

BANESCO SEGUROS C.A. PLAN BANESCO INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO 1. OBJETO DEL SEGURO

BANESCO SEGUROS, C.A., denominada en adelante el ASEGURADOR, conviene en indemnizar al ASEGURADO, mediante el pago de la Renta Diaria Básica por Hospitalización, cuando el ASEGURADO deba estar hospitalizado por un período mayor a veinticuatro (24) horas y siempre que dicha Hospitalización sea Médicamente Necesaria a causa de una enfermedad o lesión accidental, que ocurra durante la vigencia de esta póliza. En caso de que el Asegurado sea internado en el servicio de terapia intensiva el Asegurador indemnizará la Renta Diaria por Terapia Intensiva indicada en el Cuadro Póliza por los días que dure su estancia en este servicio. El número de días a indemnizar, conjuntamente, bien sea por Renta Diaria Básica o por Renta Diaria por Terapia Intensiva no excederá los trescientos sesenta y cinco (365) días continuos contados desde la fecha de inicio de la Hospitalización.

ARTÍCULO 2. DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entiende por:

- 1. ASEGURADOR:** Banesco Seguros, C.A., sociedad mercantil inscrita en el Registro Mercantil Primero de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda, en fecha 03 de marzo de 1993, bajo el N° 11, tomo 78-A-Primero, debidamente inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 109 del Libro de Registro de Empresas de Seguros, e inscrita en el Registro de Información Fiscal (RIF) bajo el no. J-30083118-3. La persona que actúa en representación del ASEGURADOR se encuentra plenamente identificada en el CUADRO PÓLIZA de este contrato de seguro, incluyendo el carácter con que actúa y el documento del cual derivan sus facultades. El ASEGURADOR es la parte que asume los riesgos objeto de este contrato de seguro.
- 2. TOMADOR:** Persona natural que obrando por cuenta propia o ajena traspasa los riesgos al ASEGURADOR, celebrando el presente contrato y comprometiéndose a efectuar el pago de la prima.
- 3. ASEGURADO:** Persona natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las Condiciones Particulares y Anexos de la Póliza, y que también podrá ser el TOMADOR.
- 4. ASEGURADO TITULAR:** Persona que ejerce los derechos del grupo asegurado ante el ASEGURADOR. El TOMADOR y el ASEGURADO TITULAR serán la misma persona.
- 5. CUADRO PÓLIZA:** Documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son: Número de la Póliza, identificación completa del TOMADOR, ASEGURADO y BENEFICIARIO, identificación del ASEGURADOR, dirección del TOMADOR, dirección de cobro, nombre del productor de seguros, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma y lugar de pago, período de vigencia y firma del ASEGURADOR.

6. **EDAD:** La edad del ASEGURADO se establecerá con base en su cédula de identidad, partida de nacimiento u otra comprobación legal a satisfacción del ASEGURADOR y su determinación se hará por el cumpleaños más cercano a la fecha de inclusión en la Póliza. A efecto de la renovación, el ASEGURADO cumplirá años sucesivamente en el aniversario de dicha fecha.
7. **BENEFICIARIO:** Persona natural o jurídica designada por el ASEGURADO en cuyo favor se ha establecido la indemnización que pagará el ASEGURADOR.
8. **PRIMA:** Es la única contraprestación pagadera en MONEDA DE CURSO LEGAL por el TOMADOR.
9. **MONEDA DE CURSO LEGAL:** La moneda del contrato se encuentra especificada en el CUADRO PÓLIZA. Si la moneda del contrato es una divisa, los compromisos asumidos por las partes en virtud del presente contrato de seguro, serán honrados en bolívares al tipo de cambio oficial para la venta en el lugar de la fecha de pago.
10. **SINIESTRO:** Evento que obliga al ASEGURADOR a la indemnización prevista en esta Póliza, la cual será exigible una vez transcurrido el PLAZO DEL DEDUCIBLE y hasta por el número de días estipulados en el CUADRO PÓLIZA.
11. **SUMA ASEGURADA:** Cantidad máxima que está obligada a pagar el ASEGURADOR en caso de SINIESTRO, la cual se indica en el CUADRO PÓLIZA.
12. **INDEMNIZACIÓN:** Pago en MONEDA DE CURSO LEGAL de la SUMA ASEGURADA que efectúa el ASEGURADOR a través de una renta diaria hasta por la cantidad y número de días que se indican en el CUADRO PÓLIZA.
13. **ACCIDENTE:** Cualquier daño físico que sufra el ASEGURADO, siempre que el mismo tenga como causa real, inmediata, necesaria, directa y exclusiva, lesión corporal producida por la acción repentina, violenta y fortuita de una fuerza o agente externo, independiente de la voluntad del ASEGURADO y objetivamente constatable.
14. **RENTA DIARIA BÁSICA:** Corresponde a la indemnización pagadera por cada noche de hospitalización de ASEGURADO a consecuencia de una enfermedad o lesión accidental, cuyo monto diario se especifica en el CUADRO PÓLIZA.
15. **RENTA DIARIA POR TERAPIA INTENSIVA:** Indemnización pagadera por cada noche de ingreso del asegurado en el Servicio de Terapia Intensiva a consecuencia de una enfermedad o lesión accidental, cuyo monto diario se especifica en el CUADRO PÓLIZA.
16. **LESIÓN ACCIDENTAL:** Cualquier daño físico que sufra la persona asegurada, siempre que el mismo tenga como causa real, inmediata, necesaria, directa y exclusiva, heridas o lesiones producidas por la acción repentina, violenta y fortuita de una fuerza o agente externo, independiente de la voluntad del ASEGURADO, objetivamente constatables, y que sea base para una reclamación de acuerdo a los términos de esta Póliza. Tal lesión debe ocasionar, directa e independientemente de cualquier otra causa la hospitalización del ASEGURADO.
17. **ENFERMEDAD:** Alteración de la salud del ASEGURADO que origine reducción de su capacidad funcional y equilibrio orgánico y de la cual se origina un diagnóstico que la define, certificado por un médico durante la Duración del Contrato y que sea base para una reclamación de acuerdo a los términos de la misma, excepto en el caso de una enfermedad preexistente. Tal enfermedad debe ocasionar, directa e independientemente de cualquier otra causa, la hospitalización del ASEGURADO.

- 18. CENTROS CLÍNICOS U HOSPITALARIOS:** Institución legalmente autorizada para prestar servicios de hospitalización y asistencia médica para la prevención y curación de la salud. No serán considerados así, a los efectos de esta póliza: Los institutos o lugares exclusivos de descanso, centros para tratamientos de drogadictos o alcohólicos, instituciones dedicadas al tratamiento de cualquier enfermedad infecto-contagiosa o de desórdenes y enfermedades mentales, instituciones geriátricas, hidroclínicas y "spas".
- 19. HOSPITALIZACIÓN:** Reclusión de una persona asegurada dentro de un Centro Clínico u Hospitalario en calidad de paciente interno bajo la supervisión de un médico autorizado.
- 20. TERAPIA INTENSIVA:** Servicio Médico Hospitalario donde se prestan atenciones especiales a pacientes en estado crítico de salud con alteración de las funciones vitales potencialmente reversibles y que son tratados por un equipo multidisciplinario, entrenado con especialización en Terapia Intensiva.
- 21. MÉDICO:** Profesional de la medicina debidamente titulado y autorizado para ejercer la profesión médica por las autoridades competentes del país donde presta sus servicios, y cuya especialidad médica esté directamente vinculada con la afección o condición del ASEGURADO, con quien no deberá tener parentesco alguno ni convivir con él.
- 22. PACIENTE INTERNO:** Persona cuyo ingreso a un Centro Clínico u Hospitalario se realiza por recomendación de un médico debidamente autorizado quien lo justifica con la finalidad de prestarle la atención médica con relación a una enfermedad o lesión cubierta por esta Póliza y de este modo indicarle el tratamiento adecuado bien sea quirúrgico o no.
- 23. ENFERMEDADES PREEXISTENTES:** Aquellas enfermedades o patologías cuya evolución o inicio ocurrió con anterioridad a la fecha de contratación de la póliza, y que sean conocidas por el ASEGURADO o su médico tratante.
- 24. MEDICAMENTO NECESARIO:** Tratamiento, servicio o suministro ordenado por un médico y proporcionado por centros clínicos u hospitalarios que cumpla con las siguientes condiciones:
- Que sea apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión accidental del ASEGURADO.
 - Que sea el más conveniente al estado de salud del ASEGURADO, esté reconocido por la Federación Médica Venezolana y no sea de naturaleza experimental o investigativa.
 - Que no exceda en alcance, duración o intensidad para proporcionar un tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
- 25. PLAZO DE ESPERA:** Lapso de tiempo ininterrumpido que deberá cumplirse al inicio de la vigencia de la Póliza o desde la fecha de ingreso del asegurado, durante el cual el ASEGURADO no estará amparado y no procederá el pago de indemnización alguno. El período es igual a noventa (90) días continuos y aplica únicamente en caso de enfermedad.
- 26. PLAZO DEL DEDUCIBLE:** Período inmediatamente posterior al inicio de la hospitalización que deberá transcurrir para que inicien las obligaciones del ASEGURADOR, siempre y cuando subsista la hospitalización, este período tiene un plazo de un día.

ARTÍCULO 3. BASES LEGALES

Se establecen como bases legales del presente contrato las disposiciones contenidas en la Ley del Contrato de Seguro y la Ley de Empresas de Seguros y Reaseguros.

Asimismo, la presente Póliza se emite con fundamento en las declaraciones e informaciones suministradas por el TOMADOR o el ASEGURADO al ASEGURADOR, al momento de suscribir la Póliza, las cuales se toman como veraces y ciertas, y se presumen otorgadas de buena fe, manifestadas en: la solicitud de seguro, los exámenes médicos exigidos por el ASEGURADOR (en aquellas circunstancias que se requieran) y cualquier otro documento que pueda requerir el ASEGURADOR; u otra declaración posterior que le corresponda efectuar al TOMADOR ante el ASEGURADOR al solicitar alguna modificación del riesgo o requerir el pago de cualquier indemnización derivada de esta Póliza. En consecuencia, se entiende que la declaración de siniestro y posteriores documentos, también serán bases legales de este contrato.

ARTÍCULO 4. COMIENZO Y DURACIÓN DEL CONTRATO

El ASEGURADOR asume las consecuencias de riesgos cubiertos a partir de la fecha de celebración del contrato de seguro, lo cual se producirá una vez que el TOMADOR notifique su consentimiento por escrito a la proposición formulada por el ASEGURADOR y cuando ésta participe al TOMADOR su aceptación por escrito a la solicitud por éste efectuada.

En todo caso, la vigencia de la Póliza se hará constar en el **CUADRO PÓLIZA**, con indicación de la fecha en que se emita, la hora y día de su inicio y vencimiento.

ARTÍCULO 5. PAGO DE LA PRIMA

El TOMADOR debe la PRIMA desde el momento de la celebración del contrato, pero aquella no será exigible sino contra la entrega por parte del ASEGURADOR de la Póliza o del CUADRO PÓLIZA, o cuando el TOMADOR autorice por escrito al ASEGURADOR, a que el cobro de la PRIMA se efectúe a través de cargo en su cuenta bancaria o tarjeta de crédito. El TOMADOR deberá pagar la PRIMA dentro de los quince (15) días continuos siguientes, contados a partir de la celebración del contrato, en dinero en efectivo, cheque o cualquier otra modalidad de pago que disponga el ASEGURADOR. Para el caso del pago de la PRIMA mediante el cargo directo en cuenta bancaria, el TOMADOR se obliga a mantener provisiones suficientes que permitan efectuar esta transacción al primer intento.

En caso de que la PRIMA no sea pagada dentro de dicho período o se haga imposible su cobro por causa imputable al TOMADOR, el ASEGURADOR tendrá derecho a resolver el contrato de seguro o a exigir el pago de la PRIMA debida con fundamento en la Póliza.

El pago de la PRIMA solamente conserva en vigor la Póliza por la vigencia a la cual corresponde dicho pago, según se haga constar en el CUADRO PÓLIZA.

Las PRIMAS pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del ASEGURADOR por el mismo, sino única y exclusivamente a su reintegro sin intereses del mismo.

ARTÍCULO 6. PRIMA FRACCIONADA

La prima anual de la Póliza podrá fraccionarse mediante la emisión de recibos de prima mensuales, quedando entendido que tal fraccionamiento de la prima no implica modificación al período de vigencia de la Póliza.

No obstante, si el TOMADOR se acogiere a la figura de fraccionamiento de prima y no pagase alguna fracción de prima al ASEGURADOR dentro de los quince (15) días continuos siguientes a su fecha de exigibilidad, la Póliza quedará nula y sin efecto por falta de pago de tal fracción a partir de la fecha de su exigibilidad, sin que para ello exista la obligación del ASEGURADOR, de notificar al TOMADOR de tal anulación.

ARTÍCULO 7. RENOVACIÓN

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

ARTÍCULO 8. PLAZO DE GRACIA

Este Contrato no prevé Plazo de Gracia alguno para el pago de PRIMA, por lo que vencido el período de Duración del Contrato para el cual se haya pagado la última PRIMA, el ASEGURADOR cesará inmediatamente de correr con los riesgos objeto del mismo.

ARTÍCULO 9. DECLARACIONES FALSAS, DOLOSAS U OMISIÓN

El ASEGURADOR deberá participar al TOMADOR, en un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud de seguro, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o resolver la Póliza mediante comunicación dirigida al TOMADOR, en un plazo de un (1) mes contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el TOMADOR o el ASEGURADO. En caso de resolución, ésta se producirá a partir del decimosexto (16°) día siguiente a su notificación, siempre y cuando la devolución de la prima correspondiente se encuentre a disposición del TOMADOR en la caja del ASEGURADOR. Corresponderán al ASEGURADOR las primas relativas al período transcurrido hasta el momento en que se haga esta notificación. El ASEGURADOR no podrá resolver la Póliza cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el SINIESTRO sobreviene antes de que el ASEGURADOR haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la PRIMA convenida y la que hubiese establecido de haber conocido la verdadera entidad del riesgo.

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del TOMADOR o del ASEGURADO, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta de la Póliza, si son de tal naturaleza que el ASEGURADOR de haberlas conocido no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones. Asimismo, queda entendido que surtirá el mismo efecto anterior, cuando el ASEGURADO o su Representante Legal o quien le haya proporcionado los Servicios Médicos, en colusión con el ASEGURADO, proporcionen declaraciones falsas al solicitar cualquier pago contemplado en esta póliza y sus anexos, si los hubiere.

ARTÍCULO 10. TRÁMITES PARA LA RECLAMACIÓN

Toda RENTA DIARIA , Básica o por Terapia Intensiva, por hospitalización derivada de una enfermedad o lesión cubierta por esta Póliza, se indemnizará sobre la base de los originales de las certificaciones médicas, de diagnósticos, facturas legalmente identificadas de las instituciones hospitalarias y demás documentos originales que certifiquen los servicios de hospitalización suministrados al ASEGURADO. Si ocurriera un suceso que diera lugar a reclamaciones bajo esta Póliza, deberá enviarse la notificación por escrito al ASEGURADOR dentro de un lapso máximo de quince (15) días continuos contados a partir de la fecha en que el TOMADOR, ASEGURADO o BENEFICIARIO tenga conocimiento de la fecha de egreso del Centro Clínico u Hospitalario, y presentar todos los recaudos del siniestro en un lapso máximo

de (180) días continuos contados a partir de la fecha de egreso del ASEGURADO. Por otra parte, el ASEGURADOR se reserva el derecho de exigir la Cédula de Identidad, el Pasaporte, o la Partida de Nacimiento, como pruebas de la identificación y edad del ASEGURADO.

ARTÍCULO 11. COOPERACIÓN DE LOS ASEGURADOS

El TOMADOR y/o ASEGURADO en caso de una reclamación en virtud de la presente Póliza, procederá a dar aviso al ASEGURADOR tal y como se especifica en el ARTÍCULO 10 de estas Condiciones Generales, y deberá cooperar diligentemente y se esforzará para que se adopten todas las medidas que fueren razonables para reducir al mínimo las consecuencias de la enfermedad o lesión que motivó la hospitalización, el incumplimiento de este deber dará derecho al ASEGURADOR a reducir la indemnización en la proporción correspondiente teniendo en cuenta el grado de culpa del ASEGURADO. Asimismo el ASEGURADO está obligado en cualquier tiempo, a entregar al ASEGURADOR todos los recibos, facturas, resultados de exámenes y cualquier otro documento que el ASEGURADOR razonablemente considere necesario exigir con referencia a una reclamación. Igualmente el ASEGURADO está obligado a obtener la autorización correspondiente, para que todos los médicos que estén atendiendo la hospitalización, proporcionen al ASEGURADOR información sobre el estado físico, historia médica, historia clínica y demás circunstancias que se relacionen con la persona asegurada. En caso de reclamación el ASEGURADOR a su propio costo tendrá derecho a examinar por sus médicos al ASEGURADO inscrito en la presente Póliza, y él mismo se obliga a someterse a los exámenes que razonablemente puedan requerirse.

ARTÍCULO 12. MODIFICACIONES

Toda modificación a las condiciones de esta Póliza entrará en vigor una vez que el TOMADOR notifique su consentimiento a la proposición formulada por el ASEGURADOR, o cuando éste participe al TOMADOR su aceptación a la solicitud de modificación por éste efectuada.

Las modificaciones se harán constar mediante Anexos, los cuales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales de la Póliza y para su validez deberán estar firmados por el ASEGURADOR y el TOMADOR.

Si la modificación requiere pago de PRIMA adicional, ésta deberá ser pagada desde el momento que la prima sea exigible.

En todo caso, dicha modificación se hará constar en el CUADRO PÓLIZA, con indicación de la fecha en que se emita, la hora y día de su inicio y vencimiento.

Se consideran aceptadas las solicitudes escritas de prorrogar o modificar un contrato o de rehabilitar un contrato suspendido, si el ASEGURADOR no rechaza la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido.

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

Cuando el TOMADOR solicite aumentos de cobertura, las cantidades en exceso se comenzarán a considerar y a aplicar una vez vencido el PLAZO DE ESPERA indicado en el CUADRO PÓLIZA, contado a partir de la fecha que se indica en el mismo; por lo tanto, cualquier indemnización ocurrida antes del vencimiento de dicho período, se liquidará basándose en las coberturas del plan anterior.

ARTÍCULO 13. PAGO DE INDEMNIZACIONES

El ASEGURADOR, salvo por causa extraña que no le sea imputable, se compromete a pagar la indemnización que sea procedente conforme a los términos de la presente Póliza, en un plazo no mayor de treinta (30) días hábiles contados a partir del día en que el TOMADOR, el ASEGURADO, el BENEFICIARIO o cualquier otra persona que obre por cuenta de alguno de éstos, haya entregado toda la información y recaudos razonablemente solicitados por el ASEGURADOR para liquidar el SINIESTRO.

ARTÍCULO 14. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

- a. Si el TOMADOR, el ASEGURADO, el BENEFICIARIO o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios.
- b. Si el TOMADOR, el ASEGURADO o el BENEFICIARIO no notificaren el siniestro dentro de los quince (15) días continuos contados a partir de la fecha en que el TOMADOR, ASEGURADO o BENEFICIARIO tenga conocimiento de la fecha de egreso del Centro Clínico u Hospitalario.
- c. 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.
- d. Cuando el TOMADOR, el ASEGURADO, el BENEFICIARIO o cualquier otra persona que obre por su cuenta, obstaculizaren el ejercicio de los derechos del ASEGURADOR.
- e. Si el TOMADOR, el ASEGURADO o el BENEFICIARIO incumplieren cualquiera de las estipulaciones establecidas por esta Póliza o anexos, excepto en aquellas causas extrañas a su voluntad que les impidan el cumplimiento de lo estipulado.
- f. Si el TOMADOR o el ASEGURADO actúan con dolo, o si el SINIESTRO ha sido ocasionado por dolo del TOMADOR, del ASEGURADO o del BENEFICIARIO.
- g. Si el TOMADOR o el ASEGURADO actúan con culpa grave, o si el SINIESTRO ha sido ocasionado por culpa grave del TOMADOR, del ASEGURADO o del BENEFICIARIO, pero sí de los ocasionados en cumplimiento de deberes legales de socorro o tutela de intereses comunes con el ASEGURADOR en lo que respecta a la póliza.
- h. Si el TOMADOR, el ASEGURADO o el BENEFICIARIO no emplearen los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del SINIESTRO, siempre que este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al ASEGURADOR.
- i. Si el TOMADOR, el ASEGURADO o el BENEFICIARIO no entregaren los documentos requeridos por el ASEGURADOR dentro de los plazos señalados en esta Póliza, salvo por causa extraña no imputable a la voluntad del TOMADOR, el ASEGURADO o el BENEFICIARIO.

- j. **Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares y Anexos de la Póliza o en las leyes aplicables.**

No obstante lo señalado en la sección b., el ASEGURADOR estará obligado al pago de la indemnización que corresponda por los siniestros cubiertos por la Póliza si por una causa extraña no imputable, al TOMADOR, al ASEGURADO o al BENEFICIARIO, no los hubiesen notificado dentro del lapso estipulado.

ARTÍCULO 15. RECHAZO DEL SINIESTRO

El ASEGURADOR está obligado a notificar por escrito al TOMADOR, ASEGURADO o BENEFICIARIO, dentro del plazo señalado en el artículo 13, Pago de Indemnizaciones, las causas de hecho y de derecho que a juicio del ASEGURADOR justifican el rechazo total o parcial del siniestro.

ARTÍCULO 16. - DEVOLUCIÓN DE PRIMA

El TOMADOR tendrá derecho a la devolución total de la prima pagada si antes de los treinta (30) días de haber sido cobrada por el ASEGURADOR, no se encontrase plenamente satisfecho con la cobertura adquirida.

A tales efectos, el TOMADOR deberá dejar constancia de su resolución en forma escrita ante el ASEGURADOR en el plazo antes indicado, y dicha prima le será reintegrada.

ARTÍCULO 17. PERITAJE

Si surgiere desacuerdo entre el ASEGURADO y el ASEGURADOR para la fijación del importe de la(s) indemnización(es) que pudiera(n) corresponder, de acuerdo a las coberturas contratadas, el ASEGURADO podrá independientemente de otra acción someterse al siguiente procedimiento:

- a. Nombrar por escrito un perito único de común acuerdo entre las partes.
- b. En el caso de que una de las dos partes se negare a designar o dejare de nombrar un perito único en el plazo antes indicado la otra parte tendrá el derecho de nombrar un amigable componedor.
- c. En caso de desacuerdo sobre la designación del perito único, se nombrarán por escrito dos peritos, uno por cada parte, en el plazo de dos (2) meses a partir del día en que una de las dos partes haya requerido a la otra dicha asignación.
- d. Si los dos peritos así nombrados no llegaren a un acuerdo, el o los puntos de discrepancias serán sometidos al tercer perito nombrado por ellos, por escrito, y su apreciación agotará este procedimiento.
- e. El perito único, los dos peritos o el perito tercero, según sea el caso, han de soportar los gastos relativos al peritaje.

El fallecimiento de cualquiera de los dos peritos, que aconteciere 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 fallecieren antes del dictamen final, la parte o los peritos que le hubieren nombrado, según sea el caso quedan facultados para sustituirlo por otro.

Para los efectos de este artículo, se entiende por perito(s) y amigable componedor el(los) médicos legalmente autorizado(s) para el ejercicio de la profesión médica quien(es) deberá(n) tener una especialidad reconocida por la Federación Médica Venezolana y tener suficiente experiencia en la materia que originó el peritaje.

ARTÍCULO 18. ARBITRAJE

El ASEGURADOR, TOMADOR, ASEGURADO o BENEFICIARIO, podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de este contrato. La tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil.

El Superintendente de Seguros actuará directamente o a través de los funcionarios que designe como árbitro arbitrador, en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo del procedimiento de arbitraje de este contrato. Las partes fijarán el procedimiento a seguir, caso contrario se aplicará el procedimiento previsto en la ley que rige la materia de arbitraje. En este caso, la decisión deberá ser adoptada en un plazo que no exceda de treinta (30) días hábiles una vez finalizado el lapso probatorio.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento, pudiendo solicitarse su nulidad únicamente en los supuestos previstos en la ley.

ARTÍCULO 19. CADUCIDAD

El TOMADOR, el ASEGURADO o el BENEFICIARIO perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra el ASEGURADOR o convenir con ésta el Arbitraje previsto en el artículo anterior, si no lo hubieren hecho antes de transcurrir un (1) año, contado a partir de la fecha de notificación del rechazo del siniestro o contado a partir de la fecha en que el ASEGURADOR hubiere efectuado el pago en caso de inconformidad con el pago de la indemnización.

El plazo de caducidad siempre será contado desde el momento cuando haya un pronunciamiento por parte del ASEGURADOR.

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

ARTÍCULO 20. PRESCRIPCIÓN

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

ARTÍCULO 21. AVISOS

Las Notificaciones que las partes deben o deseen hacerse en virtud de este contrato o de la Ley que regula la materia, deberán efectuarse por escrito a través de cualquier medio que deje constancia o acuse de recibo, en las direcciones del ASEGURADOR y del TOMADOR especificadas en el CUADRO PÓLIZA.

En caso de que en este contrato de seguro esté participando uno o varios intermediarios de seguros, sus nombres e identificaciones se indicarán en el CUADRO PÓLIZA. Las notificaciones dirigidas a las partes y entregadas al intermediario de seguros por cualquiera de ellas, producirán el mismo efecto que si se hubiesen entregado a la otra parte.

ARTÍCULO 22. DOMICILIO

Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse de esta Póliza, las partes eligen como domicilio especial, único, exclusivo y excluyente de cualquier otro, a la ciudad de celebración del contrato, a la jurisdicción de cuyos tribunales declaran someterse las partes.

TOMADOR

BANESCO SEGUROS, C.A.

Aprobado por La Superintendencia de Seguros mediante oficio N° 1672 de fecha 13/2/2006

BANESCO SEGUROS C.A. PLAN BANESCO INDEMNIZACIÓN DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN

CONDICIONES PARTICULARES

ARTÍCULO 1. LÍMITE MÁXIMO DE COBERTURA

Es la renta diaria, Básica o por Terapia Intensiva, que se indica en la póliza y representa la máxima responsabilidad del ASEGURADOR con el ASEGURADO, por cada día de hospitalización, normal o en Terapia intensiva, según sea el caso, por causa de enfermedad o accidentes ocurridos durante el período de vigencia establecido en la póliza. La indemnización se calculará aplicando la Renta Diaria Básica al número de días de Hospitalización normal y la Renta Diaria por Terapia Intensiva al número de días de de Terapia Intensiva, descontando el PLAZO DEL DEDUCIBLE del número de días de hospitalización. Cada día de hospitalización solo podrá considerarse una sola vez, como Hospitalización normal o de Terapia Intensiva. El número de días a indemnizar, conjuntamente, bien sea por Renta Diaria Básica o por Renta Diaria por Terapia Intensiva no excederá los trescientos sesenta y cinco (365) días continuos contados desde la fecha de inicio de la Hospitalización.

ARTÍCULO 2. RIESGOS AMPARADOS

- a. La Indemnización será pagada por casos de ENFERMEDAD o LESION ACCIDENTAL amparados por la Póliza en los siguientes términos:

LESION ACCIDENTAL: la hospitalización debe ser mayor al PLAZO DEL DEDUCIBLE.

ENFERMEDAD: la hospitalización debe iniciarse después de transcurrir el PLAZO DE ESPERA y ser mayor al PLAZO DEL DEDUCIBLE.

Queda entendido que el número máximo de días a indemnizar por todas las hospitalizaciones iniciadas durante la vigencia de la Póliza no excederá de 365 días.

- b. Cuando la hospitalización del ASEGURADO se haya producido por la misma causa o causas relacionadas con una Hospitalización anterior, por la cual se haya pagado renta diaria bajo este seguro y que no estén separadas ambas hospitalizaciones por un período de por lo menos doce (12) meses, se considerará que esta última hospitalización es continuación de la hospitalización anterior, con el propósito de determinar el período de indemnización estipulado y el máximo beneficio pagadero bajo esta Póliza.
- c. El ASEGURADO no puede estar cubierto por más de una Póliza Banesco de Indemnización Diaria por Hospitalización. En caso de que el ASEGURADO, por error, esté cubierto bajo más de una Póliza de dicho Plan, el ASEGURADOR considerará que el ASEGURADO está amparado bajo la Póliza que provea la mayor cantidad de beneficio. Si el beneficio es idéntico en cada Póliza, el ASEGURADOR considerará que el ASEGURADO está amparado bajo la Póliza que haya sido emitida primero. El ASEGURADOR devolverá sin interés cualquier pago de prima adicional que dicha persona haya realizado.
- d. El Seguro previsto bajo esta Póliza es efectivo en cualquier lugar del mundo.

ARTÍCULO 3. PERSONAS ASEGURABLES

Son asegurables, el ASEGURADO TITULAR, cuya edad al momento de contratar el seguro sea inferior a 65 años, así como las personas que se especifican más adelante, siempre y cuando cumplan con la limitación de edad anteriormente establecida.

- a. El cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.
 - b. Los hijos a partir de 6 meses de edad.
 - c. Podrá asegurarse, a juicio del ASEGURADOR, cualquier otra persona que conviva y dependa económicamente del ASEGURADO TITULAR
- Es condición expresa que al momento de suscribirse el seguro, los Asegurados, gocen de buena salud y no sufran ni padezcan ninguna de las enfermedades que causen hospitalización, indemnizables por esta póliza, salvo acuerdo previo debidamente firmado por los contratantes, además deben aparecer inscritos en la póliza, con sus nombres y apellidos completos y cédula de identidad.
 - La persona asegurada que haya cumplido 65 años de edad podrá continuar en la póliza, pagando la prima correspondiente a su edad, siempre que se encuentre en buen estado de salud, lo solicite al ASEGURADOR y este acepte la continuación de su seguro, sin perjuicio de que el ASEGURADOR pueda negarse a renovar la Póliza; en estos casos la cobertura cesará en la renovación siguiente al momento cuando la persona asegurada cumpla 70 años de edad.
 - Cuando la terminación del seguro de los hijos, sea por contraer matrimonio o por terminar la dependencia económica, éstos podrán contratar una póliza individual conservando los derechos de antigüedad adquiridos hasta ese momento y pagando la prima correspondiente.

ARTICULO 4. EXCLUSIONES

La presente póliza no cubre y no pagará indemnización por:

- a. Hospitalización causada por o como resultado de:
 - ◆ Actos de guerra, declarada o no, insurrección o usurpación de poder o alistarse en el servicio militar con cualquier fuerza armada de cualquier País u organismo internacional.
 - ◆ Tentativa de suicidio, autodestrucción o lesiones auto infligidas, ya sea en estado de cordura o pérdida de la razón.
 - ◆ Uso de aeronaves, incluyendo helicópteros, a menos que sea como pasajero que paga boleto de un avión de líneas aéreas o compañías de vuelos comerciales con la debida autorización para el transporte frecuente de pasajeros.
 - ◆ Dedicarse a practicar o tomar parte de entrenamientos propios de deportes de buceo, alpinismo o escalamiento de montañas, donde se haga uso de sogas o guías, espeleología, paracaidismo, parapente, planeadores, motociclismo, deportes de invierno, deportes profesionales o carreras que no sean a pie.
 - ◆ Enfermedades causadas por el Virus de Inmuno Deficiencia Humana (VIH), Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y sus consecuencias.
 - ◆ Lesiones accidentales producidas mientras el ASEGURADO conduzca cualquier tipo de vehículo bajo la influencia de bebidas alcohólicas, sustancias tóxicas o

heroicas o manteniendo un nivel de alcohol en la sangre más alto que el permitido por la Ley del País donde ocurra la lesión o la enfermedad.

- ◆ **Consulta periódicas para verificación de la salud, controles pediátricos, controles ginecológicos, exámenes con fines de diagnósticos o de chequeos y servicios asistenciales no relacionados directamente con una enfermedad cubierta por esta Póliza y soportado por un diagnóstico que certifique el trastorno de la salud emitido por un médico debidamente autorizado.**
 - ◆ **Tratamientos para la obesidad mórbida o reducción de peso.**
 - ◆ **Tratamientos para acupuntura, medicina naturista, homeopatía y cualquier otra especialidad no reconocida por la Federación Médica Venezolana.**
 - ◆ **Tratamiento del tipo cosmético, cirugía estética, tratamientos para deformaciones naturales, salvo los del tipo reconstructivo por una lesión accidental.**
- b. Si la Persona Asegurada no se encuentra bajo la atención y cuidado de un médico autorizado para el ejercicio de su profesión, de acuerdo con las leyes del país donde sea atendido el ASEGURADO.**
- c. Hospitalización en un centro clínico u hospital que no reúna los requisitos, según lo definido en esta póliza.**

Artículo 5. EXCLUSIÓN TEMPORAL

El Asegurado no tendrá derecho a las prestaciones contempladas en la presente póliza, durante doce (12) meses ininterrumpidos contados desde la fecha de su inclusión en la póliza, para los casos de enfermedades preexistentes.

TOMADOR

BANESCO SEGUROS, C.A.

Aprobado por La Superintendencia de Seguros mediante oficio N° 1672 de fecha 13/2/2006