



Póliza de Seguro Individual de Salud Vivir

CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES

Vivir Seguros, C.A. que en adelante será denominada LA EMPRESA DE SEGUROS, inscrita por ante el Registro Mercantil Segundo de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda, en fecha 02 de diciembre de 1992, bajo el N° 12, Tomo 110-A, modificada su denominación comercial según consta en Acta de Asamblea General Extraordinaria de Accionista inscrita por ante el mismo Registro Mercantil, en fecha 11 de febrero de 2014, bajo el N° 64, Tomo 8-A-SDO, reformados sus estatutos mediante Acta de Asamblea General Ordinaria de Accionista, inscrita por ante el mismo Registro Mercantil, en fecha 28 de agosto de 2003, bajo el N° 65, Tomo 119-A-Sgdo, e identificada bajo el Registro de Información Fiscal (RIF) N° J-30067374-0. Ubicada en Av. Alameda Esquina Av. Venezuela, Edif. Aldemo, Torre 3, Of 3 Urb. El Rosal, Municipio Chacao, Estado Miranda, Caracas, representada por la persona que se encuentra plenamente identificada en el CUADRO PÓLIZA de este contrato de seguro, incluyendo el carácter con el que actúa y el documento de cual derivan sus facultades, emite la presente Póliza.

Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N°010391 de fecha 30 de noviembre del 2004.

PÓLIZA DE SEGURO INDIVIDUAL SALUD VIVIR

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL SEGURO.

Mediante este seguro la Empresa de Seguros se compromete a cubrir los riesgos mencionados en las Condiciones Particulares y Anexos de la póliza, y a indemnizar al Beneficiario hasta por la suma asegurada contratada la cual se encuentra indicada en el Cuadro Póliza.

CLÁUSULA 2: DEFINICIONES

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

ASEGURADO: Persona natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las Condiciones Particulares y Anexos de la Póliza, ya sea el Asegurado Titular o cualquiera de sus Dependientes.

ASEGURADO TITULAR: Es la persona natural indicada como tal en el Cuadro Póliza.

DEPENDIENTES: Son aquellas personas que conviven y dependen económicamente del Asegurado Titular.

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

GRUPO ASEGURADO: Personas naturales que mantienen un vínculo común entre sí y con el Tomador del seguro.

DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DE LA PÓLIZA: Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud o Cuestionario de Seguro, el Cuadro Póliza, el Cuadro Recibo, Recibo de Prima y los Anexos que se emitan para complementarla o modificarla.

CUADRO PÓLIZA: Documento donde se indican los datos particulares de la Póliza, como son Número de la Póliza, identificación completa de la Empresa de Seguros, de su representante y domicilio principal, identificación completa del Tomador y Asegurado, dirección del Tomador, dirección de cobro, nombre del intermediario de seguros, dirección del Asegurado, riesgos cubiertos, Suma Asegurada, monto de la Prima, forma y lugar de pago, periodo de vigencia, porcentaje de reembolso, deducible y firmas de la Empresa de Seguros y del Tomador.

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

GRGRIPR06V01

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

SUMA ASEGURADA: Es el límite máximo de responsabilidad de la Empresa de Seguros y que está indicado en el Cuadro Póliza.

DEDUCIBLE: Cantidad indicada en la Póliza que deberá asumir el Asegurado y en consecuencia no será pagado por la Empresa de Seguros en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto por la Póliza.

CLÁUSULA 3: EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

- 1. Si el Tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, presenta una reclamación fraudulenta o engañosa, o si en cualquier tiempo emplea medios o documentos engañosos o dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios.**
- 2. Si el Tomador o el Asegurado actúa con dolo o si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario.**
- 3. Si el siniestro se inicia antes de la vigencia de la Póliza y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta de la Empresa de Seguros.**
- 4. Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario no notificare el siniestro dentro de los plazos establecidos en las Condiciones Particulares para cada cobertura, salvo por causa extraña no imputable al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario.**
- 5. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares y Anexos de la Póliza.**

CLÁUSULA 4: VIGENCIA DE LA PÓLIZA

La Empresa de Seguros asume las consecuencias de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de la celebración del contrato de seguro, lo cual se producirá una vez que el Tomador notifique su consentimiento a la proposición formulada por la Empresa de Seguros o cuando ésta participe su aceptación a la solicitud efectuada por el Tomador, según corresponda.

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

CLÁUSULA 5: RENOVACIÓN

Salvo disposición en contrario establecida en las Condiciones Particulares, la Póliza se entenderá renovada automáticamente al finalizar el último día del periodo de vigencia anterior y

GRGRIPR06V01

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 la Póliza, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso.

CLÁUSULA 6: PLAZO DE GRACIA

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

En este caso, el monto a descontar será la Prima completa que corresponda al mismo periodo de la cobertura anterior. Si el monto indemnizable es menor a la Prima a descontar, el Tomador deberá pagar, antes de finalizar el plazo de gracia, la diferencia existente entre la Prima y dicho monto. No obstante, si el Tomador se negase o no pudiese pagar la diferencia de Prima antes de finalizar el plazo de gracia, la Póliza se considerará prorrogada solamente por el periodo de tiempo que resultare de dividir el monto del siniestro indemnizable entre la Prima completa que corresponda al mismo periodo de la cobertura anterior multiplicado por el número de días que contenga dicho período.

CLÁUSULA 7: PRIMAS

El Tomador debe la Prima desde el momento de la celebración del contrato, pero aquélla no será exigible sino contra la entrega por parte de la Empresa de Seguros de la Póliza, del Cuadro Póliza o recibo de Prima o de la nota de cobertura provisional. En caso de que la Prima no sea pagada en la fecha de su exigibilidad o se haga imposible su cobro por causa imputable al Tomador, la Empresa de Seguros tendrá derecho a resolver la Póliza o a exigir el pago de la Prima debida con fundamento en la Póliza.

El pago de la Prima solamente conserva en vigor la Póliza por el tiempo al cual corresponde dicho pago, según se haga constar en la Póliza.

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

CLÁUSULA 8: DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD

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

GRGRIPR06V01

se producirá a partir del decimosexto (16°) día siguiente a su notificación, siempre y cuando la parte proporcional de la Prima deducida la comisión pagada al intermediario de seguros correspondiente al período que falte por transcurrir, se encuentre a disposición del Tomador en la caja de la Empresa de Seguros. Corresponderán a la Empresa de Seguros las Primas relativas al período transcurrido hasta el momento en que haga esta notificación. La Empresa de Seguros no podrá resolver la Póliza cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que la Empresa de Seguros haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiese establecido de haber conocido la verdadera entidad del riesgo.

Cuando la reserva o inexactitud se contrajese sólo a una o a varias de las personas cubiertas por la Póliza, ésta subsistirá con todos sus efectos respecto a las restantes.

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

CLÁUSULA 9: PAGO DE INDEMNIZACIONES

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

CLÁUSULA 10: RECHAZO DEL SINIESTRO

La Empresa de Seguros deberá notificar por escrito a los Beneficiarios dentro del plazo señalado en la cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo total o parcial de la indemnización exigida. Esta obligación existirá también cuando La Empresa de Seguros pague sólo parte de la indemnización reclamada por los Beneficiarios.

CLÁUSULA 11: ARBITRAJE

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la Póliza. La tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil.

El Superintendente de Seguros actuará directamente o a través de los funcionarios que designe como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución de la Póliza. Las partes fijarán el procedimiento a seguir; en caso contrario se aplicará el procedimiento

GRGRIPR06V01

previsto en la ley que rige la materia de arbitraje. En este caso, la decisión deberá ser adoptada en un plazo que no exceda de treinta (30) días hábiles una vez finalizado el lapso probatorio. El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLÁUSULA 12: CADUCIDAD

El Tomador, el Asegurado o el Beneficiario perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra la Empresa de Seguros o convenir con ésta el Arbitraje previsto en la cláusula anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación:

1. En caso de rechazo del siniestro, un (1) año contado a partir de la fecha de notificación del rechazo.
2. En caso de inconformidad con el pago de la indemnización, un año (1) contado a partir de la fecha en que la Empresa de Seguros hubiere efectuado el pago.
3. En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado desde el momento en que haya un pronunciamiento por parte de la Empresa de Seguros.

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

CLÁUSULA 13: PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA 14: MODIFICACIONES

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

Las modificaciones se harán constar mediante Anexos, debidamente firmados por un representante de la Empresa de Seguros y el Tomador, los cuales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las condiciones generales de la Póliza.

Si la modificación requiere pago de Prima adicional se aplicará lo dispuesto en la cláusula 4 y 7 de estas Condiciones Generales.

La modificación de la Suma Asegurada requerirá aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por La Empresa de Seguros con la emisión del recibo de Prima, en el que se modifique la Suma Asegurada, y por parte del Tomador mediante comunicación escrita o por el pago de la diferencia de Prima correspondiente, si la hubiere.

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

GRGRIPR06V01

CLÁUSULA 15: AVISOS

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

CLÁUSULA 16: PLURALIDAD DE SEGUROS

Cuando exista uno o varios seguros que estén obligados a pagar la indemnización sobre un mismo siniestro, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario estará obligado a poner en conocimiento de tal circunstancia a todas las Empresas de Seguros con las que se hayan contratado las Pólizas, por escrito y en un plazo de cinco (5) días hábiles, contados a partir de la fecha en que el Asegurado tuvo conocimiento de la ocurrencia del siniestro. El Asegurado escogerá el orden en que presentará Las reclamaciones y las Empresas de Seguros deberán indemnizar, según los límites y condiciones establecidos en cada una de sus pólizas, hasta el monto total de los gastos.

CLÁUSULA 17: DOMICILIO

Para todos los efectos de este contrato, sus derivados y consecuencias, las partes eligen como domicilio especial, único, exclusivo y excluyente de cualquier otro, a la ciudad de Caracas, a la Jurisdicción de cuyos Tribunales declaran expresamente someterse.

CONDICIONES PARTICULARES

COBERTURA DE SALUD

CLÁUSULA 1: OBJETO

La Empresa de Seguros conviene en rembolsar el cien por cien (100%) de los Gastos Razonables indemnizables, que excedan el deducible convenido bajo esta Póliza y hasta el Límite de Cobertura contratado.

Los gastos que excedan tanto de los Gastos Médicos Razonables como del Límite de Cobertura contratado, el Deducible, los impuestos y los recargos legalmente aplicables que se deban pagar por los beneficios previstos por esta Póliza, estarán a cargo del Asegurado Titular.

La cobertura máxima por persona, por caso y año póliza no excederá en ningún caso el monto contratado, establecido en el Cuadro Póliza.

Las indemnizaciones a que hubiere lugar, se efectuarán en la República Bolivariana de Venezuela en moneda nacional. Si los gastos por atención médica, hospitalización o intervención que requiera el Asegurado se incurrieren fuera de la República Bolivariana de Venezuela, éstos serán convertidos a moneda nacional a la tasa de cambio vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro, considerándose como tal la fecha cuando se facturen los gastos incurridos, reconociéndose el monto de los gastos correspondientes, hasta por un máximo equivalente a la cantidad que en condiciones similares hubieren costado dichos servicios en la República Bolivariana de Venezuela.

GRGRIPR06V01

Toda documentación exigida por reclamos originados fuera del Territorio Nacional, deberá ser presentada a la Empresa de Seguros debidamente autenticada por el Consulado Venezolano del país donde se origine el gasto médico por el cual se hace el reclamo.

Si después de haberse hecho efectivo el pago, resultare que los gastos incurridos por el Asegurado y pagados por la Empresa de Seguros, fueren originados o relacionados con algunas de las exclusiones o limitaciones de esta Póliza, la Empresa de Seguros procederá a recuperar del Asegurado Titular o de la persona que haya recibido el pago, el monto que haya sido pagado indebidamente.

CLÁUSULA 2: TÉRMINOS UTILIZADOS

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

CENTRO CLÍNICO U HOSPITALARIO: Instituciones legalmente autorizadas 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 centros tales como: 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".

MÉDICO TRATANTE: 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 y que no tenga parentesco alguno con el Asegurado Titular o con cualquiera de sus Dependientes inscritos en la Póliza ni convivan con éstos.

GASTOS RAZONABLES: Se refiere al costo promedio, calculado por la Empresa de Seguros, de los gastos médicos quirúrgicos y hospitalarios de centros médicos asistenciales ubicados en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido el Asegurado los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones, y que de acuerdo a las condiciones de esta Póliza se encuentren cubiertos. Dicho promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga la Empresa de Seguros de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en dichos gastos, incrementados según el Índice de Precios al Consumidor del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes, o de los baremos de los centros médicos asistenciales que se encuentren vigentes para la mencionada fecha.

Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el costo razonable será el monto facturado.

ENFERMEDAD: Alteración de la salud del Asegurado que origine reducción de su capacidad funcional y equilibrio orgánico.

ACCIDENTE: Cualquier daño físico que sufra la persona asegurada y que ocurra durante el período de vigencia de la Póliza, 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.

GRGRIPR06V01

ENFERMEDADES PREEXISTENTES: Toda enfermedad que pueda comprobarse que ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de comienzo de la Póliza o inclusión del Asegurado en la misma y que sea conocida por el Tomador o el Asegurado. Cuando la Empresa de Seguros alegue que una determinada enfermedad es preexistente deberá probarlo. El Asegurado estará obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por la Empresa de Seguros a tales fines, a costa de ésta. En caso de dudas se considerará que la enfermedad no es preexistente.

ENFERMEDADES O DEFECTOS FÍSICOS CONGÉNITOS: Alteración del estado de salud entendiendo como tal cualquier condición significativamente diferente a la variante normal, que tiene origen durante el período de gestación, evidente al momento del nacimiento o posteriormente.

PLAZOS DE ESPERA: Aquel período, dentro de la vigencia de la cobertura del contrato de seguros o de cualquier anexo, durante el cual la Empresa de Seguros no cubre determinados riesgos establecidos en el contrato.

EMERGENCIA MÉDICA: Cualquier enfermedad o lesión súbita y aguda que de no ser tratada de inmediato pone en peligro la vida o integridad física de la persona.

URGENCIA MÉDICA: Todo Tipo de afección que requiere tratamiento médico o quirúrgico y que por su naturaleza no pone en peligro la vida o integridad física de una persona.

ATENCIÓN AMBULATORIA: Asistencia médica recibida sin estar recluido en una clínica o institución hospitalaria.

REEMBOLSO: Es la indemnización de los gastos médicos a reconocer por la Empresa de Seguros al Asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente cubierto por la Póliza.

MÉDICAMENTE NECESARIO: Servicios o suministros ordenados por un médico y proporcionados por centros clínicos u hospitalarios que cumplan con las siguientes condiciones:

- Que sean apropiados y esenciales para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del asegurado.
- Que sean cónsonos con las normas médicas y farmacológicamente aceptadas.
- Que el servicio, tratamiento o suministro proporcionado 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.

CLÁUSULA 3: PERSONAS ASEGURABLES

Mediante el pago de la prima correspondiente, según la tarifa vigente y con sujeción a lo establecido en las cláusulas 7 y 8 de las Condiciones Particulares, pueden inscribirse en la Póliza:

GRGRIPR06V01

1. Asegurado titular, siempre y cuando al momento de suscribirse este seguro sea menor de sesenta y cinco (65) años, pudiendo permanecer en la Póliza hasta el año póliza en que alcance la edad de ochenta (80) años. Si al suscribir la Póliza el Asegurado titular fuese menor de cincuenta y cinco (55) años podrá permanecer Asegurado hasta los cien (100) años.
2. Cónyuge del Asegurado titular o quien conviva con él en tal calidad, siempre y cuando al momento de suscribirse este seguro sea menor de sesenta y cinco (65) años, pudiendo permanecer en la Póliza hasta el año póliza en que alcance la edad de ochenta (80) años. Si al suscribir la Póliza el Cónyuge del Asegurado titular fuese menor de cincuenta y cinco (55) años podrá permanecer Asegurado hasta los cien (100) años.
3. Hijos y Hermanos solteros del Asegurado titular o de su cónyuge inscrito en la Póliza, que convivan y dependan económicamente de él, siempre y cuando al momento de su inclusión en la póliza sean menores de veinticinco (25) años, pudiendo permanecer en la misma hasta el año póliza en que alcance la edad de veinticinco (25) años.
4. Padres del Asegurado titular o de su Cónyuge, que convivan y dependan económicamente de alguno de éstos, siempre y cuando al momento de suscribirse este seguro sea menor de sesenta y cinco (65) años, pudiendo permanecer en la Póliza hasta el año póliza en que alcance la edad de ochenta (80) años. Si al suscribir la Póliza los padres del Asegurado titular fuesen menores de cincuenta y cinco (55) años podrán permanecer asegurados hasta los cien (100) años.

CLÁUSULA 4: INCREMENTO DE SUMAS ASEGURADAS

Si después de la emisión de esta Póliza, se concediere un aumento en la Suma Asegurada, o alguna extensión del seguro a las personas inscritas, o que se inscriban; tales aumentos o extensiones entrarán en vigencia previa solicitud del Asegurado Titular, aceptación de la misma por parte de la Empresa de Seguros, mediante la emisión del respectivo anexo, quedando sujetas, todas las coberturas y beneficios en exceso de los anteriormente contratados a los Plazos de Espera y condiciones establecidas en las cláusulas 7 y 8 de las Condiciones Particulares a partir de la fecha indicada en el anexo.

Es condición expresa que al momento de solicitar cualquier incremento de Sumas Aseguradas, se deberá efectuar una declaración de salud a través de la solicitud de seguro que la Empresa de Seguros dispone para tal fin, considerando que dichas personas deben gozar de buen estado de salud y no sufrir ni padecer de ninguna enfermedad.

CLÁUSULA 5: GASTOS AMPARADOS

Se entenderán por Gastos Amparados a los gastos razonables, incurridos por el Asegurado durante el período de vigencia de esta Póliza por tratamientos, servicios o suministros médicamente necesarios facturados por Centros Clínicos u Hospitalarios y Médicos tratantes, que la Empresa de Seguros conviene en cubrir en exceso de, deducible, si lo hubiere, y hasta la suma asegurada establecida en el Cuadro Póliza.

GRGRIPR06V01

A continuación se describen y condicionan los referidos gastos amparados:

1. Gastos por Estadía Hospitalaria:

Son los gastos por concepto de permanencia en calidad de paciente en el Centro Hospitalario y/o habitación: Los gastos cubiertos por este concepto serán hasta por el máximo del costo de una habitación corriente en la institución hospitalaria, excluyéndose expresamente el exceso que corresponda a habitaciones especiales o de lujo, cuyo costo correrá por cuenta del Asegurado.

- 1.a) Unidad de Cuidados Intensivos.
- 1.b) Alimentación del Asegurado excepto gastos por concepto de restaurante o fuente de soda.
- 1.c) Acompañante, siempre que ocupe la misma habitación que el paciente asegurado. No se considerarán cubiertos los gastos que genere el acompañante por concepto de alimentación y otros.
- 1.d) Llamadas telefónicas urbanas y televisión.
- 1.e) Atención de Enfermería y Paramédica.
- 1.f) Historia Clínica o Gastos de Admisión, sin considerarse los gastos de administración ni de cobranza.

2. Honorarios Médicos

Se refiere a los gastos por la atención profesional de los Médicos tratantes y comprende lo siguiente:

- 2.a) Por Atención Quirúrgica: Son los gastos en que incurra el Asegurado por concepto de Honorarios Médicos por una Cirugía por el personal médico que actuó profesionalmente en la atención médica prestada. Bajo esta cláusula se entiende como Personal Médico al Cirujano Principal, Primer y Segundo Ayudantes y Anestesiólogo. Los Honorarios Médicos facturados correspondientes al Primer Ayudante y Anestesiólogo, serán como máximo el 40% de los del Cirujano Principal, para cada uno. Los Honorarios Médicos facturados correspondientes al Segundo Ayudante serán como máximo el 30% del máximo asignado al Cirujano Principal.
- 2.b) Si el Asegurado en el curso de una hospitalización es atendido por dos (2) o más médicos o cirujanos, el monto de los gastos cubiertos será el mismo como si hubiera sido atendido por uno solo.
- 2.c) Si en el curso de un acto quirúrgico se efectuasen dos (2) o más intervenciones en uno o más órganos del cuerpo, la indemnización por Honorarios Médicos será la correspondiente a la de mayor monto.

GRGRIPR06V01

- 2.d) Sí el Asegurado en el curso de una hospitalización se le efectuasen dos (2) o más intervenciones quirúrgicas de varios órganos, no relacionados, el cálculo de la indemnización por Honorarios Médicos será el que resulte de considerar estas intervenciones como actos médicos independientes.
- 2.e) Si un tratamiento quirúrgico o médico se efectuase mediante intervenciones repetidas, serán consideradas como una sola.
- 2.f) Médicos Especialistas para la atención no quirúrgica de Enfermedades.
- 2.g) Maternidad: Son los gastos por los servicios médicos prestados al Asegurado como consecuencia de su estado de gravidez, sus consecuencias y complicaciones, siempre que se hubiere contratado el anexo correspondiente, conforme a los términos y condiciones establecidos en el mismo.

3. Gastos Clínicos y Especiales de Diagnóstico

3.a) Gastos Clínicos:

- Sala de Operaciones y Cuarto de Recuperación.
- Derecho y Material de Anestesia.
- Oxígeno.
- Transfusiones de Sangre.
- Medicinas autorizadas por prescripción médica y exclusivamente relacionadas con el tratamiento de la enfermedad o lesión que causa el reclamo.
- Material Quirúrgico y de Cura: serán indemnizados contra la presentación del detalle del consumo suministrado por la institución Clínica u Hospitalaria, utilizada y necesaria para el tratamiento de la enfermedad o lesión que causa el reclamo.
- Terapia Respiratoria.
- Traslado en Ambulancia.
- Monitoreo (Electrocardiografía, Presión Arterial Invasiva o no Invasiva, Saturación de Oxígeno, Presión Intracraneal), Dinamap.
- Prótesis Internas Funcionales.
- Uso de Aparatos Especiales de Alta Tecnología.
- Fisioterapia y Rehabilitación a consecuencia de accidentes o enfermedades cubiertas por esta Póliza.
- Sala de Emergencia.

GRGRIPR06V01

3.b) Gastos Especiales de Diagnóstico:

- Procedimientos de Imagenología.
- Exámenes de Laboratorio y Estudios Microbiológicos.
- Exámenes Especiales y Estudios Anatomopatológicos.
- Quimioterapia y Radioterapia.

Queda entendido que tales gastos, sólo serán cancelados en los casos en que el Asegurado haya recibido tratamiento médico para la curación de una enfermedad, secuela a la salud por causa de accidente o en el caso de realizarse una intervención quirúrgica prescrita por el Médico Tratante. En ningún caso se indemnizarán los gastos originados por exámenes motivados a chequeos médicos ni por exámenes y estudios realizados sin el debido respaldo de un tratamiento médico acorde con la enfermedad.

Si en el curso de una misma hospitalización o intervención quirúrgica, el Asegurado Titular o la persona inscrita es atendida por dos o más cirujanos, o si se efectúan dos a más operaciones, éstas serán consideradas como una sola a los efectos de la indemnización y si se presentan accidentes y/o complicaciones y enfermedades directas o indirectas originadas por la enfermedad primaria, durante el curso de la hospitalización o que requieran nueva hospitalización, la indemnización en ningún caso excederá, por cada Asegurado, del límite máximo establecido en el cuadro póliza. En caso de dos o más cirugías practicadas durante el mismo acto quirúrgico, la Empresa de seguros pagará de la siguiente manera: el 100% de la de mayor costo, 50% de la siguiente en costo, 25% del costo de cada una de las subsiguientes, sin exceder en ningún caso de la Cobertura contratada.

CLÁUSULA 6: FORMA DE LA INDEMNIZACIÓN

La Empresa de Seguros pagará la indemnización que corresponda bajo cualquiera de las siguientes opciones:

1. Mediante reembolso los gastos en que se hubieren incurrido, al Asegurado Titular, al Asegurado que recibió los servicios médicos, en caso de que el Asegurado Titular hubiere fallecido antes de haberse hecho efectivo el pago, o a la persona que se autorice para tal fin, o
2. Mediante la prestación del servicio de salud que requiera el Asegurado a través de un Médico Tratante o de un Centro Médico Asistencial con los cuales la Empresa de Seguros haya suscrito contratos que aseguren la prestación de los servicios previstos en esta Póliza.

La Empresa de Seguros trimestralmente indicará, mediante avisos colocados en cada una de sus oficinas de atención al público o en los medios de información electrónicos, los profesionales de la medicina o Centros Asistenciales proveedores con los cuales haya suscrito tales contratos. En este caso, la Empresa de Seguros otorgará carta aval o clave de acceso que permitan recibir la prestación del servicio. No obstante, el otorgar cualquiera de estos instrumentos para la prestación del servicio estará sujeto a un análisis previo de la Empresa de Seguros, a fin de que ésta pueda determinar que el accidente o enfermedad que originó la solicitud está cubierto por la Póliza.

GRGRIPR06V01

CLÁUSULA 7: PLAZOS DE ESPERA

Todos los Asegurados inscritos en el Seguro tendrán derecho a los beneficios garantizados por esta Póliza, una vez transcurridos los Plazos de Espera que se especifican a continuación:

1. Tendrán cobertura inmediata los accidentes y las siguientes enfermedades agudas: meningoccefalitis, apendicitis y dengue hemorrágico, ocurridos, contraídas u originadas después de la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza, aumento de Suma Asegurada o cambio de Plan.
2. El Asegurado tendrá derecho a los beneficios garantizados por esta Póliza cuando la enfermedad, que pueda dar origen a hospitalización, intervención quirúrgica o tratamiento médico, se contraiga u origine después de cuatro (4) meses contados desde la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza, aumento de Suma Asegurada o cambio de Plan, excepto las enfermedades mencionadas en el literal a) de esta cláusula.

CLÁUSULA 8: EXCLUSIONES TEMPORALES

Las siguientes enfermedades o defectos estarán cubiertos, una vez transcurridos los plazos indicados, contados a partir de la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza, aumento de Suma Asegurada o cambio de Plan:

1. Cuando la enfermedad que pueda dar origen a hospitalización, intervención quirúrgica o tratamiento médico, se hubiese contraído u originado con anterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza o durante los primeros cuatro (4) meses de su inclusión, y no se hubiese tenido conocimiento del diagnóstico al momento de llenar la solicitud de seguro, el Asegurado tendrá derecho a los beneficios garantizados por esta Póliza después de un (1) año contado a partir de su inclusión en la misma.
2. Para las Enfermedades o Defectos Físicos Congénitos, después de dos (2) años ininterrumpidos de estar amparado el Asegurado por esta Póliza.
3. Para las Enfermedades Preexistentes, después de dos (2) años ininterrumpidos de estar amparado el Asegurado por esta Póliza.

A los hijos del Asegurado Titular cuyos partos hubieren estado cubiertos por el anexo de Cobertura de Maternidad no se les aplicará esta cláusula, siempre que hayan sido incluidos en la Póliza y pagado la prima correspondiente dentro de los treinta (30) días continuos siguientes a la fecha de su nacimiento.

CLÁUSULA 9: INDISPUTABILIDAD

Esta Póliza será indisputable en lo que respecta a Enfermedades Preexistentes o Enfermedades o Defectos Físicos Congénitos:

1. Para el Asegurado inscrito desde la fecha de inicio de la Póliza, después de tres (3) años ininterrumpidos, contados desde la fecha de comienzo de la Póliza.

GRGRIPR06V01

2. Para el Asegurado inscrito Luego de haber entrado en vigor esta Póliza, después de tres (3) años ininterrumpidos, contados desde la fecha de su inclusión en la Póliza.

CLÁUSULA 10: EXCLUSIONES

La presente Póliza y sus Anexos, a menos que en éstos se exprese directamente lo contrario, no cubren los gastos incurridos, que sean a consecuencia de los siguientes eventos o por los servicios médico-hospitalarios recibidos que se mencionan a continuación:

1. Las consultas, los exámenes y hospitalizaciones realizadas con fines exclusivamente de diagnóstico o chequeos de salud sin que éstos concluyan con el diagnóstico de una enfermedad con su tratamiento correspondiente cubierto por ésta Póliza.
2. Tratamientos pre y post natales, tratamientos neonatales. Embarazo y sus resultantes: parto, aborto, embarazo ectópico, cesárea y cualquier consecuencia o complicación relacionada directa o indirectamente con la maternidad.
3. Atención médica, estudios, tratamientos, hospitalización y cirugía por: alteraciones del crecimiento, obesidad, reducción de peso y calvicie.
4. Atención médica, estudios, tratamientos, hospitalización y cirugía por: Fertilización, esterilización, métodos anticonceptivos, impotencia, frigidez, chequeos y controles ginecológicos, menopausia, andropausia, enfermedades de transmisión sexual, Virus del Papiloma Humano (VPH) y las consecuencias directas o indirectas que se deriven de todos estos casos.
5. Exámenes de la vista. Cirugía o tratamiento para corregir defectos de refracción visual. Anteojos y lentes de contacto.
6. Enfermedades y tratamientos dentales y periodontales, tratamientos quirúrgicos de distonía miofaciales por mal oclusión dentaria y anomalías de crecimiento de maxilares y tratamiento de síndrome de la articulación temporo maxilar.
7. Tratamiento quirúrgico de patología no tumoral de las glándulas mamarias. Condición fibroquística de la mama. Mamas Supernumerarias.
8. Cirugía estética, cosmética o reconstructiva, no originada por un proceso maligno del órgano afectado o aquella que no sea debido a un accidente ocurrido y notificado durante la vigencia de esta Póliza y que no se haya practicado dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la ocurrencia del accidente. Hallux Valgus. Tratamientos de varicosidades de los miembros inferiores.
9. Gastos incurridos para la adquisición de muletas, sillas rodantes o cualquier aparato ortopédico que se requieran para uso temporal. Si el costo del alquiler fuese superior al precio de compra del aparato, la Empresa de Seguros indemnizará de acuerdo al precio de compra. Calzados ortopédicos. Aparatos para mejorar la audición.

GRGRIPR06V01

10. **Atención de estados gripales, diagnóstico y tratamientos desensibilizantes de alergias. Vacunas y su aplicación.**
11. **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), sus consecuencias directas o indirectas y complicaciones.**
12. **Neuralgias tensionales, curas de reposo, trastornos y deficiencias mentales, tratamientos psiquiátricos, incluyendo estrés, ansiedad o depresión. Tratamientos de condiciones o complicaciones relacionadas con el consumo de alcohol, drogas estupefacientes o sicotrópicas y sus consecuencias directas o indirectas.**
13. **Tentativa de Suicidio, lesiones auto inferidas o causadas a sí mismo y sus consecuencias directas o indirectas.**
14. **Terapia ocupacional, educacional o del lenguaje.**
15. **Participación en actividades deportivas de alto riesgo de cualquier índole, tales como: luchas, pesca submarina, paracaidismo, vuelo en Ícaro, vuelo a vela, motonetas o vehículos similares, así como las competencias automovilísticas, salvo que sean declaradas en la solicitud y aceptado el riesgo por la Empresa de Seguros con el cobro de la extra prima correspondiente.**
16. **Participación activa en hechos delictivos o prestando servicio militar, Guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones de guerra (haya habido o no declaraciones de ella), terrorismo, asonada, insurrección, rebelión, revolución, conspiración, poder militar, poder naval, usurpación de poder, ley marcial o estado de sitio o cualquiera de los eventos o causas que determinen la proclamación o el mantenimiento de la ley marcial o estado de sitio. Enfermedades epidémicas decretadas por la autoridad competente.**
17. **Riesgos atómicos o de energía nuclear y sus consecuencias directas o indirectas. Confiscación, nacionalización, requisición destrucción de o bajo las órdenes de cualquier gobierno o autoridad pública o local.**
18. **Profesionales o tratamientos no aceptados por la Federación Médica. Cualquier tipo de responsabilidad profesional del personal médico, paramédico o de cualquier Centro Médico Asistencial.**

CLÁUSULA 11: PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMACIONES

1. En el caso de reembolso de los gastos incurridos por el Asegurado la Empresa de Seguros pagará con base a las certificaciones médicas, informaciones del Centro Médico Asistencial, facturas, récipes de indicación médica y documentos originales concernientes a servicios médicos expresamente cubiertos por esta Póliza y dispensados al Asegurado. Este deberá formular una reclamación, acompañada de los recaudos anteriormente señalados, dentro de los treinta (30) días siguientes de haber recibido el servicio médico o a su egreso del Centro Médico Asistencial, en los formularios usuales de la Empresa de Seguros. Asimismo, el

GRGRIPR06V01

asegurado se compromete a suministrar a la Empresa de Seguros, en especial en los casos de tratamiento continuado, mensualmente, en original, las facturas y comprobantes de pago por los servicios médicos recibidos y amparados. Cuando el Asegurado reciba los servicios fuera de la República Bolivariana de Venezuela, las facturas deberán ser traducidas al idioma castellano y sellado por el Consulado o Embajada de la República Bolivariana de Venezuela en el país donde se prestaron los servicios.

La Empresa de Seguros podrá solicitar documentos adicionales, a los descritos anteriormente, en una sola oportunidad adicional, dicha solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó, a satisfacción de la Empresa de Seguros, el último de los documentos requeridos en párrafo anterior. En este caso, se establece un plazo de diez (10) días hábiles para la presentación de los recaudos solicitados por la Empresa de Seguros, contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos.

Si el Asegurado no hiciera la reclamación en los lapsos indicados, a menos que compruebe que la misma dejó de realizarse por una causa extraña no imputable al Asegurado, perderá el derecho a la indemnización que le otorga esta Póliza.

2. En el caso de solicitar Carta Aval, el Asegurado deberá suministrar a la Empresa de Seguros; el presupuesto detallado de los gastos médicos por los servicios a ser prestados por el Centro Médico Asistencial, los resultados de los exámenes preparatorios al diagnóstico y el (los) informe(s) médico(s) donde se señale el diagnóstico y la intervención quirúrgica o atención médica a efectuarse. El Asegurado deberá remitir estos documentos como mínimo con cinco (5) días de anticipación a la fecha en que deba efectuarse la intervención quirúrgica o atención médica y una vez analizado los recaudos, de ser procedente, la Empresa de Seguros, entregará la Carta Aval al Asegurado dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la fecha en que fueron consignados los documentos antes mencionados.
3. En el caso de Clave de Acceso, ésta será otorgada por la Empresa de Seguros sólo en situaciones de Emergencia Médica y corresponderá al Centro Médico Asistencial comunicarse con la Empresa de seguros, enviando vía fax toda la documentación inherente a los gastos por los servicios médicos a ser prestados al Asegurado.

CLÁUSULA 12: SUBROGACIÓN DE DERECHOS

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

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará si el daño hubiese sido causado por los descendientes, por el cónyuge, por la persona con quien mantenga unión estable de hecho, por otros parientes del Asegurado o por personas que convivan permanentemente con él o por las personas por las que deba responder civilmente. El Asegurado o Beneficiario no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de recobrar de otras personas los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado, bajo pena de perder todo derecho a indemnización por la póliza. En caso de siniestro, el Asegurado o Beneficiario está obligado a realizar a expensas de la Empresa de Seguros los actos que ésta razonablemente le exija o que sean necesarios, con el objeto de que la Empresa de Seguros ejerza los derechos que le corresponda por subrogación, sean antes o después del pago de la indemnización.

GRGRIPR06V01

CLÁUSULA 13: PERITAJE

Cuando el Asegurado no esté de acuerdo con la evaluación de la indemnización de un siniestro, podrá someterse al siguiente procedimiento:

1. Nombrar por escrito un Perito de común acuerdo entre las partes.
2. En caso de desacuerdo sobre la designación del Perito único, se nombrarán por escritos dos (2) Peritos, uno por cada parte, en el plazo de dos (2) meses calendarios a partir del día en que una de las dos partes haya requerido a la otra dicha designación. Si una de las dos (2) partes se negare a designar o dejare de nombrar el Perito en el plazo estipulado la otra parte tendrá derecho a nombrar un Amigable Componedor.
3. Si los dos (2) Peritos así nombrados 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.

Los Peritos deberán dar su fallo por escrito dentro de un periodo de sesenta (60) días continuos después de haber aceptado la designación. Los Peritos harán sus evaluaciones ateniéndose a las condiciones del contrato. Los gastos de peritaje serán sufragados en partes iguales por la Empresa de Seguros y el Asegurado, a falta de éste por sus Beneficiarios o herederos legales. El fallecimiento de cualesquiera 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 fallecieran antes del dictamen final, la parte o los Peritos que le hubieren nombrado, según el caso, quedan facultados para sustituirlo por otro.

Para los efectos de esta Cláusula, se entiende por Perito y Amigable Componedor el médico legalmente autorizado para el ejercicio de la profesión médica y tener una especialidad reconocida por la Federación Médica Venezolana y con experiencia en la materia objeto de peritaje.

CLÁUSULA 14: OBLIGACIONES DE LOS ASEGURADOS

El Asegurado se compromete a:

1. Permitir que se tomen todas las medidas necesarias que fuesen posible adoptar a objeto de reducir al mínimo las consecuencias del accidente o enfermedad cubierta por la Póliza, incluyendo las medidas de control de costos, evaluación de servicios y cualquier otra medida considerada como necesaria por la Empresa de Seguros.
2. Certificar la exactitud de su reclamación y de cuantos aspectos estén consignados en la misma.
3. Autorizar al Médico Tratante y al Centro Médico Asistencial para dar información acerca de su estado físico, historia clínica y demás circunstancias que originaron la reclamación, relevándolos de guardar el secreto médico.

GRGRIPR06V01

El incumplimiento de estas obligaciones, exonerará a la Empresa de Seguros del pago de la indemnización, salvo en el caso que compruebe que dejó de realizarse por una causa extraña no imputable al Asegurado.

CLÁUSULA 15: ÁMBITO DE LA PÓLIZA

Esta Póliza tiene alcance durante las 24 horas del día y en cualquier parte del mundo.

CONDICIONES PARTICULARES

COBERTURA DE ACCIDENTES PERSONALES

CLÁUSULA 1: OBJETO, DEFINICIONES Y EXTENSIÓN DE LA COBERTURA

La presente Cobertura forma parte integrante de la Póliza Salud Vivir y tiene por objeto indemnizar de acuerdo a lo establecido en las siguientes condiciones por accidentes que sufra el Asegurado:

- En el ejercicio de las ocupaciones declaradas. - En el desarrollo de cualquier otra actividad de la vida habitual.

Para los efectos de esta Cobertura se entiende por Accidente toda lesión corporal sufrida por el Asegurado, por la acción repentina de un agente externo dejando heridas o contusiones visibles, originadas en forma súbita, violenta, fortuita, imprevista y ajena a su voluntad, directa e independientemente de cualquier otra causa.

1. La Cobertura se extiende y comprende a amparar los eventos causados como consecuencia de:

- a) Las consecuencias de insolaciones, congelaciones y efectos de la prolongada exposición al calor o frío, que no haya podido evitar el Asegurado y por tanto no sean causas imputables a éste.
- b) El envenenamiento, la intoxicación, y las consecuencias de la ingestión de cualquier alimento, sustancia y objeto, siempre que no sean como consecuencia de actos intencionales del Asegurado; quedando excluidas en cualquier caso las intoxicaciones debidas al uso de alcohol y psicofármacos y al uso de sustancias estupefacientes y alucinógenas.
- c) Las quemaduras y la asfixia producida por fuga súbita de gases o vapores, y la caída del rayo.
- d) Las consecuencias de infecciones sobrevenidas a causa de un accidente ocurrido durante la vigencia de esta Cobertura.
- e) Las consecuencias de todo tipo de mordeduras de animales y picaduras de insectos, excluidas en cualquier caso las que provoquen las enfermedades infectocontagiosas, tales como: paludismo, dengue, fiebre amarilla y todas aquellas que sean decretadas por las autoridades competentes como epidemias.

GRGRIPR06V01

- f) Los accidentes sufridos en ocasión de actos realizados por deber de solidaridad humana, siempre que no sean producidos por eventos excluidos por la presente Cobertura.
- g) Los accidentes sufridos en estado de inconsciencia total o parcial, siempre que no deriven de abuso de alcohol, psicofármacos, uso de sustancias estupefacientes y alucinógenos. Se entiende por estado de embriaguez la presencia en la sangre de más de 0,80 gramos por mil de alcohol, siempre y cuando la muestra haya sido tomada como máximo dos horas después de ocurrido el accidente. En el caso que la muestra de sangre se tome con posterioridad a las dos horas de haber ocurrido el accidente, cualquier presencia de alcohol eximirá a la Empresa de Seguros de toda responsabilidad.

2. Deportes:

a) Práctica deportiva:

Esta Cobertura tiene validez para todos los deportes, excepto para: Boxeo, lucha en sus distintas formas, esgrima, tiro, equitación, halterofilia, andinismo con escalada de paredes rocosas o acceso a glaciares, escalamiento de montañas, escalada libre, lanzamiento de caída libre, esquís, saltos de trampolín con esquís, hockey, rugby, inmersiones con empleo de aparatos respiratorios, deporte submarino, surfing, vela, bicicleta de montaña, coleo, rodeo, deportes aéreos y náuticos en general, uso de vehículos a motor o animales en cualquier tipo de competencia.

b) Participación en carreras o competencias y sus correspondientes pruebas y entrenamientos:

Esta Cobertura tiene validez para la participación en carreras o competencias, y sus correspondientes pruebas y entrenamientos de todos los deportes no excluidos por el apartado anterior, quedando excluidas en cualquier caso las personas inscritas en las Federaciones respectivas como profesionales o semi profesionales.

3. Accidentes de Aviación:

Los riesgos de esta Cobertura se extienden a los Accidentes de aviación que sufra el Asegurado siempre y cuando viaje como pasajero, piloto o personal de abordo en cualquier línea aérea regular y comercial de transporte de pasajeros.

CLÁUSULA 2: RIESGOS AMPARADOS

Los riesgos amparados por esta Cobertura son:

1. MUERTE ACCIDENTAL:

Si como consecuencia de un accidente sufrido por el Asegurado y amparado por esta Cobertura, le sobreviniera la muerte dentro de un (1) año contado a partir de la fecha de ocurrencia del mismo, la Empresa de Seguros pagará a los Beneficiarios designados, o a falta de éstos, a los herederos legales del Asegurado el Monto de la Cobertura indicada en el Cuadro Póliza vigente para el momento del Accidente.

2. INVALIDEZ PERMANENTE:

Si como consecuencia de un Accidente sufrido por el Asegurado y amparado por esta Cobertura, le sobreviniere dentro de un (1) año contado a partir de la fecha de ocurrencia del mismo, cualquiera de las invalideces enumeradas en la Escala de Indemnizaciones, la Empresa de Seguros pagará al Tomador o en su defecto al Beneficiario inválido, la cantidad resultante de aplicar el porcentaje estipulado en dicha escala, al Monto de la Cobertura indicado en el Cuadro Póliza, vigente para el momento del Accidente.

ESCALA DE INDEMNIZACIONES

- Invalidez Total y Permanente

Parálisis completa	100%
Enajenación mental, absoluta e incurable o pérdida de la conciencia	100%
Ceguera absoluta bilateral	100%
Pérdida total de la audición y el habla	100%
Lesiones Incurables de la médula espinal que impidan por completo el movimiento	100%
Pérdida completa impotencia funcional absoluta y permanente de dos miembros superiores o Inferiores, o uno superior y uno inferior, entendiéndose por tales inclusive las manos y los pies	100%

- Invalidez Parcial y Permanente por amputación o inutilización por impotencia funcional absoluta de:

Un ojo con disminución de la agudeza visual del otro en más de un 50%, siempre y cuando este sea incorregible	75%
Un ojo con enucleación	55%
Sin enucleación	40%
Reducción de la visión de ambos ojos en más de un 50%	45%
Sordera total bilateral	65%
Sordera total unilateral	35%
Pérdida total de una oreja	25%
Pérdida total de las dos orejas	45%
Pérdida total de la nariz	40%
Pérdida del habla	60%
Pérdida total del maxilar inferior o ablación total de la mandíbula	
Trastornos graves en las articulaciones de ambos maxilares	45%
Pérdida total del maxilar inferior o ablación total de la mandíbula	45%
Trastornos graves en las articulaciones de ambos maxilares	25%
Pérdida total del olfato o el gusto	10%
Pérdida total del movimiento de la columna cervical con o sin manifestaciones neurológicas	45%
Pérdida total del movimiento de la columna dorsal con o sin manifestaciones neurológicas	45%
Pérdida total del movimiento de la columna lumbar con o sin manifestaciones neurológicas	45%
Pérdida total del movimiento de la cadera	70%

- De las extremidades Superiores:

Pérdida total por amputación o mutilación de	DERECHO	IZQUIERDO
Un brazo	75%	55%
Una mano	75%	55%
Dedo pulgar	35%	30%
Dedo índice	30%	25%
Dedo medio	20%	15%
Dedo anular	20%	15%
Dedo meñique	15%	10%
Dedo índice y pulgar	55%	45%
De una falange del dedo pulgar	20%	15%
De una falange del dedo índice	15%	10%
De una falange de cualquier otro dedo	10%	7%
De dos falanges del dedo índice	20%	15%
De dos falanges de cualquier otro dedo que no sea el pulgar	15%	10%
Pérdida total del movimiento de la Muñeca	30%	25%
Pérdida total del movimiento del hombro	35%	30%
Pérdida total del movimiento del codo	35%	30%
Fractura mal consolidada de un brazo	30%	25%

Fractura mal consolidada del antebrazo:	DERECHO	IZQUIERDO
De los dos huesos	30%	25%
De un solo hueso	25%	20%

- De las extremidades Inferiores:

Pérdida por amputación o mutilación de:

Una pierna por encima de la rodilla	75%
Una pierna por debajo de la rodilla	65%
Un pie	65%
Dedo gordo del pie	25%
Cualquier otro dedo del pie	15%
Pérdida total del movimiento de la rodilla	55%
Pérdida total de los movimientos de la garganta de un pie	35%
Pérdida total del movimiento de la articulación subastragalina	25%
Fractura mal consolidada del fémur o de los huesos de la pierna	55%
Fractura mal consolidada de un pie	35%

- Acortamiento de un miembro inferior:

Más de 8 cm	35%
Entre 4 y 8 cm	25%
Menos de 4 cm	15%

Las invalideces no identificadas específicamente en las mencionadas, serán indemnizadas con relación a su gravedad, comparando su alcance con las señaladas en la escala de indemnización.

PARÁGRAFO PRIMERO

En caso de que el Asegurado haga constar en la Solicitud de Seguro que es zurdo, se invertirán los porcentajes de indemnizaciones fijados por la pérdida de las extremidades superiores.

PARÁGRAFO SEGUNDO

La pérdida de miembros u órganos ya imposibilitados antes del Accidente no darán lugar a indemnización, sino por la diferencia entre el grado de invalidez que presentare antes y después del Accidente de la persona asegurada.

La indemnización de lesiones en miembros u órganos sanos sufridos en accidentes no puede ser incrementada por el estado de invalidez de otro miembro u órgano no afectado por ese Accidente.

En caso de invalidez como consecuencia del mismo Accidente que incluya varias de las indemnizaciones, el monto a pagar se calculará sumando los porcentajes correspondientes a cada invalidez, sin que el mismo exceda de la indemnización de una incapacidad total y permanente. Cuando varias incapacidades afecten a un mismo miembro u órgano no se acumulan entre sí, sino que la indemnización se determina por la mayor de dichas incapacidades.

PARÁGRAFO TERCERO

Si El Asegurado sufre una invalidez amparada por esta Cobertura y antes de que la Empresa de Seguros haya efectuado el pago correspondiente, el Asegurado falleciera como consecuencia del mismo Accidente que originó tal invalidez, la indemnización sólo procederá por la Cobertura de Muerte Accidental.

PARÁGRAFO CUARTO

Si al Asegurado le es declarada una Invalidez Total y Permanente, le serán excluidos los riesgos de esta Cobertura que en ocasión del Accidente fueron afectadas o que pudieran originar futuras indemnizaciones por concepto de la invalidez declarada.

CLÁUSULA 3: BENEFICIOS ADICIONALES

Se incluyen en la presente Cobertura, los siguientes Beneficios adicionales:

1. Doble Indemnización:

Si el Asegurado o algún miembro del grupo familiar inscrito en esta Cobertura sufre un accidente que le causare la muerte, la Empresa de Seguros pagará el doble del capital inicial suscrito en la emisión de la Cobertura por Muerte Accidental indicado en el Cuadro Póliza, siempre y cuando el accidente se hubiere producido en las siguientes circunstancias:

- a) Mientras esté en un ascensor destinado al servicio de personas.
- b) A causa de un incendio en un edificio público, habiéndose encontrado el Asegurado dentro de la propiedad siniestrada en el momento de iniciarse el incendio.

GRGRIPR06V01

- c) Por la explosión de una caldera a vapor.
- d) Por un ciclón, tornado o huracán.
- e) Por fulminación de rayo.
- f) Viajando como pasajero en un autobús de empresas de transporte público que cumpla con itinerario y ruta regular establecida.
- g) Por encontrarse como espectador en canchas, pistas, teatros, cines y locales cerrados destinados a espectáculos públicos o a eventos deportivos.
- h) A causa de una catástrofe originada por la explosión de gases o líquidos inflamables.

2. Salvamento o Búsqueda del Asegurado:

Si a consecuencia de un accidente cubierto por esta Cobertura se hubiese incurrido en gastos con ocasión de la búsqueda y salvamento del Asegurado, entendiéndose por búsqueda, todas las diligencias pertinentes para encontrar al Asegurado accidentado y por salvamento, los recursos y medios utilizados para salvaguardar la vida del mismo, la Empresa de Seguros reembolsará el importe de dichos gastos, hasta con un máximo del treinta por ciento (30%) del monto de la Cobertura de Muerte Accidental.

CLÁUSULA 4: EXCLUSIONES

A los efectos de esta Cobertura, no quedarán cubiertos los daños o lesiones causados por:

1. Los eventos ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de esta Cobertura, aunque sus consecuencias se manifiesten durante su vigencia.
2. Cualquier enfermedad corporal o mental, tratamientos médicos quirúrgicos y sus consecuencias, que no sean motivados por accidentes amparados por esta Cobertura.
3. Acto criminal del Asegurado o al encontrarse el Asegurado en estado de ebriedad, enajenación mental, bajo la influencia de drogas o en estado de sonambulismo.
4. Lesiones inferidas a sí mismo por el Asegurado, así como las provocadas por suicidio o tentativa del mismo.
5. Homicidio o tentativa de homicidio causado intencionalmente por cualquier beneficiario de la presente Cobertura, o de cualquier otro Seguro que tenga el Asegurado fallecido contratada con ésta o con otra Empresa de Seguros, dejando a salvo los derechos que puedan corresponder a los demás beneficiarios designados para la Cobertura, que no hayan sido partícipes o causantes del hecho.

GRGRIPR06V01

6. **Exposición deliberada a peligro excepcional; excepto en un intento por salvar la vida humana.**
7. **Guerra civil o militar, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido o no declaración de guerra), alteración del orden público, motín, huelga, conmoción civil, insubordinación, levantamiento, insurrección, rebelión, revolución, terrorismo, guerra de guerrillas, poder militar, o usurpación de poder, ley marcial o estado de sitio, o cualesquiera de los eventos o causas que determinen la proclamación o el mantenimiento de la ley marcial o estado de sitio, actos criminales o su tentativa, duelos o riñas.**
8. **Cumplimiento del Servicio Militar. Obligatorio.**
9. **Catástrofes naturales (excepto los producidos por rayo).**
10. **Contaminación radioactiva.**
11. **La práctica de deportes como semiprofesional o profesional, o actividades relacionadas con la tauromaquia, a menos que la Empresa de Seguros haya aceptado el riesgo y el Asegurado haya pagado la prima correspondiente.**
12. **Pilotear o ser miembro de la tripulación de una aeronave de cualquier clase, a menos que la Empresa de Seguros haya aceptado el riesgo y el Asegurado haya pagado la prima correspondiente.**

CLÁUSULA 5: PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

En caso de Accidente que no ocasione la muerte del Asegurado, éste o su representante deberá dar aviso a la Empresa de Seguros en un plazo no mayor de treinta (30) días continuos a partir de la fecha del Accidente, indicando fecha, hora, lugar y circunstancias del mismo, y, además, nombre y domicilio de los testigos si los hubiere, mencionando si han intervenido las autoridades y si se ha iniciado sumario. Si el Accidente causó la muerte del Asegurado, el plazo señalado se reducirá a veinte (20) días continuos a partir de la fecha del Accidente, debiendo enviar el Certificado de Defunción dentro de dicho plazo. La Empresa de Seguros quedará exenta de responsabilidad en los casos que los siniestros no sean participados en la forma prevista, salvo que se demuestre fehacientemente la imposibilidad material de haberlo efectuado.

En caso de Invalidez Permanente el Asegurado accidentado o su representante deberá hacer llegar a la Empresa de Seguros, dentro del plazo del aviso del accidente, un certificado médico expresando las causas y la naturaleza de las lesiones, sus consecuencias conocidas o presuntas y la constancia que acredite la Invalidez Permanente y que se encuentra sometido a un tratamiento médico.

La Empresa de Seguros se reserva el derecho de examinar al Asegurado accidentado por un médico designado por ella. En caso de fallecimiento del Asegurado, la Empresa de Seguros se reserva el derecho de exigir la autopsia o la exhumación del cadáver para establecer las causas de la muerte, debiendo los Beneficiarios prestar su conformidad y su concurso si fueren imprescindibles para la obtención de las correspondientes autorizaciones oficiales. La autopsia o la exhumación deberá efectuarse con citación de los Beneficiarios, quienes podrán designar un médico para representarlos.

GRGRIPR06V01

Todos los gastos que se produzcan serán pagados por la Empresa de Seguros, excepto los derivados del médico representante de los Beneficiarios.

CLÁUSULA 6: PLAZO PARA PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS

La Empresa de Seguros quedará relevada de toda responsabilidad sobre cualquier siniestro y el Tomador y demás Beneficiarios de esta Cobertura, perderán todo derecho a indemnización, salvo causa de fuerza extraña no imputable al Asegurado:

1. Si después de notificada a la Empresa de Seguros la ocurrencia de un siniestro, no se hubiere presentado la documentación necesaria para el análisis de la reclamación dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha del aviso del mismo.
2. Si después de solicitada la documentación faltante, para el análisis de la reclamación, la misma no se hubiese presentado dentro de los tres (3) meses siguientes a la fecha de la solicitud.

Las causas extrañas no imputables al Asegurado deberán ser demostradas, justificadas y soportadas con evidencia clara que según los propios hechos acaecidos le den tal distinción.

CLÁUSULA 7: PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

La Empresa de Seguros pagará las indemnizaciones que correspondieron en virtud de esta Cobertura, de la manera siguiente:

1. En caso de Muerte del Asegurado: a los Beneficiarios designados, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes de presentada la documentación exigida por la Empresa de Seguros. Cuando los Beneficiarios sean varios, la distribución del pago correspondiente en virtud de esta Cobertura, se hará en partes iguales si no hay estipulación en contrario, y en caso de que alguno o algunos de los Beneficiarios designados fallecieren antes o simultáneamente con el Asegurado, la parte correspondiente a éstos acrecerá en favor de los Beneficiarios sobrevivientes; y si todos han fallecido se pagará a los herederos legales del Asegurado. A falta de estipulación escrita, los Beneficiarios serán los herederos legales del Asegurado; la Empresa de Seguros queda autorizada por éste a pagar el monto de la cobertura a aquellos herederos legales que hubieren comprobado tal carácter, durante los noventa (90) días siguientes a partir de la muerte, quedando la Empresa de Seguros, exenta de toda responsabilidad para con los herederos legales que no hayan concurrido dentro del plazo señalado a reclamar por escrito sus Beneficios y a comprobar su cualidad de herederos.
2. En caso de Invalidez Permanente, al Asegurado o a su representante, dentro de los treinta (30) días hábiles siguientes a la presentación de los certificados que acrediten tal invalidez.
3. Salvo disposición en contrario, los beneficios adicionales señalados en la Cláusula 3 de esta Cobertura que generen una indemnización, serán pagados al Tomador.

GRGRIPR06V01

CLÁUSULA 8: DESAPARICIÓN DEL ASEGURADO

Si en el curso de un viaje ocurriese un percance, no se tuvieran noticias del Asegurado y se declarará su desaparición por las autoridades competentes, por un período no inferior a un (1) año, la Empresa de Seguros hará efectivo el pago de la indemnización establecida para el caso de la Cobertura de Muerte Accidental. Si posteriormente apareciera vivo el Asegurado o si se tuvieran noticias ciertas de que efectivamente vive, la Empresa de Seguros tendrá derecho a la restitución de la suma pagada.

CLÁUSULA 9: OTROS TÉRMINOS

Esta Cobertura, salvo lo dispuesto en contrario en el texto de la misma, se regirá para todos sus efectos por las Condiciones Generales de la Póliza Salud Vivir y las Condiciones Particulares de la Cobertura de Salud.

COBERTURA DE SERVICIOS FUNERARIOS

CLÁUSULA 1: DEFINICIONES ESPECÍFICAS

A los efectos de esta Cobertura se entiende por:

PLAN: Nombre o código de identificación que se le asigna a la descripción de coberturas específicas que incluyen sus Sumas Aseguradas y demás condiciones, según como figura en el Cuadro Póliza.

ACCIDENTE: Lesión corporal sufrida por el Asegurado, por la acción repentina de un agente externo dejando heridas o contusiones visibles, originadas en forma súbita, violenta, fortuita, imprevista y ajena a su voluntad, directa e independientemente de cualquier otra causa.

PASAJERO: Persona que utiliza una aeronave de línea comercial única y exclusivamente como medio de transporte, por lo tanto, quedan excluidos de la categoría de pasajeros:

- a) Los que con ocasión del medio de transporte reciban habitualmente un aprendizaje o instrucción.
- b) Los usuarios de aeronaves que no correspondan a líneas comerciales.

CLÁUSULA 2: COBERTURAS

El Servicio Funerario que la Empresa de Seguros garantiza de acuerdo al plan contratado, podrá ser realizado en cualquier agencia legalmente establecida para tal fin, elegida libremente por el Asegurado.

Se incluye en el Servicio prestado rubros tales como:

- a) **Ataúd adecuado para las exequias.**

GRGRIPR06V01

- b) **Servicio de capilla - Servicio de cafetín.**
- c) **Invitación por la prensa local donde ocurra el deceso, o anuncios por una emisora de la localidad.**
- d) **Oficios religiosos.**
- e) **Vehículos de acompañamiento para los familiares.**
- f) **Una cruz de flores naturales.**
- g) **Coche fúnebre para el traslado del hospital, clínica o residencia al lugar donde deberá efectuarse el sepelio.**
- h) **Coche fúnebre para el sepelio.**
- i) **Traslado del fallecido vía terrestre o vía aérea dentro del territorio nacional.**
- j) **Preparación y arreglo normal de fallecido.**
- k) **La Empresa de Seguros, realizará las diligencias de ley (Certificado de Defunción) y todo lo necesario para el sepelio.**
- l) **Una parcela por cada persona asegurada, en el cementerio municipal o privado de la localidad donde deba efectuarse el sepelio.**
- m) **Se incluye alternativamente, de acuerdo al plan contratado el Servicio de Cremación.**

CLÁUSULA 3: RIESGOS GARANTIZADOS Y RIESGOS NO CUBIERTOS

La Empresa de Seguros indemnizará, una vez superado el período de carencia establecido en la Cláusula 4 de esta Cobertura y hasta por un límite máximo indicado como suma asegurada en el Cuadro Póliza, los gastos incurridos de acuerdo con lo señalado en la Cláusula 2 de esta Cobertura en caso de muerte del Asegurado, cualquiera sea la causa que la produzca y el lugar donde ocurra, con las siguientes excepciones o Riesgos no Cubiertos:

- 1. Suicidio del Asegurado ocurrido dentro del primer año de vigencia del contrato de seguro. El plazo de un (1) año se contará a partir de la fecha de inicio de duración del contrato. En caso de haberse efectuado algún aumento de suma asegurada, el plazo de un (1) año se comenzará a contar a partir de la fecha de dicho aumento y lo establecido en este numeral se aplicará únicamente al monto del incremento.**
- 2. Fallecimiento del Asegurado como consecuencia de viajes en cualquier tipo de aeronave, donde el Asegurado no viaje en calidad de pasajero y/o en aeronaves militares y/o entre aeropuertos no registrados.**

GRGRIPR06V01

3. Fallecimiento del Asegurado como consecuencia de:

- a) **Participación activa en riñas, motines, disturbios o en actos delictivos.**
- b) **Accidentes ocurridos bajo la influencia del alcohol, drogas estupefacientes o psicotrópicas.**
- c) **Descensos en paracaídas no exigidos por situación de la aeronave.**
- d) **Reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva directa o indirecta.**

CLÁUSULA 4: PERÍODO DE CARENCIA

En caso de muerte del Asegurado, cualquiera sea la causa que la produzca y el lugar donde ocurra, estará cubierta una vez transcurrido el período de carencia de siniestros establecido en cuatro (4) meses, contados a partir de la fecha de comienzo de la Cobertura o la inclusión de algún Asegurado en la misma.

El período de carencia no procederá cuando el deceso del Asegurado se origine como consecuencia de un accidente.

CLÁUSULA 5: INDEMNIZACIÓN

La Empresa de Seguros indemnizará los costos del servicio prestado directamente a la Institución o Funeraria que los haya realizado. Si por alguna razón el Asegurado utilizara el servicio asumiendo toda responsabilidad de pago ante la funeraria, la Empresa de Seguros reembolsará, el monto razonable (aquellos gastos comunes y justos facturados por las diferentes funerarias por un servicio igual o similar) de los gastos presentados y que se encuentren cubiertos y descritos en el plan contratado.

En caso que el Asegurado compre o posea parcela y haga uso de ella, como consecuencia del fallecimiento de una persona amparada por esta Cobertura, la Empresa de Seguros reconocerá contra reembolso el costo actual de la parcela, hasta por la diferencia que resulte el valor del plan contratado y el monto de los gastos presentados por el resto del servicio.

El Servicio de Cremación será pagado hasta por el valor del plan contratado.

Cualquier exceso que supere el valor del plan contratado en esta Cobertura será por cuenta del Asegurado.

CLÁUSULA 6: NOTIFICACIÓN A LA EMPRESA DE SEGUROS EN CASO DE RECLAMACIÓN

Ocurrido el fallecimiento del Asegurado, la Empresa de Seguros podrá otorgar una clave de acceso y corresponderá a la funeraria comunicarse con ésta y enviar toda la documentación inherente a los gastos por los servicios funerarios a ser prestados al Asegurado. Por otra parte,

GRGRIPR06V01

en caso de que el Beneficiario, su Representante Legal, o cualquier otra persona natural o jurídica hubiesen asumido todas las responsabilidades de pago, deberá dar el Aviso por escrito a la Empresa de Seguros dentro de los cinco (5) días continuos siguientes a la fecha de fallecimiento. Adicionalmente deberán presentar a La Empresa de Seguros, dentro de los treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de fallecimiento el formulario denominado "Declaración de Siniestro" con todos los datos que en ella se especifican, y demás documentos exigibles por la Empresa de Seguros respecto al caso.

La Empresa de Seguros podrá requerir para el pago de la indemnización todas las pruebas que considere necesarias y legales para comprobar fehacientemente el fallecimiento y la edad del Asegurado y la identificación de los Beneficiarios.

CLÁUSULA 7: DOCUMENTOS MÍNIMOS NECESARIOS PARA EL TRÁMITE DE UNA RECLAMACIÓN

1. Indemnización por Muerte Natural:

- a) Partida de nacimiento y cédula de identidad del Asegurado (original y fotocopia).
- b) Acta de defunción del Asegurado (original y fotocopia).
- c) Declaración del médico que atendió al Asegurado.
- d) Certificado de la medicatura forense: "Certificación de defunción" en la que conste el tipo de muerte y el número de la cédula con la que fue identificado el cuerpo (original y fotocopia).
- e) Planilla de Declaración de Siniestro completamente llena.

2. Indemnización por Muerte Accidental:

- a) Los documentos anteriormente señalados para el caso de muerte natural.
- b) Carta narrativa de las circunstancias de cómo se produjo el siniestro, indicando lugar y hora.
- c) Informe de la autoridad competente que intervino en el accidente (si fuese el caso).
- d) Informe médico detallado.

Cuando la Empresa de Seguros requiera documentos adicionales, una vez solicitados, deberán ser entregados dentro de los treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de la solicitud.

Si no se cumpliera con los lapsos de tiempo especificados en los apartados anteriores excepto por causa extraña no imputable a los Beneficiarios y al Representante Legal, debidamente comprobadas, se perderá todo derecho de percibir cualquier indemnización correspondiente a esta Cobertura.

GRGRIPR06V01

CLÁUSULA 8: OTROS TÉRMINOS

Esta Cobertura, salvo lo dispuesto en contrario en el texto de la misma, se regirá para todos sus efectos por las Condiciones Generales de la Póliza Salud Vivir y las Condiciones Particulares de la Cobertura de Salud.

CONDICIONES PARTICULARES COBERTURA DE SIDA

CLÁUSULA 1: OBJETO

La presente Cobertura forma parte integrante de la Póliza Salud Vivir y tiene como objeto el reembolsar al Asegurado los gastos médicos y hospitalarios razonables incurridos y pagados por el Asegurado durante el período de vigencia de la Póliza, sujeto al deducible y a la suma asegurada indicada en el Cuadro Póliza, como también a los límites, términos y condiciones de la presente Cobertura, para aquellas personas aseguradas quienes se confirme padecen S.I.D.A. (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) diagnosticado dentro de la vigencia de esta Cobertura.

CLÁUSULA 2: LÍMITE DE COBERTURA

La Empresa de Seguros reembolsará al Asegurado hasta el 100% de los gastos incurridos amparados que excedan el deducible establecido en el Cuadro Póliza.

La cobertura máxima es por persona y la misma no excederá, en ningún caso, del monto contratado para esta Cobertura, limitada a un período máximo de treinta y seis (36) meses, contados a partir de la fecha de diagnóstico de la enfermedad. Una vez transcurrido ese período, esta Cobertura quedará nula y sin efecto, se haya agotado o no la cobertura contratada.

CLÁUSULA 3: DEFINICIONES

A los efectos de esta Cobertura se entiende por SIDA:

1. Cualquier persona con HIV positivo según examen realizado indistintamente por el método Western Blot o Elisa Assay y que también tenga el conteo total de células CD4. (medido por citómetro de Flujo) inferior a 220/mm³. o un porcentaje total de linfocitos CDS inferior al 14%.
2. Cualquier persona con HIV positivo según examen realizado indistintamente por método Western Blot o Elisa Assay y que también tenga alguna de las siguientes enfermedades específicas:
 - Candidiasis de tráquea bronquios o pulmones.
 - Candidiasis esofágica.
 - Cáncer Cervical invasivo.
 - Coccidiodomicosis extrapulmonar o diseminada.
 - A Criptococosis extrapulmonar.

GRGRIPR06V01

- A Criptosporidiosis crónica intestinal (más de un mes de duración).
- Citomegalovirus (otros además de hepática, esplénica o adenoidea).
- Retinitis citomegalítica (con disminución de la agudeza visual).
- Encefalopatía relacionada con HIV.
- Herpes simple: úlcera(s), más de un mes de duración o bronquitis, neumonitis o esofagitis.
- Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar.
- Isosporiasis intestinal crónica (más de un mes de duración).
- Leucoencefalopatía progresiva multifocal.
- Linfoma de Burkitt.
- Linfoma Inmonoblástico.
- Linfoma Primario de Cerebro.
- Complejo Mycobacterium avium o mycobacterium kansasii, diseminado o extrapulmonar.
- Mycobacterium tuberculosis de cualquier ubicación, pulmonar o extra pulmonar.
- Neumonía Linfoide y/o hiperplasia pulmonar linfoidea.
- Neumonía por Pheumocystis Carinii.
- Neumonía Bacteriana recidivante o recurrente.
- Salmonella no tifoidea, bacteria recurrente.
- Sarcoma de Kaposi.
- Síndrome de emaciación relacionado al **HIV**.
- Toxoplasmosis Cerebral.

COMPLEJO RELACIONADO AL S.I.D.A.: Conjunto de signos y síntomas de enfermedad clínica usualmente presente después que el conteo de células CDA+T esté por debajo de 500 células por ml. Localizados en infecciones menores, no suficientemente indicativas del defecto de inmunidad en las células como para ser considerado S.I.D.A.

CLÁUSULA 4: GASTOS AMPARADOS

Los gastos amparados por esta Cobertura son los gastos razonables por servicios médicos y hospitalarios, exámenes complementarios, drogas prescritas necesarias para el control y tratamiento de la enfermedad comprobados mediante la presentación de recibos, facturas, prescripciones y reportes médicos de acuerdo a los límites establecidos en el Cuadro Póliza:

1. Gastos Hospitalarios

- **Alojamiento en habitación privada con baño.**
- **Drogas, anestésicos y oxígeno.**
- **Operaciones en quirófano, incluyendo material quirúrgico, esterilización y servicio general de enfermeras.**
- **Unidad de Terapia intensiva.**
- **Traslado del paciente en ambulancia (perímetro máximo cien (100) km.).**
- **Uso de camas especiales, monitores y todo tipo de equipo y material necesario para el tratamiento del paciente.**
- **Dietas especiales, cuando sean recomendadas, hasta que el paciente sea dado de alta.**

GRGRIPR06V01

- **Gastos de alojamiento y alimento para un acompañante cuando el paciente hospitalizado sea menor de doce (12) años de edad.**

2. Gastos Médicos:

- **Honorarios médicos.**
- **Honorarios médicos relativos al proceso de diagnosis y terapia. Los gastos durante el proceso de diagnosis estarían cubiertos sólo si es comprobada la existencia de S.I.D.A.**
- **Transfusiones de sangre y otros derivados.**
- **Exámenes de laboratorio, anatomopatológicos y cintilo gráficos.**

CLÁUSULA 5: LÍMITE TERRITORIAL

La Empresa de Seguros reembolsará los gastos de asistencia médica y hospitalaria generados en la República Bolivariana de Venezuela.

Si el Beneficiario se encuentra en el extranjero, sólo serán cubiertos los gastos por honorarios médicos y asistencia hospitalaria en casos de emergencia y según el límite establecido en el Cuadro Póliza, de acuerdo al criterio de gastos razonables causados en la República Bolivariana de Venezuela y serán reembolsados en moneda venezolana, al cambio oficial vigente a la fecha de ocurrencia del siniestro. Estos gastos deberán ser debidamente verificados y aceptados por la Empresa de Seguros.

CLÁUSULA 6: PLAZOS DE ESPERA

El Asegurado tendrá derecho a indemnización después de transcurridos diez (10) meses contados desde la fecha de comienzo de la Póliza y/o de la Cobertura o de la inclusión de cualquier familiar como Asegurado.

CLÁUSULA 7: EXCLUSIONES

Adicionalmente a las exclusiones indicadas en la Cláusula 10 de las Condiciones Particulares de la Cobertura de Salud, esta Cobertura no cubre y excluye:

- 1. Todos los gastos que no sean consecuencia directa de contagio de S.I.D.A.**
- 2. Todos los gastos relacionados con el examen de HIV positivo.**
- 3. Todos los gastos envueltos en el tratamiento del Complejo Relacionado al S.I.D.A.**
- 4. Gastos Incurridos como resultado de condiciones preexistentes, incluyendo HIV con o sin S.I.D.A.**
- 5. Cualquier cirugía, tratamiento o examen no aceptado por el Código de Ética Médico.**

GRGRIPR06V01

- 6. Tratamiento experimental y medicinas no reconocidas por la Federación Médica o Ministerio de Sanidad.**
- 7. Gastos Extras y adicionales a los de alojamiento y comida previstos por el hospital para un acompañante, cuando el Asegurado hospitalizado sea menor a doce (12) años de edad.**
- 8. Enfermera privada dentro o fuera de la institución hospitalaria.**
- 9. Traslado del paciente de/para el hospital por otro medio diferente a la ambulancia.**
- 10. Traslado internacional o repatriación.**
- 11. Citas, consultas o tratamientos psiquiátricos, psicoanalíticos o psicoterapéuticos.**
- 12. Envenenamientos colectivos, sabotaje, terrorismo, tumultos, huelgas, motines, revoluciones, guerras, catástrofes, calamidades públicas, epidemias o cualquier otra causa que ataque masivamente a la población.**
- 13. Duelos Peleas o asaltos provocados por el Asegurado, actos criminales, intento de suicidio, consumo de alcohol o de drogas no prescritas por un médico autorizado y la ingestión de sustancias corrosivas o tóxicas.**
- 14. Contaminación Radioactiva.**

CLÁUSULA 8: OTROS TÉRMINOS

Esta Cobertura, salvo lo dispuesto en contrario en el texto de la misma, se regirá para todos sus efectos por las Condiciones Generales de la Póliza Salud Vivir y las Condiciones Particulares de la Cobertura de Salud.

CONDICIONES PARTICULARES COBERTURA DE ASISTENCIA EN VIAJE

CLÁUSULA 1: OBJETO

La presente Cobertura forma parte integrante de la Póliza Salud V y tiene por objeto otorgar al Asegurado los servicios de asistencia contenidos en esta Cobertura durante los viajes que realice.

CLÁUSULA 2: DEFINICIONES

A los efectos de esta Cobertura se entiende por:

GRGRIPR06V01

RESIDENCIA HABITUAL: Dirección de habitación, ubicada dentro del Territorio de la República Bolivariana de Venezuela, indicada en la solicitud de seguro.

VIAJE: Ausencia del Asegurado de su Residencia Habitual, siempre y cuando se encontrara a más de cien (100) kilómetros de la misma, por un período no mayor a sesenta (60) días continuos.

ACCIDENTE: Es la ocurrencia de un evento que ocasione daños corporales al asegurado causado por agentes extraños, fuera de control y en movimiento, externos, violentos y visibles, así como que esa lesión o dolencia resultante haya sido consecuencia directa de tales agentes e independientemente de cualquier otra causa ajena al evento.

SERVICIO DE ASISTENCIA: Institución legalmente autorizada para suministrar los servicios de asistencia al Asegurado. Queda entendido que el SERVICIO DE ASISTENCIA es un contratista independiente y las consecuencias de la prestación de sus servicios no generará responsabilidad para con la Empresa de Seguros.

CENTRAL OPERATIVA: Centro de Operaciones donde funcionan las operadoras internacionales que prestan el SERVICIO DE ASISTENCIA a EL ASEGURADO.

ENFERMEDAD AGUDA: enfermedad grave, de rápido y repentino desarrollo.

EQUIPOS MÉDICOS DE URGENCIA: Es el personal constituido por médicos debidamente capacitados, pertenecientes al Servicio de Asistencia Integral de las operadoras internacionales, legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina.

SISTEMA TOLL FREE: Servicio telefónico mediante el cual se efectúa la llamadas sin cargo o costo para quien efectúa la llamada.

SISTEMA CALL COLLECT: (cobro revertido): Servicio telefónico mediante el cual se efectúan llamadas telefónicas con cargo al destinatario de la llamada.

TERRITORIALIDAD: Los servicios de asistencia previstos según esta Cobertura serán válidos en todo el mundo incluyendo el país de residencia, siempre y cuando el Asegurado se encontrare a más de cien (100) kilómetros de su Residencia Habitual.

CLÁUSULA 3: SERVICIOS DE ASISTENCIA CON VALIDEZ NACIONAL E INTERNACIONAL

Los servicios que se detallan a continuación operan dentro y fuera del Territorio Nacional:

1.- Servicios Médicos y de Hospitalización, que comprenden:

- a. Atención médica a EL ASEGURADO en consultorio o en el lugar donde se encuentre, en caso de urgencias por enfermedad aguda o lesión por accidente que impidan la continuación de su viaje.
- b. Atención médica prestada por especialistas cuando sea prevista por los equipos médicos

GRGRIPR06V01

de urgencias del SERVICIO DE ASISTENCIA, siempre y cuando hayan sido previamente autorizados por LA COMPAÑÍA; exámenes médicos complementarios, análisis de orina, sangre, radiografías, electrocardiogramas o cualquier otro estudio que sea ordenado por los equipos médicos del SERVICIO DE ASISTENCIA y autorizado por la Central Operativa correspondiente;

- c. Cuando los equipos médicos del SERVICIO DE ASISTENCIA lo prescriban, se procederá a la hospitalización de EL ASEGURADO en el establecimiento asistencial más adecuado y próximo al lugar donde se encuentre éste, a exclusivo criterio de la Central Operativa y con su autorización.
- d. Si fuera aconsejado el traslado de EL ASEGURADO a otro lugar por el equipo médico del SERVICIO DE ASISTENCIA, LA COMPAÑÍA tomará a su cargo organizar el traslado en avión de línea o en ambulancia, según la gravedad del caso.
- e. Intervenciones Quirúrgicas, cuidados intensivos y unidad coronaria, ordenadas por el Jefe de los equipos médicos del SERVICIO DE ASISTENCIA en los casos en que la naturaleza de la enfermedad o lesión lo requieran y con la autorización de la Central Operativa correspondiente. Únicamente las exigencias de orden médico son tomadas en consideración para decidir el medio de transporte y el lugar de hospitalización. En todos los casos se deberá contar con la previa autorización del Departamento Médico de la Central Operativa del SERVICIO DE ASISTENCIA. El monto total de gastos por todos los servicios detallados en el presente numeral tiene un límite máximo de siete mil dólares de los Estados Unidos de América (US \$7.000) para la cobertura internacional y de cinco mil dólares de los Estados Unidos de América (US \$5.000) para la cobertura nacional.
- f. El equipo médico del SERVICIO DE ASISTENCIA mantendrá los contactos telefónicos necesarios con el centro o con los facultativos que atiendan a EL ASEGURADO para supervisar que la asistencia médica sea la adecuada. Dicha asistencia médica sólo quedará cubierta mientras EL ASEGURADO se encuentre en el extranjero o en Venezuela a 100 Kms de su lugar de residencia en el curso de un viaje.

Si por razones de fuerza mayor y debidamente comprobada, EL ASEGURADO se viera imposibilitado de establecer comunicación con el SERVICIO DE ASISTENCIA, y ésta no pudiera suministrar los servicios garantizados por la presente Cobertura, LA COMPAÑÍA conviene en rembolsar, de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de la póliza, los gastos médicos razonables y acostumbrados en los que haya incurrido EL ASEGURADO, con ocasión al tratamiento y asistencia médica requeridos, previa presentación del informe médico entregado por los facultativos que lo hubieran atendido, así como los justificantes originales de los mismos.

2.- Medicamentos: estarán cubiertos los medicamentos de urgencia recetados por cualquier alteración de la salud que diera lugar a la asistencia médica hasta por el límite máximo quinientos dólares de los Estados Unidos de América (US \$500) para el caso de hospitalización, y de quinientos dólares de los Estados Unidos de América (US \$500) para casos ambulatorios; lo anterior, de acuerdo con la definición de gastos médicos, razonables y acostumbrados de las Condiciones Particulares de la Cobertura de Salud.

GRGRIPR06V01

3.- Gastos de hospedaje por Convalecencia: Estarán cubiertos los gastos de EL ASEGURADO convaleciente, por concepto de alojamiento en hotel, sin extras algunos, hasta por la cantidad total de quinientos dólares de los Estados Unidos de América (US \$500), independientemente de los días de alojamiento, siempre que EL ASEGURADO haya permanecido hospitalizado por un período mínimo de cinco (5) días y el equipo médico del SERVICIO DE ASISTENCIA, al momento en que la institución hospitalaria le diere de alta, aconseje forzado pro convalecencia. Cualquier gasto que exceda del monto antes señalado, será por cuenta exclusiva de EL ASEGURADO. Esta garantía sólo cubre los gastos del hotel por concepto de pernocta y no los gastos de manutención del mismo.

4.- Asistencia Odontológica de Emergencia: Ante la súbita aparición de dolor agudo, infección o cualquier otro imprevisto LA COMPAÑÍA cubrirá la asistencia odontológica hasta el límite máximo de quinientos dólares de los Estados Unidos de América (US \$ 500).

5.- Búsqueda de Equipaje y Extravío de documentación de Viaje: Las garantías relativas al equipaje y efectos personales pertenecientes a EL ASEGURADO, son las relacionadas en este artículo, y se prestarán de acuerdo con las condiciones que se establecen a continuación:

LA COMPAÑÍA asesorará a EL ASEGURADO para la denuncia del robo o extravío de su equipaje y efectos personales, colaborando en las gestiones para su localización y, pondrá todo su empeño y utilizará todos los medios a su alcance para esclarecer en el más breve tiempo posible el destino o localización de equipaje extraviado.

Al momento de emprender el viaje, dicho equipaje deberá llevar adherida la identificación que provee LA COMPAÑÍA. Ocurrido el extravío, EL ASEGURADO deberá comunicar en forma inmediata a la Central Operativa de área, apellidos y nombres, número de voucher, vigencia del mismo, número de vuelo, línea aérea, conexiones, características detalladas del equipaje, domicilio temporal y permanente, con direcciones y teléfonos. Localizado el equipaje extraviado, el SERVICIO DE ASISTENCIA pondrá en el más breve tiempo posible el hallazgo en conocimiento de EL ASEGURADO.

El SERVICIO DE ASISTENCIA ante un requerimiento por parte de EL ASEGURADO, motivado por el extravío o sustracción de elementos fundamentales inherentes al viaje, tales como el pasaporte, boletos de viaje, voucher de servicios turísticos, etc., brindará su asistencia y asesoramientos adecuados para reemplazar en la forma más rápida la documentación faltante, siempre conforme a las normas que rijan para la reposición de dicha documentación.

En caso de recuperación de dichos bienes, LA COMPAÑÍA se encargará de su envío hasta el lugar del viaje previsto por EL ASEGURADO o hasta su residencia habitual.

6.- Asistencia Legal por Accidente Automovilístico y Préstamo para Fianzas: LA COMPAÑÍA proporcionará a EL ASEGURADO la asistencia legal de un abogado que se haga cargo de su defensa penal, por imputársele a éste responsabilidad penal como conductor en accidente automovilístico ocurrido en el extranjero o en Venezuela a más de 100 Kms de su lugar de residencia. En ese caso, LA COMPAÑÍA asumirá los honorarios y costos hasta la cantidad de tres mil dólares de los Estados Unidos de América (\$3.000).

También LA COMPAÑÍA arbitrará los medios a su alcance cuando sea necesario satisfacer una fianza judicial que sea exigida para la puesta en libertad de EL ASEGURADO inculcado en accidente automovilístico, hasta la cantidad de seis mil dólares de los Estados Unidos de

GRGRIPR06V01

América (US \$6.000), en calidad de préstamo a EL ASEGURADO, pudiendo LA COMPAÑÍA solicitar una garantía real si su departamento legal así lo considera.

7.- Gastos de Hospedaje del Acompañante: En caso de que el período de hospitalización del ASEGURADO haya sido igual o superior a cinco (5) días y EL ASEGURADO necesite prolongar su estancia por convalecencia de acuerdo a lo indicado en el numeral 3 de ésta cláusula, LA COMPAÑÍA cubrirá los gastos de hospedaje de un familiar o acompañante, hasta el límite máximo de doscientos dólares de los Estados Unidos de América (US \$200), sin extra alguno.

Cualquier gasto que exceda del monto antes señalado, será por cuenta exclusiva del familiar o acompañante. Esta garantía sólo cubre los gastos del hotel por concepto de pernocta y no los gastos de manutención del mismo.

8.- Traslado por Incidente en el Hogar: Cuando EL ASEGURADO se encuentre de viaje y se viere obligado a interrumpirlo motivado al robo, incendio, explosión en el lugar de su domicilio habitual, con posibilidad de producirse mayor daño, LA COMPAÑÍA cubrirá los gastos de traslado de EL ASEGURADO, siempre y cuando haya dado aviso inmediato a LA COMPAÑÍA acerca del siniestro sucedido y haya aportado la documentación fehaciente que avale la necesidad del traslado inmediato de EL ASEGURADO, incluyendo la denuncia ante las autoridades competentes del hecho suscitado.

9.- Transmisión de Mensajes Urgentes: El SERVICIO DE ASISTENCIA ante la notificación por parte de EL ASEGURADO de un evento importante que acaeciére a éste, transmitirá la noticia a la persona indicada para comunicaciones en casos de emergencias o, en su defecto, al agente de viajes correspondiente.

Cuando fueren los familiares de EL ASEGURADO los interesados en transmitir mensajes de la misma trascendencia al ASEGURADO, LA COMPAÑÍA los cursará en la medida de sus posibilidades, siempre y cuando los familiares o el agente de viajes suministren los teléfonos o domicilios ocasionales que lo hicieren posible. Para el caso en que no se transmita el mensaje a través del SERVICIO DE ASISTENCIA o de LA COMPAÑÍA, y EL ASEGURADO o sus familiares debieran efectuar la comunicación por su cuenta, el costo de la misma no será reembolsable.

10.- Garantía de Viaje de Regreso: En caso de fallecimiento de un familiar directo en primer grado de EL ASEGURADO, o bien cuando EL ASEGURADO por alteración de su salud requiera hospitalización y no obtenga alta médica por parte del equipo médico del Servicio de Asistencia antes de la fecha máxima permitida en su ticket aéreo, LA COMPAÑÍA tomará a su cargo la diferencia de tarifa aérea en el boleto de EL ASEGURADO, cuando el mismo debiera regresar a Venezuela antes de la fecha permitida en el ticket emitido a tarifa reducida.

La responsabilidad asumida se refiere exclusivamente al pago de la diferencia entre el valor facial del ticket emitido a tarifa reducida y el vigente para la tarifa anual en clase económica. Todos los tickets deberán ser aportados a LA COMPAÑÍA como documentación de respaldo. La constatación de los motivos por LA COMPAÑÍA, será condición primaria y absoluta para el pago de la diferencia de la tarifa que se suscitare.

11.- Traslado o Repatriación Sanitaria: LA COMPAÑÍA, llevará a cabo la repatriación sanitaria de EL ASEGURADO hasta la ciudad de residencia, siempre y cuando el estado del pasajero permita el traslado del mismo y no conlleve riesgo mayor agregado a la patología. No se

GRGRIPR06V01

realizarán traslados sanitarios cuando en el lugar existan medios materiales y humanos que permitan dar cobertura a la dolencia, reservándose LA COMPAÑÍA la elección del medio más conveniente y adecuado a las circunstancias.

12.- Repatriación de Restos: LA COMPAÑÍA se hará cargo de todas las tramitaciones y gastos de transporte que demande la repatriación de restos por fallecimiento de EL ASEGURADO durante la vigencia de su cobertura excepto en caso de suicidio o cuando el fallecimiento sea imputable a cualquiera de las exclusiones de este anexo. LA COMPAÑÍA se hará cargo, además de lo indicado, de los gastos de ataúd provisorio y gastos de funeraria necesarios para la repatriación de los restos hasta el lugar de inhumación en Venezuela, quedando a exclusivo criterio de LA COMPAÑÍA la elección del medio de transporte a utilizar para el traslado de los restos, debiendo los familiares aportar a LA COMPAÑÍA el pasaje con el tramo de regreso no utilizado por el titular, cuya devolución será gestionada a favor de LA COMPAÑÍA. Los gastos de féretros definitivos y trámites funerarios dentro del país de EL ASEGURADO fallecido, no estarán a cargo de LA COMPAÑÍA. En el caso de que empresas funerarias u otros terceros intervengan antes que LA COMPAÑÍA, ésta queda relevada de prestar su servicio y no se hará responsable del traslado de los restos de EL ASEGURADO fallecido.

13.- Repatriación de menores: LA COMPAÑÍA se encargará de todo lo atinente a la repatriación de un menor asegurado de hasta 15 años, cuando viajando junto con EL ASEGURADO adulto, éste último deba ser hospitalizado por un período de más de cinco (5) días y por ende, se vea impedido de proveer el cuidado al menor.

14.- Desplazamiento de Familiar en caso de Internación: LA COMPAÑÍA proveerá boleto aéreo de ida y vuelta en clase económica hasta el lugar de hospitalización de EL ASEGURADO a un familiar directo para asistirlo y acompañarlo en el lugar y regresar con él, cuando EL ASEGURADO viaje solo y su hospitalización se prevea por un plazo mínimo de diez (10) días.

CLÁUSULA 4: EXCLUSIONES

En adición a las exclusiones establecidas en la Cláusula 10 de las Condiciones Particulares de la Cobertura de Salud quedan excluidas las reclamaciones que sean consecuencia de:

- 1. Enfermedades Benignas o heridas leves que no imposibiliten el normal desarrollo del viaje.**
- 2. Cualquier enfermedad preexistente, congénita, mental o recurrente al igual que las conocidas o no por EL ASEGURADO. Así como las agudizaciones, derivaciones y consecuencias de estas enfermedades.**
- 3. Afecciones, lesiones y sus consecuencias o complicaciones, como producto de tratamientos o atenciones brindadas por profesionales no pertenecientes al equipo médico del SERVICIO DE ASISTENCIA autorizado por LA COMPAÑÍA.**
- 4. Los estados de Embarazo, Parto, Aborto, cualquiera sea su etiología y controles, exámenes y todo tipo de prácticas inherentes a un estado de gestación.**

GRGRIPR06V01

5. Toda implantación, reposición o reparación de prótesis de cualquier tipo, aún en los casos en que la compañía tome a su cargo una asistencia médica u odontológica, en todas sus facetas. Así mismo se excluye toda provisión o recambio de lentes y anteojos.
6. Orlímedia, órtesis, podología, medicinas alternativas, kinesiología, acupuntura, curas termales, cirugías plásticas, estéticas o reparadoras.
7. Enfermedades endémicas, epidémicas o pandémicas.
8. Lesiones producidas por imprudencia, negligencia, impericia, y acciones temerarias en la conducción de cualquier tipo de vehículo tanto conducido por el asegurado, como por un tercero contraviniendo normas de tránsito o seguridad internacional.
9. Hipertensión arterial y todas sus consecuencias y derivaciones, así como los controles de tensión arterial.
10. Accesorios o elementos embarcados o no, en bodegas de aeronaves para prácticas deportivas (palos de golf, tablas de surf, esquís, raquetas, cañas de pescar y semejantes), elementos de transporte (bicicletas, carros de equipaje, carritos de bebé y semejantes), así como cualquier tipo de artículo electrónico embalado o no embalado en cajas que sean identificados como tales o que no sean identificados (video juegos, filmadoras, equipos médicos, computadoras y semejantes).
11. Los servicios que el asegurado haya concertado por su cuenta sin la previa autorización de la compañía.
12. El traslado o repatriación del asegurado en caso de suicidio y los gastos por asistencia médica requerida con ocasión a lesiones y secuelas que se ocasionen en su tentativa.
13. Alteraciones de la salud y otras consecuencias derivadas de la renuncia o retraso por parte del asegurado, del traslado propuesto por la compañía y acordado por su servicio médico.
14. Tratamientos de rehabilitación.
15. Búsqueda de equipaje no suficientemente embalado o identificado, así como de equipaje frágil o productos perecederos.
16. Hechos ocurridos durante un viaje iniciado antes de la entrada en vigor de este seguro o con la intención de recibir tratamiento médico con posterioridad al diagnóstico de una enfermedad terminal o sin autorización médica previa.
17. Los gastos producidos una vez que el asegurado se encuentre en su lugar de residencia habitual, los incurridos fuera del ámbito de aplicación de las garantías del seguro, y en todo caso, una vez concluidas las fechas de viaje

GRGRIPR06V01

objeto del contrato o transcurridos sesenta (60) días desde el inicio de dicho viaje.

18. Funciones correspondientes a los organismos públicos de socorro o rescate que sean encargados de prestar la asistencia primaria necesaria en el lugar de ocurrencia del siniestro, aun cuando fueran prestados por particulares o empresas privadas.

19. Los viajes realizados contra prescripción facultativa.

20. La responsabilidad derivada del ejercicio de la profesión u ocupación del Asegurado, implicaciones en el tráfico y/o posesión de drogas, estupefacientes, o enervantes; daños morales, daños de imagen comercial, cualquier otra acción criminal, daños indirectos, lucro cesante.

CLÁUSULA 5: PROCEDIMIENTOS PARA LA SOLICITUD DE ASISTENCIA

Si el Asegurado requiere de los servicios del SERVICIO DE ASISTENCIA especificados en esta Cobertura, él o su Representante Legal deberán comunicarse de inmediato mediante los sistemas "toll free" o "call colect", debiendo proporcionar los siguientes datos:

1. Nombre del Asegurado, Número de Pasaporte y cédula de identidad.
2. Número de Póliza y vigencia de la misma.
3. Lugar donde se encuentra y número telefónico donde pueda localizarse al Asegurado o a su Representante Legal.
4. Descripción del problema o de la dolencia que le aqueja y el tipo de ayuda que necesita.

El SERVICIO DE ASISTENCIA, se reserva el derecho de comprobar la veracidad de los datos anteriores antes de proceder a prestar los servicios de asistencia. El Asegurado autoriza a EL SERVICIO DE ASISTENCIA para que en su nombre solicite y tenga acceso a toda información referente o acerca de su condición física, historia clínica y demás circunstancias que originaron la reclamación. Si el Asegurado negare dicho acceso sin justificación razonable, se entenderá que el Asegurado renuncia a su derecho de recibir cualquier asistencia de parte del SERVICIO DE ASISTENCIA.

CLÁUSULA 6: PAGO DE GASTOS MÉDICOS

Queda entendido que todos los gastos médicos serán pagados directamente a los centros hospitalarios donde el Asegurado recibió la atención médica, excluyendo cualquier posibilidad de reembolso o indemnización por parte de la Central de Alarma al Asegurado.

GRGRIPR06V01

CLÁUSULA 7: IMPOSIBILIDAD DE COMUNICACIÓN.

Cuando en la ciudad o país no existan servicios telefónicos que permitan a EL ASEGURADO comunicarse con el Servicio de Asistencia y deba recurrir a otros facultativos, LA COMPAÑÍA reintegrará a EL ASEGURADO el importe de las llamadas realizadas para contactar con la Central Operativa, previa justificación. Cuando en la ciudad o país no existan estos servicios Telefónicos, LA COMPAÑÍA reembolsará el costo de la llamada previa presentación de las facturas correspondientes.

Para tener derecho al reembolso de este gasto, EL ASEGURADO deberá comunicar a LA COMPAÑÍA por sí o por medio de un tercero, dentro de las 24 horas de haberse producido el hecho, la información relativa a la emergencia presentada, la asistencia médica recibida y los gastos incurridos hasta ese momento. El reembolso de tales gastos deberá ser autorizado previamente por el equipo médico del Servicio de Asistencia, el cual solicitará toda la documentación original pertinente que acredite la recepción y procedencia del servicio y adquisición de los medicamentos recetados, cuyo reintegro se solicite. En ningún caso se procederá al reembolso si no se han cumplido los requisitos enumerados en la Cláusula Octava de este Anexo, "Pago de Gastos por Reintegro".

CLÁUSULA 8: PAGO DE GASTOS POR REINTEGRO

LA COMPAÑÍA procederá al reintegro de los gastos incurridos por EL ASEGURADO, conforme a las condiciones Generales y Particulares de la póliza, así como las de este Anexo, hasta los límites establecidos, únicamente en los siguientes casos y situaciones:

1. Cuando exista autorización concedida previamente por una de las centrales operativas de LA COMPAÑÍA.
2. Mediante la presentación de facturas originales de profesionales o centros médicos con clara indicación de diagnóstico, historia clínica, formulario de ingreso en caso de hospitalización emitido por el establecimiento asistencial, detalle de prestaciones y facturas de farmacia con descripción de medicamentos adquiridos, los cuales deberán ser coincidentes en calidad y en cantidad con los prescriptos (recetados) por el profesional actuante en la ocasión.
3. Presentación de copia del pasaporte previa vista del original de EL ASEGURADO, con los sellos de las Autoridades de Migración, correspondientes a las fechas de salida y entrada al país de origen.
4. En caso de que EL ASEGURADO por razones de fuerza mayor, no hubiera obtenido la autorización previa para contratar servicios por su cuenta, deberá comunicar el hecho ocurrido indefectiblemente dentro de las 24 horas de acaecido el mismo a la central operativa correspondiente y, proporcionar todos los datos que le sean solicitados a los efectos de poder constatar la recepción del servicio declarado y lo genuino de la emergencia que lo motivara. Lo anterior, es condición indispensable para obtener la autorización o liquidación del reintegro de los gastos reclamados. De no cumplir EL ASEGURADO por cualquier circunstancia este requisito, LA COMPAÑÍA quedará relevada de efectuar el reintegro conforme a la evaluación que resultare de auditar el gasto.

GRGRIPR06V01

5. En todos los casos se deberá hacer mención expresa de la autorización concedida por LA COMPAÑÍA durante la emergencia. Toda documentación referida por solicitud de reintegro de gastos deberá ser presentada dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación del hecho a LA COMPAÑÍA. Las presentaciones fuera de ese lapso no serán procesadas.
6. En caso de accidente se deberá presentar la denuncia policial correspondiente.
7. En caso de que durante un viaje deba prestarse asistencia a más de un asegurado, se deberá informar a la Central Operativa de LA COMPAÑÍA sobre cada uno de ellos. En caso de solicitud de reintegro por asistencia o de gastos de medicamentos autorizados, se deberán presentar los comprobantes de cada pasajero asistido con el nombre y el número del voucher escrito en las recetas médicas indicadas por el profesional actuante y en los comprobantes de las boletas de compra de las farmacias indefectiblemente. EL ASEGURADO deberá adjuntar además a la documentación, el listado completo de los integrantes del grupo que hubieran recibido asistencia. LA COMPAÑÍA quedará exonerada de responsabilidad si EL ASEGURADO incumpliere con alguno de estos requisitos.
8. Cuando deban efectuarse reembolsos y los mismos estén denominados en divisas, éstos serán cancelados en la moneda de curso legal de la República Bolivariana de Venezuela, a la tasa de cambio oficial para la venta establecida por las autoridades monetarias competentes, vigente para el momento en el cual se hubiere incurrido en los gastos cubiertos que originaron dicho reembolso.

CLÁUSULA 9: PRESCRIPCIÓN

Cualquier reclamación por servicios prestados en esta Cobertura deberá ser presentado por escrito a LA COMPAÑÍA, Asistencia por el Asegurado o su Representante Legal, dentro de los noventa (90) días de prestado el mismo, no pudiendo aquellos ejercer acción legal luego de transcurrido dicho lapso.

CLÁUSULA 10: FUERZA MAYOR

La Compañía no será responsable por los retrasos o incumplimientos en la prestación de los servicios de asistencia contenidos en esta Cobertura en los casos que se indican a continuación, pero no limitados: Invasiones, actos de enemigos extranjeros, hostilidades, guerra declarada o no, rebeliones, insurrecciones, terrorismo o su pronunciamiento, manifestaciones o movimientos populares, actos de gobierno y todas aquellas causas imprevisibles y excesivamente gravosas que impidan La Compañía cumplir con sus obligaciones.

GRGRIPR06V01

CLÁUSULA 11: RESPONSABILIDAD

La Compañía no será responsable de cualquier acto u omisión por parte de los médicos, hospitales, clínicas, abogados, líneas aéreas y cualquier otra entidad presentadora de asistencia a un Asegurado previstos en esta Cobertura.

CLÁUSULA 12: OTROS TÉRMINOS

Esta Cobertura, salvo lo dispuesto en contrario en el texto de la misma, se regirá para todos sus efectos por las Condiciones Generales de la Póliza Salud Vivir y las Condiciones Particulares de la Cobertura de Salud.

CONDICIONES PARTICULARES

PLAN ANUAL DE EVALUACIÓN DE SALUD

CLÁUSULA 1: OBJETO

Este plan forma parte de la Póliza Salud Vivir y tiene como objeto ofrecer al Asegurado el Beneficio de una Evaluación Médica Anual en cualquiera de los Hospitales o Clínicas que la Empresa de Seguros designe para tal fin.

CLÁUSULA 2: BENEFICIOS

La Evaluación Médica Anual consiste en Perfiles de Laboratorio BAG, según la edad y el sexo del Asegurado. El costo de cualquier otro examen o prueba adicional que solicite el Asegurado o haya sido recomendado por el médico, estará a cargo del Asegurado, quién podrá presentarlo a la Empresa de Seguros para su indemnización de acuerdo con las Coberturas y Condiciones de la Póliza.

CLÁUSULA 3: RECLAMACIONES

Este Beneficio es intransferible y sólo podrá ser utilizado por el Asegurado una vez en cada año de vigencia de la Póliza.

Para la activación de este Beneficio, el Asegurado presentará el Certificado de Ingreso y su Cédula de Identidad en el Hospital o Clínica designado para tal fin y éste se comunicará con la Empresa de Seguros para efectuar los procedimientos administrativos correspondientes.

CLÁUSULA 4: OTROS TÉRMINOS

Este Plan salvo lo dispuesto en contrario en el texto del mismo, se regirá para todos sus efectos por las Condiciones Generales de la Póliza Salud Vivir y las Condiciones Particulares de la Cobertura de Salud.

GRGRIPR06V01

CONDICIONES PARTICULARES

COBERTURA OPCIONAL DE MATERNIDAD

CLÁUSULA 1: OBJETO

Mediante el pago de la prima adicional correspondiente que figura en el Cuadro Póliza y contra la entrega por parte de la Empresa de Seguros del Cuadro Póliza, la Empresa de Seguros indemnizará los gastos razonables ocasionados por atenciones médicas, hospitalizaciones o intervenciones quirúrgicas que fueren médicamente necesarias a las cuales deba someterse el Asegurado titular o cónyuge, por concepto de embarazos o sus complicaciones, maternidad y sus complicaciones, aborto, embarazo ectópico, parto normal o con fórceps y cesárea, originados durante la vigencia de esta Cobertura una vez transcurridos los plazos de espera indicados en la Cláusula 3 de esta Cobertura.

CLÁUSULA 2: BENEFICIOS

Además de los Beneficios estipulados en la Cláusula 5 de las Condiciones Particulares de la Cobertura de Salud, son indemnizables los siguientes servicios o suministros, médicamente necesarios prestados a los Asegurados por un Hospital, Clínica o proveedor:

- Retén para el recién nacido.
- Atención Médica post natal.

CLÁUSULA 3: PLAZOS DE ESPERA

El Asegurado tendrá derecho a los Beneficios garantizados por esta Cobertura en los siguientes casos:

1. Embarazo o parto, así como sus complicaciones, cuando el parto ocurra o hubiere llegado a ocurrir después de once (11) meses contados a partir de la inclusión de esta Cobertura en la Póliza para los Asegurados indicados en el Cuadro Póliza.
2. Aborto ocurrido después de cinco (5) meses contados a partir de la fecha de inclusión de esta Cobertura en la Póliza si el parto hubiere estado cubierto por este, comprobable mediante la presentación de la biopsia correspondiente.

CLÁUSULA 4: OTROS TÉRMINOS

Esta Cobertura, salvo lo dispuesto en contrario en el texto de la misma, se regirá para todos sus efectos por las Condiciones Generales de la Póliza Salud Vivir y las Condiciones Particulares de la Cobertura de Salud, y entrará en vigor a partir de la fecha de su inclusión en el Cuadro Póliza, una vez hubiere sido pagada la prima correspondiente.

GRGRIPR06V01

CONDICIONES PARTICULARES

COBERTURA DE ENFERMEDADES

CLÁUSULA 1:-OBJETO

Mediante el pago de la prima adicional correspondiente que figura en el cuadro póliza y contra la entrega por parte de la Empresa de Seguros de esta cobertura o del cuadro póliza, la Empresa de Seguros indemnizará los gastos razonables incurridos por el ASEGURADO, siempre y cuando tales gastos se originen como consecuencia directa de las enfermedades y tratamientos especificados en este Anexo, de acuerdo a los límites y condiciones establecidos.

CLÁUSULA 2: ENFERMEDADES AMPARADAS

1. **Enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas, incluyendo accidentes cerebrovasculares.**
2. **Cirugía cardiaca y angioplastia.**
3. **Tratamiento de cáncer, incluyendo quimioterapia y radioterapia.**
4. **Trasplantes de órganos.**
5. **Tratamiento médico quirúrgico para el paciente con trauma mayor (politraumatismo), incluyendo rehabilitación.**
6. **Tratamiento por insuficiencia renal crónica (diálisis).**
7. **Quemaduras que ameriten cuidados especiales.**
8. **Proceso séptico mayor.**

CLÁUSULA 3: DEFINICIONES

CÁNCER: Enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa, las metástasis o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y Leucemia.

QUIMIOTERAPIA: El uso de agentes químicos prescritos por un médico para el tratamiento y control del Cáncer.

ENFERMEDAD(ES) NEUROLÓGICA(S): Enfermedad en la cual el sistema nervioso central, el sistema nervioso periférico (o ambos), se encuentra(n) afectado(s) por un proceso patológico que se origina y ocurre principalmente dentro de las mencionadas estructuras que componen el Sistema Nervioso. No se considera Enfermedad Neurológica, cualquier enfermedad o desorden que afecte en

GRGRIPR06V01

forma secundaria al sistema nervioso central, o al periférico, o el cual haya sido causado por condiciones o factores ajenos al Sistema Nervioso.

NEUROCIRUGÍA: Toda intervención quirúrgica del sistema nervioso central y/o periférico, lo que incluye el cerebro y otras estructuras intracraneales, la médula espinal y las vértebras, los nervios periféricos de todo el cuerpo y los vasos sanguíneos del cerebro.

ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR: Es la enfermedad que consiste en la suspensión brusca y violenta de las funciones cerebrales fundamentales, que produce secuelas neurológicas que duran más de veinticuatro horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extra craneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique apoplejía cerebral.

ENFERMEDADES CEREBRALES: (Tumores benignos o malformaciones vasculares) Enfermedad originada por tumores benignos de las células nerviosas o en las malformaciones vasculares (aneurismas o hemangiomas), que en ambos casos se presentan en la parte central del cerebro, en la base del encéfalo, o vecinos a estructuras vitales, cuyo tratamiento por extirpación resulta imposible o técnicamente muy difícil sin dejar secuelas, siendo necesario recurrir a métodos de irradiación fina.

INFARTO AL MIOCARDIO: Enfermedad que consiste en la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:

1. Una hospitalización debida a un dolor agudo del pecho sugerente de un infarto al miocardio, y
2. Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma ECO, o aumento en las enzimas cardíacas por sobre los valores normales de laboratorio.

ENFERMEDAD DE LAS CORONARIAS QUE REQUIEREN CIRUGÍA: Cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento u obstrucción, por medio de una revascularización by-pass, realizada posteriormente a los síntomas de angina de pecho.

ANGIOPLASTIA: Toda intervención quirúrgica de todo procedimiento de dilatación de una arteria mediante el inflado de un balón ubicado en la punta de un catéter.

TRATAMIENTO MEDICO QUIRÚRGICO PARA EL PACIENTE CON TRAUMA MAYOR (POLITRAUMATISMO), INCLUYENDO REHABILITACIÓN: Lesión física interna o externa provocada por una violencia exterior, y debido a la cual el paciente puede sufrir severas incapacidades.

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA: Etapa final de una enfermedad crónica de ambos riñones, que significa la pérdida total e irreversible del funcionamiento de estos, y como consecuencia, se hace necesaria la diálisis renal regular o el trasplante.

QUEMADURAS QUE AMERITEN CUIDADOS ESPECIALES: Lesión hística por acción de factores térmicos, eléctricos, químicos o por fricción, que afecta la piel y sus anexos, hipodermis, GRGRIPR06V01

tejidos musculares y mucosas respiratoria y digestivas altas. Las quemaduras amparadas serán aquellas de tercer grado o más que abarquen al menos un 20% de la superficie del cuerpo.

PROCESO SÉPTICO MAYOR: Cuadro patológico causado por la presencia de microorganismos patógenos y sus toxinas, en un foco infeccioso y por la penetración permanente o periódica de estos microorganismos y sus toxinas en la circulación sanguínea, a la vez que falla la reacción general y normal de defensa contra los gérmenes y cuando no se produce una curación espontánea, por existir una situación reactiva especial como falta de anticuerpos o tratamiento inmunosupresor o cistostático

TRANSPLANTE(S) DE ÓRGANO(S): Procedimiento quirúrgico, médicamente necesario, mediante el cual se inserta en el cuerpo de un Asegurado cualquiera de los órganos (o parte de uno de ellos) que se mencionan a continuación, proveniente de un donante fallecido o vivo. Los únicos trasplantes de órganos amparados son los de:

- a) Corazón, pulmón, páncreas, riñón e hígado, o alguna combinación de éstos siempre sea médicamente necesario.
- b) Médula ósea autóloga para:
 - 1. Linfoma de no-Hodking, Estado III A o B; o Estado IV A o B
 - 2. Linfoma de Hodking, Estado III A o B; o Estado IV A o B
 - 3. Leucemia Linfocítica aguda después del primer o segundo relapso
 - 4. Leucemia no-Linfocítica aguda después del primer o segundo relapso
 - 5. Tumores de célula germen (gameto)
- c) Médula ósea alogénica para:
 - 1. Anemia aplástica.
 - 2. Leucemia aguda.
 - 3. Inmunodeficiencia combinada severa.
 - 4. Síndrome de Wiskott-Aldrich.
 - 5. Osteopetrosis infantil maligna (enfermedad de Albers Schonberg u Osteopetrosis generalizada)
 - 6. Leucemia mielógena crónica (LMT).
 - 7. Neuroblastoma Estado III o IV en niños mayores de un año.
 - 8. Beta talasemia hormozigote (talasemia mayor).

GRGRIPR06V01

9. Linfoma de Hodking, Estado III A o B, o Estado IV A o B.

10. Linfoma de no-Hodking, Estado III o Estado IV.

CENTRO DE TRANSPLANTE: Significa una institución, la cual:

1. Está licenciada y funciona como un hospital de conformidad con las leyes de la jurisdicción donde tiene su domicilio.
2. Está especialmente equipada para efectuar Trasplantes de Órganos y Trasplantes de Tejidos, y es reconocida y aceptada como un centro especializado para efectuar dichos trasplantes por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional.
3. Se ocupa en primer término, y por remuneración, de proporcionar a los pacientes ingresados en la institución, y bajo la dirección de un grupo de médicos, tratamiento y cuidado a enfermos, incluyendo procedimientos especiales requeridos por concepto de Trasplante de Órganos y Trasplantes de Tejidos, y cuidados en unidades de cuidado intensivo.
4. Proporciona en forma continua servicios de enfermería 24 horas al día, prestados por profesionales graduados registrados; y
5. Posee los equipos e instalaciones necesarios para efectuar intervenciones de cirugía mayor, incluyendo Trasplantes de Órganos y de Tejidos.

El término Centro de Trasplante no incluye las instituciones que son usadas principalmente como centros para:

1. Descanso.
2. Cuidados de custodia.
3. Cuidados de enfermería.
4. Cuidado de ancianos.
5. Cuidados de convalecencia; o
6. Tratamientos de alcoholismo, adicción a las drogas, condiciones nerviosas o condiciones mentales.

EXPERIMENTAL: Tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o medicamento, que:

1. No ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional.

GRGRIPR06V01

2. Se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba, o en cualquiera fase de un experimento clínico.

PADECIMIENTO CONGÉNITO: Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo, que tuvo su origen durante el período de gestación, aunque algunos se hagan evidentes al momento del nacimiento o después del nacimiento o después de varios años.

CONDICIÓN PRE-EXISTENTE: Es aquella que:

1. Sus síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia del Anexo, independientemente de que la persona haya tenido o no conocimiento del diagnóstico, y/o
2. Se haya emitido un diagnóstico médico previo a la entrada en vigencia del Anexo, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido.

HOSPICIO: Significa una institución o agencia que provee asesoramiento, apoyo y servicios médicos (en algunos casos incluyendo cuarto y comida), a personas que se encuentran en la etapa final de una enfermedad terminal.

PARIENTE CERCANO: Se entiende como pariente cercano, el Asegurado-Titular, su cónyuge, hijos, hermanos, padres, tíos, sobrinos, abuelos y cuñados.

CLÁUSULA 4: PERIODO DE ESPERA (PLAZOS DE ESPERA)

Todos los Asegurados inscritos en el Seguro tendrán derecho a los beneficios garantizados por esta Póliza, una vez transcurridos los Plazos de Espera que se especifican a continuación:

- a) Tendrán cobertura inmediata los accidentes ocurrido después de la fecha de inclusión del Asegurado en este Anexo o su rehabilitación, estando pagada la prima correspondiente.
- b) El ASEGURADO tendrá derecho a los beneficios garantizados por este Anexo cuando la enfermedad, que pueda dar origen a hospitalización, intervención quirúrgica o tratamiento médico, se contraiga u origine después de cuatro (4) meses contados desde la fecha de inclusión del Asegurado en este Anexo o su rehabilitación, estando pagada la prima correspondiente.

CLÁUSULA 5: EXCLUSIONES TEMPORALES

Las siguientes enfermedades o defectos estarán cubiertos, una vez transcurridos los plazos indicados, contados a partir de la fecha de inclusión del Asegurado en este Anexo o su rehabilitación, estando pagada la prima correspondiente.

- a) **Cuando la enfermedad que pueda dar origen a hospitalización, intervención quirúrgica o tratamiento médico, se hubiese contraído u originado con anterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza o durante los primeros cuatro (4) meses de su**

GRGRIPR06V01

inclusión, y no se hubiese tenido conocimiento del diagnóstico al momento de llenar la solicitud de seguro, el Asegurado tendrá derecho a los beneficios garantizados por esta Póliza después de un (1) año contado a partir de su inclusión en la misma.

- b) Para las ENFERMEDADES O DEFECTOS FÍSICOS CONGÉNITOS, después de dos (2) años ininterrumpidos de estar amparado el Asegurado por esta Póliza.**
- c) Para las ENFERMEDADES PREEXISTENTES, después de dos (2) años ininterrumpidos de estar amparado el Asegurado por esta Póliza.**

CLÁUSULA 6: PRE-CERTIFICACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA

La persona asegurada está obligada a notificar sobre su intención de utilizar los beneficios de este Anexo, suministrando toda la información necesaria, por lo menos con cinco (5) días hábiles de anticipación para los casos electivos y, setenta y dos (72) horas después de haber comenzado la atención médica, en los casos de emergencia, con el propósito de obtener:

1. Certificación en relación con el ingreso en un hospital, o centro de trasplante. Si después de la pre-certificación inicial fueran necesarios días adicionales de hospitalización, el médico tratante, o un representante oficial del hospital o centro de trasplante donde la persona Asegurada se encuentra recluida deberá comunicarse con la Compañía (siempre que esta comunicación sea hecha antes de haber transcurrido el último de los días originalmente certificados), para obtener la certificación correspondiente a los días adicionales, La Compañía revisará dicha solicitud conjuntamente con el médico tratante.
2. Certificación en relación con cirugías a efectuarse:
 - a) Durante la estancia en un hospital o centro de trasplante.
 - b) En el departamento de consulta externa de un hospital o centro de trasplante; (e) en un centro de cirugía ambulatorio; o
 - c) En un consultorio médico privado.

La Compañía de Seguros tiene el derecho de solicitar una segunda opinión quirúrgica de un médico o un cirujano independiente. En el caso de diferir dicha segunda opinión de la opinión original obtenida del cirujano que recomendó la cirugía, el Asegurado podrá recurrir una tercera opinión quirúrgica, siempre que dicha tercera opinión se obtenga de, un médico o cirujano que sea reconocido, o aceptado por la Compañía de Seguros. Los gastos razonables y acostumbrados incurridos por una segunda y tercera opinión quirúrgica correrán por cuenta de la Compañía de Seguros.

CLÁUSULA 7: EFECTOS SOBRE LOS BENEFICIOS

Estando sujetos a todas las disposiciones y limitaciones establecidas en este Anexo, si el Asegurado satisface los requisitos de pre-certificación tal como se describieron

GRGRIPR06V01

anteriormente, la Compañía de Seguros pagará los beneficios correspondientes a los gastos cubiertos incurridos de acuerdo a lo establecido en este Anexo y en esta sección.

En el caso de que el Asegurado no cumpla con el requisito de pre-certificación en relación con una hospitalización, cirugía o tratamiento, el porcentaje de beneficios pagaderos por los gastos cubiertos incurridos por todos los servicios y suministros relacionados con la misma ocurrencia será reducido, y se pagará el setenta por ciento (70%) de los gastos razonables y acostumbrados incurridos por dichos servicios.

El requisito de certificación no garantiza o confirma beneficios bajo esta Póliza.

CLAUSULA 8: GASTOS AMPARADOS

A los efectos de esta cobertura, y estando sujetos a la Cláusula 9, y a todas las demás disposiciones y condiciones de la Póliza, se entenderá por gastos amparados los gastos razonables y acostumbrados descritos a continuación, incurridos por una persona Asegurada durante el periodo de vigencia de este Anexo, por tratamientos, servicios o suministros médicamente necesarios, incurridos como resultado de, o en relación con las enfermedades amparadas. Los gastos amparados son solamente los cargos incurridos:

- 1) En un hospital o centro de trasplante, por concepto de:**
 - a) Habitación, comida y servicio general de enfermería durante la permanencia en una habitación semi-privada fuera del territorio nacional y privada en Venezuela, sala o pabellón, o unidad de cuidados intensivos.**
 - b) Otros servicios hospitalarios (se exceptúan Artículos de uso personal o que no sean de índole médica, o por servicios de cualquier clase proporcionados a un pariente cercano, acompañante o asistente), incluyendo los servicios prestados en el departamento de consulta externa de un hospital.**
- 2) En un centro de cirugía ambulatorio o independiente pero solamente si el tratamiento, cirugía, servicio o suministro hubiese estado cubierto bajo esta Póliza, de haber sido proporcionado en un hospital.**
- 3) Por un médico, por concepto de tratamiento, cuidados médicos o cirugía. En el caso de extirpación de cáncer de la piel, por cualquier método, no se pagarán beneficios si no se adjunta a la factura o cuenta del médico que diagnosticó o removió la lesión, una copia del informe patológico (biopsia), en el que se confirme la naturaleza cancerosa de dicha lesión.**
- 4) Por visitas médicas efectuadas al Asegurado mientras se encuentra recluido en un hospital o centro de trasplante.**
- 5) Por concepto de los siguientes servicios, tratamientos o suministros médicos y quirúrgicos:**

GRGRIPR06V01

- Anestesia y su administración, siempre que haya sido proporcionada por un anestesiólogo profesional que no sea empleado del hospital o centro de trasplante.
 - Análisis de laboratorio, anatomía patológica, exámenes de Rayos X con fines de diagnóstico, terapia de Rayos X, radioisótopos y radioterapia, quimioterapia, electrocardiogramas, ecocardiografías, mielogramas, electroencefalogramas, angiografías, coreografías computarizadas y otras pruebas y tratamientos similares, requeridos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cubiertas, siempre que hayan sido suministrados por un médico o bajo supervisión médica.
 - Transfusiones de sangre, aplicación de plasma y sueros.
 - Gastos originados por consumo de oxígeno, aplicación de soluciones intravenosas e inyecciones.
- 6) Por drogas y medicinas necesarias de acuerdo a la prescripción médica, siempre que sean dispensadas en un establecimiento autorizado para el expendio de productos farmacéuticos.
- 7) Por servicios prestados durante el proceso de adquisición del órgano o tejido obtenido de un donante fallecido con el propósito de efectuar un trasplante de órgano o un trasplante del tejido. Los gastos cubiertos incluyen la remoción, preservación y trasplante de un órgano o del tejido que se intenta trasplantar a una persona Asegurada.
- 8) Por servicios prestados a un donante vivo durante el proceso de remoción de un órgano o tejido con el propósito de efectuar un trasplante de órgano o de tejido a un receptor incurridos por:
- Investigación de donantes potenciales.
 - Servicios prestados al donante en un hospital o centro de trasplante, por concepto de habitación semi-privada fuera del territorio nacional y privada dentro de Venezuela, sala o pabellón, comidas, servicio general de enfermería, servicios regulares suministrados por el personal del hospital o centro de trasplante, pruebas de laboratorio, uso de equipos y otros servicios hospitalarios, exceptuándose CLÁUSULAS de uso personal que no sean requeridos durante el proceso de remoción del órgano o tejido que se va a trasplantar.
 - Cirugía y servicios médicos relacionados con la remoción del órgano o tejido del donante, que se intenta trasplantar a la persona Asegurada.
- 9) Por servicios y materiales suministrados por cultivo de la médula ósea, en relación con un trasplante de tejido practicado a una persona Asegurada. La Compañía pagará solamente los gastos que sean ocurridos a partir de la fecha en la que se generó el primer gasto cubierto por concepto de dicho cultivo.
- 10) Cuando al efectuar un procedimiento quirúrgico, otro sea necesario incidentalmente y deba ser practicado a través de la misma incisión o en el mismo orificio natural del cuerpo o en el mismo campo operativo, se pagará únicamente por el procedimiento mayor.

GRGRIPR06V01

CLÁUSULA 9: EXCLUSIONES

Adicionalmente a las exclusiones indicadas en el Cláusula 10 de las Condiciones Particulares del Seguro de Hospitalización, Cirugía, esta cobertura no cubre y excluye:

1. En cada una de las siguientes enfermedades lo siguiente:

1.1 Cáncer

1. Cánceres in-situ del cuello uterino.

2. Cánceres de la piel, con excepción del metanoma maligno.

a) Tumores en presencia de un virus de inmunodeficiencia adquirida, SIDA.

1.2 Enfermedades de las coronarias con excepción de la angioplastia de globo, cualquier otra técnica que no requiera de cirugía.

2. Cargos por cualquier servicio, tratamiento o suministro:

2.a Que resulten de cualquier enfermedad, trasplante de órgano o de tejido que no estén amparados por la Póliza, así como de las enfermedades que sean causadas por un trasplante de órgano o tejido debidamente amparadas.

2.b Proporcionado en relación o como resultado de un padecimiento congénito.

2.c Considerado experimental o electivo; o que haya sido suministrado por un centro de servicios que no esté reconocido como hospital o centro de trasplante.

2.d Proporcionado antes de la inclusión del Asegurado en esta cobertura o después de su exclusión o de que el mismo dejare de tener vigor; o durante el periodo de espera, tal como se define en esta cobertura.

2.e Proporcionado por un pariente cercano.

2.f Proporcionado en relación, o como resultado del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o como resultado de cualquier enfermedad que sea secundaria u originada por el SIDA, o por cualquier tratamiento proporcionado por el SIDA, incluyendo la enfermedad conocida como "Sarcoma de Kaposls"

2.g Incurrido por concepto de prótesis, aparatos ortopédicos, corsets, vendas, muletas, miembros u órganos artificiales, pelucas (aun cuando su uso sea considerado necesario durante el tratamiento de quimioterapia), zapatos ortopédicos, bragueros y otros equipos o Artículos similares, con la excepción de prótesis del seno.

2.h Causado directa o indirectamente por Veneno, inhalación de gases o vapores venenosos.

2.i Por drogas y medicinas que hayan sido dispensadas por un establecimiento no autorizado para el expendio de productos farmacéuticos o que hayan sido obtenidas sin prescripción médica.

GRGRIPR06V01

- 2.j** Incurrido por la compra o renta de sillas de ruedas, camas especiales, aparatos de aire acondicionado, purificadores de aire y cualesquiera otros Artículos o equipos similares.
- 2.k** Incurrido como resultado de, o relacionado en cualquier manera con una condición preexistente.
- 2.l** Proporcionado cuando un tratamiento alternativo, o procedimientos igualmente efectivos, médicamente comprobado, estuviesen disponibles al paciente, para tratar la condición o enfermedad que sea principalmente responsable por la realización del trasplante.
- 2.m** Proporcionado para, o como resultado de un trasplante, por el cual el receptor es dotado de equipo artificial o mecánico, o de artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos, o cuando el donante es especie animal.
- 2.n** Trasplante de órgano o tejido cuando la persona Asegurada sea donante para terceros.
- 2.o** Por cirugía estética o reconstructiva, aun cuando la lesión o deformación que requiera dicho tratamiento o cirugía estética o reconstructiva haya sido originada por una enfermedad cubierta bajo esta Póliza. Se exceptúa la cirugía reconstructiva como resultado de cáncer.
- 2.p** Incurrido por servicios de custodia, cuidado de la salud en el hogar, o servicios proporcionados en un centro o institución de convalecencia, hospicio, asilo u hogar de ancianos (aun cuando tales servicios sean requeridos o necesitados como consecuencia de las enfermedades amparadas).
- 2.q** Ambulancia aérea.
- 2.r** Gastos relacionados con el síndrome cerebral o gastos custodiales, en caso de senilidad o deterioro cerebral.
- 2.s** Participación en actos de guerra, revolución, conmoción civil, conspiración, tumultos, motín, disturbios del orden público y cualquier acto delictiva, incluyendo duelos o riñas provocadas por el Asegurado.
- 2.t** La práctica de deportes peligrosos así como la participación en competencias peligrosas de cualquier índole.

CLÁUSULA 10: LIMITE DE COBERTURA

La cobertura por persona y año-póliza es de US \$ 2.000.000 y ésta es la cantidad máxima a indemnizar durante la vigencia anual de la Póliza, para cada uno de los Asegurados.

GRGRIPR06V01

CLÁUSULA 11: DEDUCIBLE

Se entiende por deducible el monto en Dólares Estadounidenses (US\$), que será deducido del monto cubierto razonable y acostumbrado, al gasto reclamado al momento de la indemnización, y que aparece indicado en el Cuadro de la Póliza. La aplicación del mencionado deducible será por persona y año-póliza.

CLÁUSULA 12: OTROS TÉRMINOS

Todos los demás términos y condiciones de la Póliza Salud Vivir quedan vigentes y sin modificación alguna.

ANEXO DE SEGUROS DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

Para ser adherido y formar parte integrante de la Póliza.

Mediante el presente Anexo EL ASEGURADOR se obliga a amparar los gastos por servicios odontológicos indicados como cubiertos en el siguiente ARTICULO 1, COBERTURAS, que sean prestados a las personas inscritas para esta cobertura, y EL TOMADOR se obliga al pago de la prima adicional correspondiente que figura en el Cuadro del Anexo contra la entrega de parte de EL ASEGURADOR de este Anexo.

ARTÍCULO 1: COBERTURAS

El presente Anexo ampara los gastos incurridos por EL ASEGURADO a consecuencia de los tratamientos o servicios odontológicos que a continuación se detallan:

- a) **Medicina Bucal:** Examen Clínico, Historia Clínica, Diagnóstico, Plan de Tratamiento.
- b) **Prevención:** Sellantes de Fosas y Fisuras, Aplicaciones Tópicas de Flúor.
- c) **Periodoncia:** Tartrectomia y Pulido.
- d) **Restauradora:** Amalgamas, Resinas Fotocuradas Anteriores, Vidrios Ionoméricos.
- e) **Cirugía:** Exodoncias Simples.
- f) **Endodoncia:** Tratamientos Mono y Multirradiculares.
- g) **Emergencias:** Protésicas, Periodontales, Endodónticas.

Para todos los efectos de este Anexo se entiende como "Plan de Tratamiento" el conjunto de procedimientos médico-dental cubiertos por este Anexo, que deban ser practicados a EL ASEGURADO que solicita los servicios odontológicos, siempre que tales procedimientos hayan sido prescritos por un Odontólogo tratante perteneciente a la Red de Proveedores.

GRGRIPR06V01

ARTÍCULO 2: EXCLUSIONES

Este Anexo no cubre los gastos incurridos y los servicios odontológicos originados como consecuencia de:

- a) Tratamientos, procedimientos o servicios odontológicos no contemplados específicamente en el ARTÍCULO 1, COBERTURAS, de este Anexo.**
- b) Anestesia general o sedación en niños, adolescentes y adultos (no obstante, no tendrán costo alguno los procedimientos realizados y amparados de acuerdo al ARTICULO 1-COBERTURAS, luego de estar el paciente bajo los efectos de la anestesia general o sedación).**
- c) Defectos Físicos.**
- d) Enfermedades y tratamientos de distonías maxilofaciales.**
- e) Radioterapia o Quimioterapia.**
- f) Recibirlos fuera de la República Bolivariana de Venezuela.**

No obstante si EL ASEGURADO requiriera tratamientos no amparados por este Anexo y solicitara los servicios o coberturas que presta la Red de Proveedores, los mismos podrán ser presupuestados y facturados directamente por el Odontólogo tratante, con una reducción de costos mínima del 20% con relación a los gastos razonables para dichos tratamientos, debiendo EL ASEGURADO pagar todos los costos que se generen por tales tratamientos no amparados.

ARTÍCULO 3: DEFINICIONES

Para todos los fines y efectos relacionados con este Anexo, queda expresamente convenido que se entiende por:

- a) Afección Buco-Dental:** Cualquier alteración de la Salud Buco-Dental que sufra EL ASEGURADO y que origine tratamientos, procedimientos o servicios amparados por este Anexo.
- b) Red de Proveedores:** Proveedores de Servicios odontológicos con los cuales EL ASEGURADOR ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto de este Anexo. EL ASEGURADOR dará a EL ASEGURADO toda la información relativa a esta Red, mediante listado entregado al inicio de la entrada en vigencia del presente Anexo. Adicionalmente, el referido listado será actualizado trimestralmente y puesto a la disposición de EL ASEGURADO en las oficinas de atención al público de EL ASEGURADOR.
- c) Gastos Razonables:** Se refiere al promedio calculado por EL ASEGURADOR de los gastos odontológicos facturados en centros, consultorios y odontólogos afiliados a la Red de Proveedores, de categoría equivalente a aquel donde fue atendido EL ASEGURADO, en la misma zona geográfica y por un tratamiento odontológico de equivalente naturaleza, libre de

GRGRIPR06V01

complicaciones, cubierto o amparado por este Anexo. Dicho 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 dichos gastos, incrementados según el I.P.C. del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes, o los baremos de los Centros, Consultorios y Odontólogos, afiliados a la Red de Proveedores, que se encuentren vigentes para la mencionada fecha. Cuando este promedio no pueda ser obtenido el gasto razonable será el monto facturado.

ARTÍCULO 4: PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Los tratamientos amparados, descritos en el ARTÍCULO 1, COBERTURAS, del presente Anexo, serán prestados de acuerdo con las siguientes condiciones:

- a) Los tratamientos deberán ser realizados por Odontólogos pertenecientes a la Red de Proveedores establecida por EL ASEGURADOR. EL ASEGURADOR no será responsable por tratamientos realizados en otros Centros Odontológicos o por otros Odontólogos diferentes a los de la Red de Proveedores establecida, salvo lo dispuesto en el ARTÍCULO 5, USO DEL SERVICIO, de este Anexo. EL ASEGURADO no tendrá derecho a reembolso alguno por los tratamientos no amparados por este Anexo aun cuando los mismos sean realizados en Centros de la Red de Proveedores establecida.
- b) EL ASEGURADOR contará con un servicio telefónico de emergencia las veinticuatro (24) horas del día y con un odontólogo de guardia para atender las emergencias los fines de semana y días feriados. Las emergencias nocturnas serán orientadas telefónicamente y se atenderán a primera hora del siguiente día.

ARTÍCULO 5: USO DEL SERVICIO

Cuando EL ASEGURADO requiera alguno de los tratamientos amparados por este Anexo, excepto en caso de emergencia, deberá solicitar su cita telefónicamente con cuarenta y ocho (48) horas de anticipación y luego dirigirse a cualquiera de los Centros, Consultorios y Odontólogos pertenecientes a la Red de Proveedores establecida por EL ASEGURADOR en el horario por ellos fijado, donde previamente identificado con su cédula de identidad, requerirá la atención del odontólogo seleccionado por él.

El Centro o el odontólogo, solicitará a EL ASEGURADOR la clave de autorización para proceder al tratamiento de EL ASEGURADO.

En caso de que EL ASEGURADO debido a una emergencia requiera de los tratamientos amparados por este Anexo y no existan, en la localidad donde él se encuentre, Centros, Consultorios y Odontólogos afiliados a la Red de Proveedores establecida por EL ASEGURADOR, o en el Centro, Consultorio u odontólogo afiliado a dicha Red de Proveedores no presten los servicios descritos en este Anexo, EL ASEGURADO podrá recibir el Servicio odontológico necesario para la atención de emergencia por un odontólogo escogido por él. Los "gastos razonables" incurridos por EL ASEGURADO por tal servicio de emergencia le serán reembolsados por EL ASEGURADOR, una vez que presente la factura original, informe

GRGRIPR06V01

odontológico, radiografías correspondientes y cualquier otro documento que razonablemente pudiese requerir EL ASEGURADOR al momento de recibir la reclamación.

EL ASEGURADOR puede solicitar información adicional hasta en una (1) oportunidad más, en un tiempo máximo de quince (15) días hábiles contados desde la fecha de entrega del último recaudo solicitado.

Queda entendido, según los términos de este Anexo, que el pago por reembolso será único y exclusivamente en el caso referido en este artículo y que se origine en Venezuela. EL ASEGURADO deberá firmar la constancia de haber recibido el tratamiento.

ARTÍCULO 6: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

- a) LOS ASEGURADOS que no puedan acudir a las citas previamente convenidas con el Odontólogo tratante o que no puedan hacerlo a la hora establecida, deberán notificarlo con al menos cuatro (04) horas de anticipación.
- b) Las inasistencias o impuntualidad por parte del ASEGURADO podrán originar a éste:
 - i) El cobro de honorarios profesionales de hasta Cinco mil Bolívares con 00/100 (Bs. 5.000,00), ó
 - ii) El cambio de la fecha de la cita por parte del Odontólogo tratante.
- c) El ASEGURADO está obligado a someterse a cualquier tipo de examen que le sea exigido por el Odontólogo para realizar los tratamientos amparados en el ARTÍCULO 1, COBERTURAS, de este Anexo.

ARTÍCULO 7: PLAZO PARA RECLAMACIÓN

Cualquier reclamación por reembolso, observación o queja con relación a los servicios prestados deberá ser realizada por escrito y dentro de un plazo no mayor de diez (10) días, después de haberse recibido el servicio o de la ocurrencia de la causa que origina dicha reclamación.

ARTÍCULO 8: EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

EL ASEGURADOR se exime en su responsabilidad en cuanto al diagnóstico y posterior tratamiento realizado a EL ASEGURADO, así como por cualquier negligencia por parte del Odontólogo o Centro Odontológico, asumiendo estos su responsabilidad frente a EL ASEGURADO.

Por cuanto los servicios profesionales que se brindan en virtud del presente Anexo están a cargo de Odontólogos egresados de universidades, quienes actúan en libre ejercicio de sus facultades y experiencia profesional, es clara y perfectamente entendido que responsabilidad contractual aquí asumida por EL ASEGURADOR en ningún caso y bajo ninguna circunstancia se extiende a cubrir la responsabilidad profesional que les corresponde a los odontólogos en razón y con fundamento en el o los tratamientos que practiquen o hagan a LOS ASEGURADOS.

GRGRIPR06V01

EL ASEGURADO perderá el derecho de reembolso establecido en el ARTÍCULO 5, USO DEL SERVICIO, si no se hiciere la reclamación por reembolso correspondiente ante EL ASEGURADOR en el lapso indicado en el ARTÍCULO 7, PLAZO PARA RECLAMACIÓN, a menos que se demuestre que tal incumplimiento se deba a causa extraña no imputable a EL ASEGURADO.

ARTÍCULO 9: APLICACIÓN DE LAS CONDICIONES GENERALES

Este Anexo, salvo lo dispuesto en contrario en su texto, se rige para todos los efectos, por las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza a la cual se adhiere y si surgieren contradicciones entre los textos, prevalecerán las condiciones de este Anexo, el cual entrara en vigor a partir de la fecha indicada en la póliza

Firma del TOMADOR

**Firma del Representante
de La EMPRESA DE SEGUROS**

**Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora
mediante Oficio N° 000669 de fecha 18 de enero del 2008.**

GRGRIPR06V01