomador debe notificar por escrito al Asegurador la tenencia o contratación de cualquier otro seguro de accidentes personales a su nombre, en un plazo de cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que hubiera tenido conocimiento de la ocurrencia del siniestro.

El incumplimiento de este deber, sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que el Asegurador pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

Cuando el Asegurado se encuentre amparado por varios seguros que amparen los mismos riesgos de la cobertura de gastos médicos, 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 14.- PERITAJE.

Cuando el Asegurado o el Beneficiario no esté de acuerdo con el monto de la indemnización, la calificación o la evaluación de una invalidez, podrá someterse al siguiente procedimiento:

- Nombrar por escrito un Perito de común acuerdo entre las partes.
- En caso de desacuerdo sobre la designación del Perito único, se nombrarán por escrito dos (2) Peritos, uno (1) por cada parte, en el plazo de un (1) mes calendario a partir del día en que una de las partes la haya requerido a la otra.
- Si el Asegurado o el Beneficiario se negare a designar o dejare de nombrar el Perito en el plazo estipulado, se entenderá desistido el procedimiento y el monto de la indemnización, la calificación o la evaluación de la invalidez, será la determinada por el Asegurador.
- Si el Asegurador se negare a designar el Perito, corresponderá al Superintendente de la Actividad Aseguradora su nombramiento.
- Si los dos Peritos no llegaren a un acuerdo, el o los puntos de discrepancia serán sometidos al fallo de un tercer Perito nombrado por ellos, por escrito, y su apreciación agotará este procedimiento. En caso de desacuerdo, el tercer perito será nombrado por el Superintendente de la Actividad Aseguradora.

Los Peritos deberán dar su fallo por escrito dentro de un período de un (1) mes después de haber aceptado la designación. Los Peritos harán sus evaluaciones ateniéndose a la Escala de Indemnizaciones inserta en esta Póliza y a las condiciones de la misma. Los gastos de peritaje serán sufragados en partes iguales por el Asegurador y el Asegurado, a falta de éste por sus Beneficiarios o herederos legales.

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

Se entiende por Perito, un médico con experiencia en la materia que originó el peritaje.

En _____ a los _____ días del mes de _____ de _____.

POR EL ASEGURADOR

EL TOMADOR

ARTÍCULO 7. La Póliza de Seguro Solidario Funerario, se regirá por las siguientes Condiciones Particulares:

PÓLIZA DE SEGURO SOLIDARIO FUNERARIO

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:

- FUNERARIAS:** Empresa autorizada para suministrar los servicios funerarios al Asegurado.
- 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.

CLÁUSULA 2.- COBERTURA.

El Asegurador se compromete a pagar en caso de fallecimiento del Asegurado, ocurrido durante la vigencia de la Póliza y amparado por la misma, la suma asegurada indicada en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario, conforme con lo indicado en la Cláusula 10.- Procedimiento en caso de Activación de Cobertura, de estas Condiciones Particulares.

CLÁUSULA 3.- SERVICIOS FUNERARIOS.

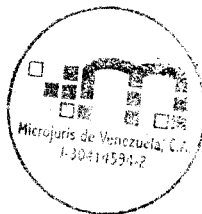
A los efectos de esta Póliza, se consideran servicios funerarios los gastos referentes a:

- Beneficios por Cremación:**
 - Beneficios Básicos.
 - Servicio de Cremación.

- Bendición y encoframiento de las cenizas.
- Nicho de columbario en las localidades donde esté disponible.

2. Beneficios por Inhumación:

- Beneficios Básicos.
- Ataúd.
- Gastos del Servicio de Inhumación.
- Derechos de lápida.
- Parcela en un cementerio.



Se entenderán por **Beneficios Básicos** los siguientes gastos por servicios funerarios:

- Preparación y arreglo del fallecido.
- Servicio de Capilla (máximo 24 horas).
- Servicio de Cafetín.
- Una (1) Habitación de descanso.
- Oficios religiosos.
- Un (1) Arreglo Floral.
- Carroza fúnebre para el traslado del fallecido al lugar donde se efectuará el velorio.
- Carroza fúnebre para el sepelio.
- Dos (2) carros de acompañamiento para el sepelio.
- Traslado del difunto dentro del territorio nacional, desde el lugar del fallecimiento hasta el lugar donde se prestará el servicio funerario.
- Traslado de implementos funerarios al domicilio en caso de no utilizar la sala velatoria de la funeraria.
- Asesoramiento al Asegurado o a sus familiares en las diligencias de Ley para la obtención del Certificado y Partida de Defunción, Permisos de Prefectura y Sanidad en caso de utilizar los servicios de asistencia funeraria ofrecidos por el Asegurador.

CLÁUSULA 4.- PAGO DE PRIMAS SOLIDARIAS.

El Asegurador debe cobrar la prima solidaria anual en el plazo de diez (10) días continuos contados a partir de la fecha de inicio de la Póliza de Seguro Solidario. De ocurrir algún siniestro en ese plazo, se aplicarán las siguientes reglas:

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

Si la prima solidaria anual 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 Póliza de Seguro Solidario.

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

CLÁUSULA 5.- PLAZO DE GRACIA

Se conceden treinta (30) días consecutivos de gracia para el pago de la prima solidaria anual de renovación, contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia anterior. 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:

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

CLÁUSULA 6. EXCLUSIONES.

Esta Póliza no cubre el fallecimiento del Asegurado producido por o relacionado con:

- 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.
- Radiación nuclear o sus consecuencias, fisión, fusión, radiaciones ionizantes o contaminación radiactiva.
- Las actividades realizadas en el servicio militar.

CLAUSULA 7.- PLAZOS DE ESPERA.

Estará cubierto el fallecimiento como consecuencia de enfermedad, que ocurra después de un (1) mes contado a partir del inicio de la Póliza, la rehabilitación o la inclusión del Asegurado en la misma.

En caso de fallecimiento como consecuencia de accidentes, no aplicará el plazo indicado.

CLÁUSULA 8.- SUICIDIO.

En caso de suicidio del Asegurado ocurrido antes de que hubiese pasado un (1) año desde la celebración del contrato, de su rehabilitación o de la incorporación del Asegurado en el mismo, el Asegurador no pagará la prestación convenida.

CLÁUSULA 9.- INDISPUTABILIDAD.

El Asegurador no podrá impugnar este contrato una vez transcurrido el plazo de un (1) año, contado a partir de la fecha de su celebración, salvo que el Tomador o el Asegurado haya actuado con dolo o mala fe, caso en el cual, el

Asegurador quedará liberado del pago de la prestación y/o de la devolución de prima solidaria no consumida.

CLÁUSULA 10.- PROCEDIMIENTO EN CASO DE ACTIVACIÓN DE LA COBERTURA.

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, cualquier persona interesada debe notificarlo al Asegurador en un plazo máximo de cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha en que tenga conocimiento de la ocurrencia del hecho.

Una vez efectuada la notificación, el Asegurador realizará todos los trámites necesarios para la prestación de los servicios a través de Funerarias, pagando directamente a éstas el costo de los servicios funerarios prestados al Asegurado fallecido. Al efecto, el interesado deberá consignar al Asegurador como requisito obligatorio para otorgar el servicio, los recaudos en original y copia, que se indican a continuación:

- Cédula de identidad o partida de nacimiento del Asegurado fallecido.
- Acta o Certificado de Defunción del Asegurado fallecido.

El Asegurador utilizará todos los mecanismos necesarios para que el servicio funerario sea prestado de forma inmediata.

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

- Cédula de identidad o partida de nacimiento del Asegurado fallecido.
- Acta o Certificado de Defunción del Asegurado fallecido.
- Facturas de los gastos por servicios funerarios prestados y pagados a las Funerarias.

El Asegurador no reembolsará a la persona que haya efectuado el pago de gastos por servicios funerarios, los montos que hayan sido previamente cubiertos por cualquier otra póliza de seguro o contrato funerario.

Cuando los servicios funerarios sean prestados fuera de la República Bolivariana de Venezuela, las facturas deberán ser traducidas al idioma castellano, si fuere el caso, y estar selladas por el respectivo Consulado o Embajada de la República Bolivariana de Venezuela.

Si existiere un remanente entre la suma asegurada y los gastos reembolsados por los servicios funerarios incurridos, los Beneficiarios designados deberán solicitar al Asegurador, en un plazo no mayor de sesenta (60) días hábiles siguientes al fallecimiento, el pago de la suma asegurada o del eventual remanente, según sea el caso, consignando los siguientes recaudos en original y copia:

- Cédula de identidad o partida de nacimiento del Asegurado fallecido.
- Acta o Certificado de Defunción del Asegurado fallecido.
- Cédula de Identidad del Beneficiario. En caso de que los Beneficiarios sean niños, niñas o adolescentes, oficio mediante el cual el tribunal competente autorice a su representante legal a recibir el pago de la indemnización.

El pago se efectuará a los Beneficiarios designados en la Solicitud de Seguros Solidarios. El Beneficiario debe ser identificado en forma inequívoca y que haga posible su diferenciación de otra persona o del resto de los Beneficiarios. Igualmente deberá indicarse la proporción en la cual

concurrirá en el importe de la prestación convenida. Si hubiere inexactitud o error en el nombre de algún Beneficiario que haga imposible su identificación, dará derecho a acrecer la prestación convenida a favor de los demás Beneficiarios designados.

Si alguno de los Beneficiarios designados falleciera antes o simultáneamente con el Asegurado, la parte correspondiente a éstos se repartirá, en partes iguales, entre los restantes y si todos han fallecido se pagará a los únicos y universales herederos del Asegurado.

De no existir Beneficiarios designados o en caso de inexactitud o error en el nombre del Beneficiario único que haga imposible su identificación, el Asegurador pagará la suma asegurada en partes iguales a los herederos legales del Asegurado, quedando el Asegurador exento de toda responsabilidad para con las personas que se presenten como únicos y universales herederos con posterioridad al pago de la indemnización prevista en esta Póliza.

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

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

Queda entendido que el Asegurado Titular es el Beneficiario de sus Dependientes.

CLÁUSULA 11. PÉRDIDA DE LA CUALIDAD DE BENEFICIARIO.

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

CLÁUSULA 12. CAMBIO DE BENEFICIARIO.

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

CLÁUSULA 13.- OTRA EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.

El Asegurador quedará relevado de toda responsabilidad sobre cualquier siniestro y el Beneficiario y/o la persona interesada perderá todo derecho a prestación, si no hiciere la reclamación o no entregare la documentación exigida en los lapsos indicados en la Cláusula 10.- Procedimientos 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 14.- 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 15. 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.

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 prestación del servicio funerario se efectuará en el territorio de la República Bolivariana de Venezuela, independientemente del lugar donde ocurra el fallecimiento del Asegurado.

En _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

POR EL ASEGURADOR EL TOMADOR

ARTÍCULO 8. Las tarifas aplicables a los Seguros Solidarios son las siguientes:

TARIFA DE SEGURO SOLIDARIO DE SALUD AÑO 2012

EDADES (AÑOS)	SUMA ASEGURADA (Bs.)				PRIMA SOLIDARIA (Bs.)			
	30.000,00				ANUAL	SEMESTRAL	TRIMESTRAL	MENSUAL
00-65	2.889	1.445	722	241				
66-70	3.756	1.878	939	313				
71-75	4.334	2.167	1.083	361				
76-80	5.056	2.528	1.264	421				
81-85	5.778	2.889	1.445	482				
86-90	6.501	3.250	1.625	542				
91 y más	7.223	3.611	1.806	602				

TARIFA DE SEGURO SOLIDARIO DE MATERNIDAD AÑO 2012

ASEGURADA	SUMA ASEGURADA (Bs.)				PRIMA SOLIDARIA (Bs.)			
	15.000,00				ANUAL	SEMESTRAL	TRIMESTRAL	MENSUAL
Titular o Cónyuge	2.925	1.463	731	244				

TARIFA DE LA PÓLIZA DE SEGURO SOLIDARIO DE ACCIDENTES PERSONALES

COBERTURAS	U.T.	
	Muerte Accidental	789,48
	Invalidez Permanente	789,48
PRIMA SOLIDARIA GLOBAL	Gastos Médicos	78,95
	Anual	1,52

La suma asegurada y la prima solidaria serán determinadas de acuerdo con el valor de la Unidad Tributaria (U.T.) vigente para la fecha de la emisión o renovación de la Póliza de Seguro Solidario, según sea el caso.

TARIFA DE SEGURO SOLIDARIO FUNERARIO

SUMA ASEGURADA (U.T.)	PRIMA SOLIDARIA ANUAL (U.T.)
263,16	0,59

Primas y sumas aseguradas por persona.

ARTÍCULO 9. Se aprueban con carácter general y uniforme los siguientes modelos de documentos que forman parte integrante de las Pólizas de Seguros Solidarios:

LOGO EMPRESA DE SEGUROS

Solicitud de Seguro Solidario de Salud

Nº DE PÓLIZA:

☐ Emisión ☐ Inclusión

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR - TOMADOR

Primer apellido: Segundo apellido o de casada:

Primer nombre: Segundo nombre:

Nº de Cédula de Identidad / Pasaporte: Sexo: ☐ V ☐ E ☐ Femenino ☐ Masculino Estado civil: ☐ S ☐ C ☐ D ☐ V ☐ Otro:

Fecha de nacimiento: Edad: Lugar de nacimiento: Nacionalidad:

Peso (kg): Estatura (cm): Deportes que practica:

Población asegurable (seleccionar sólo una): ☐ Jubilado(a) ☐ Pensionado(a) ☐ Adulto(a) mayor de 60 años ☐ Discapacitado(a) ☐ Con enfermedad física ☐ Con enfermedad mental ☐ Otro, Especifique:

(Sus ingresos mensuales superan el equivalente a 25 U.T.): ☐ SI ☐ No Indique Monto:

Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo): Descripción de la actividad: ☐ Empleado ☐ Socio ☐ Independiente

Profesión: Oficina u ocupación:

Ingreso promedio anual esperado:

Dirección de habitación calle/avenida: Urbanización/sector: Casa/Edificio:

Piso: Apartamento Nº: Ciudad: Municipio:

Estado: Código postal: Teléfono habitación: Teléfono celular:

Dirección de correo electrónico personal:

Dirección de trabajo: Ciudad:

Municipio: Estado: Código postal: Teléfono oficina: FAX:

Dirección de correo electrónico laboral:

Si posee un contrato de HCM o salud con otra empresa, responda lo siguiente:

Empresa: N° contrato: Monto de la cobertura: Deductible: Tipo de póliza: ☐ Individual ☐ Colectiva ☐ Solidaria ☐ Individual ☐ Colectiva ☐ Solidaria ☐ Individual ☐ Colectiva ☐ Solidaria

DECLARACIONES

En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de éste, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia, con el propósito de aminorar el riesgo, en el entendido que ésta servirá de base a [NOMBRE DE LA EMPRESA DE SEGUROS] para la emisión de la póliza y el cobro de la prima. Los riesgos empezarán a correr por cuenta del Asegurado a partir de la fecha indicada en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario.

Autorizo a [NOMBRE DE LA EMPRESA DE SEGUROS] para solicitar a las instituciones hospitalarias y a los médicos, cualquier información relacionada con mi historia clínica y las de mis Dependientes; asimismo, para verificar la documentación probatoria de mi condición de Población Asegurable.

Finalmente, como Tomador, doy fe que los recursos utilizados para el pago de la prima del presente seguro proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de la actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas.

Esta solicitud formará parte integrante de la póliza y el Asegurado estará obligado a entregar una copia al Tomador al momento del pago de la prima solidaria, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Anexo de Maternidad, si correspondiere, el Cuadro Recibo de Seguro Solidario y demás documentos que formen parte del contrato.

En _____, a los _____ del mes de _____ de _____

El Tomador debe estampar la huella dactilar del pulgar de la mano derecha o, en su defecto, de la mano izquierda.

Huella dactilar del pulgar del Tomador

Tomador / Beneficiario
Nombre
Código de Identidad IN

Representante Legal (en caso que lo requiera)
Nombre
Código de Identidad IN

Intermediario de Seguros
Nombre
Código de Venta

SÓLO PARA USO DEL ASEGURADOR		
CAUSAS DE RECHAZO DE LA SOLICITUD DE EMISIÓN DE LA PÓLIZA		
Firma del representante de la empresa de seguros:	Sello:	Fecha:

[FIRMA DE LA EMPRESA DE SEGUROS], inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el No. [NÚMERO DE INSCRIPCIÓN] REP. [REPUBLICA COMPLETA DE REP.]
[DIRECCIÓN DEL SEGURO] (CIUDAD) - Venezuela. Teléfono Fianes: [TELÉFONO], www.[DIRECCIÓN PAGINA WEB].com

de Venezuela, C.A.
014554-2

[NOMBRE DE LA EMPRESA]	
En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de ésta, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia, con el propósito de aminorar el riesgo, en el entendido que ésta servirá de base a [NOMBRE DE LA EMPRESA DE SEGUROS] para la emisión de la póliza y el cobro de la prima. Las riesgos empezarán a correr por cuenta del Asegurador a partir de la fecha indicada en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario. Autorizo a [NOMBRE DE LA EMPRESA DE SEGUROS] para solicitar a las instituciones hospitalarias y a los médicos, cualquier información relacionada con mi historia clínica; asimismo, para verificar la documentación probatoria de mi condición de Población Asegurable. Finalmente, como Tomador, doy fe que los recursos utilizados para el pago de la prima del presente seguro provienen de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o frutos producto de las actividades e estancias derivadas de aprehensiones ilícitas. Esta solicitud formará parte integrante de la póliza y el Asegurador estará obligado a entregar una copia al Tomador al momento del pago de la prima solidaria, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Anexo de Maternidad, si correspondiere, el Cuadro Recibo de Seguro Solidario y demás documentos que formen parte del contrato. En _____, a los _____ del mes de _____ de _____ El Tomador debe estampar la huella dactilar del pulgar de la mano derecha o, en su defecto, de la mano izquierda. Huella dactilar del pulgar del Tomador NOMBRE _____ Código de Identificación FECHA _____ Código de Seguridad NOMBRE _____ Código y Sexo	

Dirección de cobro:							
☐ Habitación	☐ Oficina	☐ Otro: Especificar:					
Forma de pago:							
☐ Anual	☐ Semestral	☐ Trimestral	☐ Mensual				
Si desea que se realice el cobro por medio de domiciliación bancaria indicar Nº de cuenta y Banco correspondiente:							
Si desea que se realice el cobro con cargo a tarjeta de crédito indicar Nº de tarjeta y Banco correspondiente:							
PAGO DE SEGURO ANTILASAL (INCENDIO Y LAZAROS)							
Apellidos y nombres:		Nº Cédula de Identidad / Pasaporte: IV CF					
Dirección de habitación/Calle/Avenida:		Urbanización/Sector:					
Cms./Edificio:	Piso:	Apartamento Nº:	Ciudad: Estado: Código postal:				
Teléfono de habitación: ()	Teléfono celular: ()		Teléfono de oficina: ()				
NAC: ()	Dirección de correo electrónico:						
SEGURO INCENDIO Y LAZAROS							
Puesto actual/ant.		BOMBA ASEGURADA					
Involucros permanentes							
Gastos médicos							
DETALLE DE PARTICIPACIÓN EN EL SEGURO ANTILASAL TITULAR							
Nº	Apellidos y Nombres	Nº de Participación	Porcentaje	Año(s) de seguro			% Participación
				2011	2012	2013	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
Total participaciones de asegurado: 100%							

(*) La sumatoria de los porcentajes de participación debe ser igual al 100%.

INSTITUTO VENEZOLANO DE SEGUROS Y REASEGUROS CALLE DE LOS RÍOS 1501 LA VILLA DE LOS RÍOS, P.O. BOX 10000, CARACAS, VENEZUELA		
Firma del Representante de la Empresa de Seguros: _____	Fecha: _____	Página: _____

[NOMBRE DE LA EMPRESA DE SEGUROS], inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el No. [NÚMERO DE INSCRIPCIÓN], RIF No. _____
 [NÚMERO CONTRATO DE SE]

DIRECCIÓN DEL SEGURO, [CIUDAD] - Venezuela, Teléfono Número: [TELÉFONO], email: [DIRECCIÓN ELECTRÓNICA]

A	B	C	D	E	F	G	H

(*) La sumatoria de los porcentajes de participación deben corresponder al 100% del porcentaje total, en caso contrario, esta será repartida proporcionalmente entre el número total de beneficiarios de la póliza. Si el Titular de la póliza desea efectuar modificaciones a los porcentajes de participación asignados, deberá especificar la nueva distribución en base a lo requerido para cada beneficiario.

En mi carácter de solidario de la póliza o en representación de ésta, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia, con el propósito de minimizar el riesgo, en el entendido que ésta servirá de base a [NOMBRE DE LA EMPRESA DE SEGUROS] para la emisión de la póliza y el cobro de la prima. Los riesgos empezarán a correr por cuenta del Asegurador a partir de la fecha indicada en el Cuadro Recibo de Seguro Solidario.

Autorizo a [NOMBRE DE LA EMPRESA DE SEGUROS] para solicitar a las instituciones hospitalarias y a los médicos, cualquier información relacionada con mi historia clínica y las de mis Dependientes; así mismo, para verificar la documentación probatoria de mi condición de Población Asegurable.

Finalmente, como Tomador, doy fe que los recursos utilizados para el pago de la prima del presente seguro proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o frutos producto de la actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas.

Esta solicitud formará parte integrante de la póliza y el Asegurador estará obligado a entregar una copia al Tomador al momento del pago de la prima solidaria, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Anexo de Maternidad, si correspondiere, el Cuadro Recibo de Seguro Solidario y demás documentos que forman parte del contrato.

En _____, a los _____ del mes de _____ de _____

☒ Tomador debe estampar la huella dactilar del pulgar de la mano derecha o, en su defecto, de la mano izquierda.

Nombre completo (Apellido, Nombre y Primer Apellido)

Código de Identificación (CI)

Nombre

Código de Identificación (CI)

Nombre

Hijo(a) y Sexo

LOGO EMPRESA DE SEGUROS		
Cuadro Recibo de Seguro Solidario de Salud		
Tipos de movimiento: ☐ Emisión ☐ Renovación ☐ Inclusión		
DATOS DEL ASEGURADO TITULAR/TOMADOR:		
Nombre(s) y apellido(s): _____		
Nº de cédula de identidad / Pasaporte: ☐ V ☐ E		
Dirección de domicilio: _____ Ciudad: _____		
Municipio: _____	Estado: _____	Zona postal: _____ Teléfono(s): _____
Dirección de cobro: _____ Ciudad: _____		
Municipio: _____	Estado: _____	Zona postal: _____ Teléfono(s): _____
ASEGURADOR/DEPENDIENTE:		
Nº R.U.S.S.	Nombre(s) y apellido(s)	Cédula de identidad
		Parentesco
		Fecha de nacimiento
		Sexo
		Fecha de inclusión
COBERTURAS:		
Nombre(s) y apellido(s)	Coberturas contratadas	Suma asegurada
		Prima anual
		Prima según frecuencia o forma de pago
Forman parte de la póliza las siguientes cláusulas y/o anexos: _____		
Total a pagar: _____ Frecuencia o forma de pago: _____ Nº control: _____		
DATOS DE LA PÓLIZA:		
Número de póliza: _____ Sucursal de emisión: _____		
Sucursal de movimiento: _____ Fecha de emisión: _____ Fecha de movimiento: _____ Fecha de vigencia póliza: _____		
Desde (a las 12:00 H): _____ Hasta (a las 12:00 H): _____		

LOGO EMPRESA DE SEGUROS		
Cuadro Recibo de Seguro Solidario de Accidentes Personales		
Tipos de movimiento: ☐ Emisión ☐ Renovación		
DATOS DEL ASEGURADO TITULAR/TOMADOR:		
Nombre(s) y apellido(s): _____		
Nº de cédula de identidad / Pasaporte: ☐ V ☐ E		
Dirección de domicilio: _____ Ciudad: _____		
Municipio: _____	Estado: _____	Zona postal: _____ Teléfono(s): _____
Dirección de cobro: _____ Ciudad: _____		
Municipio: _____	Estado: _____	Zona postal: _____ Teléfono(s): _____
COBERTURAS:		
Coberturas	Suma asegurada	
Muerte accidental		
Invalidez permanente		
Gastos médicos		
Total prima anual: _____		
Total a pagar: _____	Frecuencia o forma de pago: _____	Nº control: _____
Número de póliza: _____ Sucursal de emisión: _____		
Sucursal de movimiento: _____ Fecha de emisión: _____ Fecha de movimiento: _____ Fecha de vigencia póliza: _____		
Desde (a las 12:00 H): _____ Hasta (a las 12:00 H): _____		
DATOS DEL RECIBO:		
Número de recibo: _____ Intermediario: _____ Código: _____		
Vigencia del recibo: _____ Desde (a las 12:00 H): _____ Hasta (a las 12:00 H): _____		
Prima total a cobrar B.s.: _____ Frecuencia o forma de pago: _____		
Medio de Pago: _____		
☐ Efectivo		
☐ Cheque, Nº cheque: _____ Banco: _____		
☐ Transferencia, Nº recibo: _____ Banco: _____		
☐ Tarjeta de crédito, Nº: _____ Banco: _____		
☐ Tarjeta de débito, Nº: _____ Banco: _____		
☐ Domiciliación Nº de cuenta/tarjeta: _____ Banco: _____		

Este Cuadro Recibo de Seguro Solidario será entregado al Tomador al momento del pago de la prima solidaria, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Anexo de Maternidad, el correspondiente, copia de la Solicitud de Seguro Solidario y demás documentos que forman parte del contrato. Esta obligación no procederá en los casos en que los referidos documentos hayan sido previamente entregados.

Nombre: _____	Apellido: _____
---------------	-----------------

LOGO EMPRESA DE SEGUROS
Cuadro Recibo de Seguro Solidario de Accidentes Personales
Tipos de movimiento: Emisión Renovación
DATOS DEL ASEGURADO TITULAR/TOMADOR:
Nombre(s) y apellido(s):
Nº de cédula de identidad / Pasaporte: V E
Dirección de domicilio: Ciudad:
Municipio: Estado: Zona postal: Teléfono(s):
Dirección de cobro: Ciudad:
Municipio: Estado: Zona postal: Teléfono(s):
COBERTURAS:
Coberturas Suma asegurada
Muerte accidental
Invalidez permanente
Gastos médicos
Total prima anual:
Total a pagar: Frecuencia o forma de pago: Nº control:
Número de póliza: Sucursal de emisión:
Sucursal de movimiento: Fecha de emisión: Fecha de movimiento: Fecha de vigencia póliza:
Desde (a las 12:00 H): Hasta (a las 12:00 H):
DATOS DEL RECIBO:
Número de recibo: Intermediario: Código:
Vigencia del recibo: Desde (a las 12:00 H): Hasta (a las 12:00 H):
Prima total a cobrar B.s.: Frecuencia o forma de pago:
Medio de Pago:
Efectivo
Cheque, Nº cheque: Banco:
Transferencia, Nº recibo: Banco:
Tarjeta de crédito, Nº: Banco:
Tarjeta de débito, Nº: Banco:
Domiciliación Nº de cuenta/tarjeta: Banco:



Observaciones:

Este Cuadro Recibo de Seguro Solidario será entregado al Tomador al momento del pago de la prima solidaria, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, copia de la Solicitud de Seguro Solidario y demás documentos que formen parte del contrato. Esta obligación no procederá en los casos en que los referidos documentos hayan sido previamente entregados.

Firma	Sello

(NOMBRE DE LA EMPRESA DE SEGUROS), inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el No. (NUMERO DE INSCRIPCION) REP No. (PAISES COMPLETO DE REP)
(DIRECCION DEL SEGURO, CIUDAD) - Venezuela, Teléfono Número (TEL.FONOS), www.DIRECCION CAMERA MARIANA URL:www

Observaciones:

[illegible]

LOGO EMPRESA DE SEGURO	Declaración de Reclamo de Seguro Solidario	N° de PÓLIZA: N° de RECLAMO: N° R.U.S.A. DEL TITULAR:
☐ Salud ☐ Accidente personales ☐ Funerario		
DATOS DEL ASEGURADO / TITULAR / COMODATARIO		
Primer apellido:	Segundo apellido o de casada:	
Primer nombre:	Segundo nombre:	
N° de cédula de Identidad / Pasaporte: ☐ V ☐ E	Fecha de nacimiento:	
Datos del Asegurado afectado		
Primer apellido:	Segundo apellido o de casada:	
Primer nombre:	Segundo nombre:	
N° de cédula de Identidad / Pasaporte: ☐ V ☐ E	Estado civil: ☐ S ☐ C ☐ D ☐ V ☐ Ove:	
Parentesco con el Asegurado Titular:	Otro, especifique:	
☐ Cónyuge ☐ Hijo(s) ☐ Padre(s) ☐ Otro, especifique:		
Dirección de habitación calle/Avenida:		Urbanización/Sector:
Casa / Edificio:	Piso: Apartamento N°:	Ciudad:
Municipio:	Estado:	Código postal:
Teléfono habitación:	Teléfono celular:	Teléfono oficina:
		FAX:
Dirección de correo electrónico personal:		
Dirección de correo electrónico laboral:		
DATOS DEL RECLAMO		
Fecha de ocurrencia del hecho:	Hora:	Lugar de la ocurrencia del hecho:
☐ a.m. ☐ p.m.		
Causa de la reclamación: ☐ Enfermedad ☐ Maternidad ☐ Accidente ☐ Fallecimiento		
Descripción del hecho (En caso de accidente indicar la autoridad que actuó en el suceso, si así fuera):		
DATOS DE OTROS CONTRATOS QUE AMPLIARÁN EL MISMO RIESGO		
El Asegurado afectado se encuentra amparado por otro seguro o plan: ☐ Si ☐ No		
Empresa:	N° Contrato:	Monte de la cobertura:
Título del contrato:	N° de cédula de Identidad / Pasaporte: ☐ V ☐ E	
¿Está actualmente tramitando una solicitud por concepto de reembolso en otro Empresa? ☐ Si ☐ No		
En caso afirmativo indique: Nombre de la empresa:		Fecha de tramitación:

deben concertar con los proveedores de servicios legalmente autorizados, procedimientos y compromisos que permitan la adecuada y rápida prestación de los mismos.

ARTÍCULO 16. Las empresas de seguros conjuntamente con las instituciones hospitalarias procurarán convenir un baremo único de costos solidarios derivados de la activación de la Póliza de Seguros Solidario de Salud, con la intervención de los organismos del Estado competentes.

ARTÍCULO 17. Una persona no podrá figurar como asegurado, titular o dependiente, en más de una Póliza de Seguro Solidarios del mismo ramo, en la misma empresa de seguros o en cualquier otra.

ARTÍCULO 18. A fin de demostrar la condición de asegurabilidad, el solicitante deberá presentar lo siguiente:

- 18.1. Jubilados y Jubiladas, el acto administrativo que acuerda el beneficio de jubilación;
- 18.2. Pensionados y pensionadas, la resolución emanada del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (I.V.S.S.) que la acuerda;
- 18.3. Adultos y adultas mayores, mediante la presentación de la cédula de identidad;
- 18.4. Personas con discapacidad, mediante la presentación de la certificación de discapacidad emitida por el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS), adscrito al Ministerio del Poder Popular con competencia en materia de las Comunas y Protección Social;
- 18.5. Personas con enfermedades físicas, mediante la presentación del informe médico que avale la referida condición, certificado por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (I.V.S.S.);
- 18.6. Personas con enfermedades mentales: mediante la presentación del informe médico que avale esta condición, certificado por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (I.V.S.S.).

El asegurador no estará obligado a renovar la Póliza de Seguro Solidario, cuando el asegurado titular no demuestre su condición de vulnerabilidad o de bajos ingresos dentro del mes anterior a la conclusión del período de vigencia de la Póliza en curso.

ARTÍCULO 19. Las empresas de seguros no podrán condicionar la contratación de una Póliza de Seguro Solidario a la suscripción de otra Póliza de Seguro Solidario o no.

Las empresas de seguros no podrán negarse a suscribir o renovar las Pólizas de Seguros Solidarios, si el Tomador cumple con las condiciones establecidas en el contrato, salvo que se haya comprobado la mala fe del Tomador.

ARTÍCULO 20. Las presentes Normas entrarán en vigencia a partir de los ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha de su publicación en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

Publíquese.

JOSE LUIS PEREZ
Superintendente de la Actividad Aseguradora
Resolución No. 89.360 de fecha 03 de febrero de 2010
G.O.R.B.V. No. 89.360 de fecha 03 de febrero de 2010

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE PLANIFICACIÓN Y FINANZAS

SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Nº FSAA- 002993 Caracas, 11 SEP 2011

2010 y 1520



El Superintendente de la Actividad Aseguradora, en uso de las atribuciones conferidas en los artículos 5 (numeral 2), 7 (numerales 2 y 8), 134 y 135 de la Ley de la Actividad Aseguradora, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Nº 5.990 Extraordinario del 29 de julio de 2010, reimpresa en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela Nº 39.481 de fecha 05 de agosto de 2010, considerando la importancia de regular de manera inmediata los aportes sociales de la actividad aseguradora, entendiéndose entre estos como la suscripción de los Seguros Solidarios de Salud, Accidentes Personales y Funerarios, dicta las siguientes:

NORMAS QUE ESTABLECEN EL NÚMERO MÍNIMO DE PÓLIZAS DE SEGUROS ASIGNADAS A LAS EMPRESAS DE SEGUROS PARA LA COMERCIALIZACIÓN DE LOS SEGUROS SOLIDARIOS DE SALUD, ACCIDENTES PERSONALES Y FUNERARIOS

ARTÍCULO 1. Las presentes normas tienen por objeto establecer el número mínimo de Pólizas de Seguros Solidarios de Salud, Accidentes Personales y Funerarios que las empresas de seguros están obligadas a suscribir y mantener durante el año 2012. Para los períodos subsiguientes la Superintendencia de la Actividad Aseguradora dictará el correspondiente acto administrativo.

2 SEP 10

Las personas a ser amparadas por las Pólizas de Seguros Solidarios son aquellas que pertenecen a la Población Asegurable.

ARTÍCULO 2. A los efectos de garantizar la inclusión de los sectores menos favorecidos al sistema asegurador y vista la facultad que tiene la Superintendencia de la Actividad Aseguradora de establecer las condiciones para la comercialización de los Seguros Solidarios, se define:

- a) **POBLACIÓN ASEGURABLE:** Comprende a los jubilados, jubiladas, pensionados, pensionadas, adultos y adultas mayores, personas con discapacidad, personas con enfermedades físicas y/o mentales y las personas cuyos ingresos mensuales no superen el equivalente a Veinticinco Unidades Tributarias (25 U.T.).
- b) **REGISTRO ÚNICO DE SEGUROS SOLIDARIOS (R.U.S.S.):** Es el mecanismo destinado a la recopilación de la información relacionada con las emisiones, renovaciones, suscripciones mínimas, siniestros, prestación de servicios y cualquier otra referida a los Seguros Solidarios.

- c) **NÚMERO DE PÓLIZAS DE SEGUROS SOLIDARIOS:** Es la suma de las Pólizas de Seguro Solidario emitidas o renovadas por la empresa de seguros. Será considerada como una sola Póliza de Seguro Solidario cuando una persona figure como asegurado titular en una o más de las diferentes Pólizas de Seguros Solidarios en la misma o en cualquier otra empresa de seguros. En caso que se contrate en diferentes empresas de seguros se