

CONTRATO DE SERVICIOS DE MEDICINA PREPAGADA

PLAN SALUD COLECTIVO

CONDICIONES GENERALES

Entre LATINA SALUD MEDICINA PREPAGADA S.A., inscrita ante el Registro Mercantil bajo el Número 20, Tomo 30-A de fecha 04 de febrero de 2025 debidamente inscrita y autorizada para funcionar como empresa de medicina prepagada, bajo el Nro. MP-000012 de conformidad con lo previsto en la Providencia Administrativa N°SAA-SUT-34069 emanada de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, en fecha e inscrita en el Registro de Información Fiscal (RIF) bajo el N° J-506576058, con ubicación de su sede principal en AV. La Guairita, Edif. Provincial, Piso 3, Oficina 3B, Urbanización Colinas de La Trinidad, Caracas, Estado Miranda, Zona Postal 1080, y el CONTRATANTE, identificado en el CUADRO RECIBO DE AFILIACIÓN, han convenido en suscribir el presente contrato de medicina prepagada, el cual está conformado y se regirá por las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el CUADRO RECIBO DE AFILIACIÓN, la SOLICITUD DE AFILIACION y los demás documentos que formen parte integrante del mismo.

CLÁUSULA 1. OBJETO DEL CONTRATO

Mediante este contrato de medicina prepagada la COMPAÑÍA se compromete a gestionar y prestar, los servicios médicos asistenciales que pueda requerir el AFILIADO, como consecuencia de las alteraciones de su salud, conforme con este contrato de medicina prepagada, hasta el Límite de Cobertura señalado en el CUADRO RECIBO DE AFILIACIÓN y bajo los términos y condiciones estipuladas en estas Condiciones Generales y de las Condiciones Particulares que resulten aplicables de acuerdo con la cobertura contratada.

CLÁUSULA 2. DEFINICIONES

A los efectos de este contrato de medicina prepagada los términos que seguidamente aparecen tendrán el significado indicado, siendo que el género masculino incluirá también al femenino, así como el singular al plural y viceversa, cuando corresponda, salvo que del texto del contrato de medicina prepagada se desprenda una interpretación diferente, a continuación:

AFILIADO: Persona natural que en si misma está expuesta a los riesgos cubiertos por este contrato de medicina prepagada, y se encuentra plenamente identificada en el CUADRO RECIBO DE AFILIACIÓN.

AFILIADO TITULAR: Persona natural que representa al Grupo Familiar, tiene el derecho a recibir el pago de las indemnizaciones a que hubiere lugar y ejerce los derechos de los AFILIADOS FAMILIARES ante la COMPAÑÍA.

AFILIADO FAMILIAR: Son aquellos familiares que conviven con el AFILIADO TITULAR y dependen económicamente de él, y que pueden ser incorporados a la cobertura del contrato.

BENEFICIARIO: Persona natural designada por el AFILIADO TITULAR para recibir los eventuales reembolsos en caso de fallecimiento del AFILIADO TITULAR antes de efectuarse el pago. El AFILIADO TITULAR será el BENEFICIARIO de los demás AFILIADOS.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: Documento emitido por la COMPAÑÍA, donde se indica, como mínimo, la siguiente información número del contrato de medicina prepagada, número de Certificado, datos de identificación del AFILIADO TITULAR y de los AFILIADOS FAMILIARES incluidos en el contrato: Cédula de Identidad, Nombre y Apellido, Parentesco, y datos relativos a este contrato, monto del Límite de Cobertura, Deducible, Porcentaje de Reembolso, monto de la CUOTA DE AFILIACION, forma de pago, vigencia del contrato de medicina prepagada, fecha de emisión del contrato de medicina prepagada, y firmas de la COMPAÑÍA y del CONTRATANTE.

COLECTIVO: Grupo de personas que tienen un nexo en común con el CONTRATANTE, distinto al sólo interés de suscribir un contrato de medicina prepagada.

COMPAÑÍA: LATINA SALUD MDICINA PREPAGADA S.A, quien: asume los riesgos cubiertos en las Condiciones Particulares y Anexos, si los hubiere, basándose en las declaraciones del CONTRATANTE y del AFILIADO y se compromete a proveer los servicios y se obliga al pago de las indemnizaciones correspondientes, según sea el caso, de conformidad con las Condiciones Generales, Particulares y Anexos si los hubiere, del contrato de medicina prepagada.

CONDICIONES PARTICULARES: Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos a los servicios médico-asistenciales amparados.

CONTRATANTE: Persona natural o jurídica que, obrando por cuenta propia o ajena, suscribe el contrato de medicina prepagada con la COMPAÑÍA, trasladándole los riesgos y obligándose al pago de la CUOTA DE AFILIACIÓN.

CUADRO RECIBO DE AFILIACIÓN: Documento en el que se indica, como mínimo, la siguiente información: número del contrato de medicina prepagada, identificación completa de la COMPAÑÍA y de su domicilio principal, identificación completa del CONTRATANTE, AFILIADO TITULAR, AFILIADOS FAMILIARES y BENEFICIARIOS, dirección del CONTRATANTE, dirección de cobro, dirección del AFILIADO TITULAR; nombre del intermediario de la actividad aseguradora, riesgos cubiertos, monto del Límite de Cobertura, Deducible, Porcentaje de Reembolso, monto de la CUOTA DE AFILIACION, forma de pago, vigencia del contrato de medicina prepagada, fecha de emisión del contrato de medicina prepagada, y firmas de la COMPAÑÍA y del CONTRATANTE.

CUOTA DE AFILIACIÓN: Contraprestación que, en función del servicio médico asistencial garantizado por la COMPAÑÍA, debe pagar por anticipado el CONTRATANTE en virtud de la celebración de este contrato de medicina prepagada.

DEDUCIBLE: Cantidad indicada en el CUADRO RECIBO DE AFILIACIÓN que deberá asumir el AFILIADO y en consecuencia no será pagada por la COMPAÑÍA en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto por este contrato.

DOCUMENTOS QUE FORMAN PARTE DEL CONTRATO DE AFILIACIÓN: Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la SOLICITUD DE AFILIACIÓN, el CUADRO RECIBO DE AFILIACIÓN y los Anexos que se emitan para complementar o modificar el contrato de medicina prepagada y los demás documentos que por su naturaleza formen parte del contrato de medicina prepagada.

EDAD: La edad del AFILIADO se establecerá con base en su cédula de identidad, partida de nacimiento u otra comprobación legal a satisfacción de la COMPAÑÍA y su determinación se hará por el cumpleaños más cercano a la fecha de inclusión en el contrato de medicina prepagada. A efecto de la renovación, el AFILIADO cumplirá años sucesivamente en el aniversario de dicha fecha.

LÍMITE DE COBERTURA: Cantidad máxima que está obligada a pagar la COMPAÑÍA en caso de siniestro, la cual se indica en el CUADRO RECIBO DE AFILIACIÓN del Contrato.

PLAN DE SALUD: Conjunto de condiciones, prácticas médicas y servicios médicos asistenciales que se compromete a prestar la empresa de medicina prepagada a través del contrato.

SINIESTRO: Materialización del riesgo que da origen a la obligación de indemnizar por parte de la COMPAÑÍA.

SOLICITUD DE AFILIACIÓN: Cuestionario que proporciona la COMPAÑÍA, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del CONTRATANTE, del propuesto AFILIADO TITULAR y sus familiares, datos de identificación del BENEFICIARIO en caso de fallecimiento del propuesto AFILIADO TITULAR, así como también los demás datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el CONTRATANTE y el propuesto AFILIADO TITULAR, según corresponda, constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión del contrato de medicina prepagada de este contrato de medicina prepagada.

CLÁUSULA 3. VIGENCIA DEL CONTRATO

La COMPAÑÍA asumirá los servicios médicos asistenciales descritos en este Contrato de medicina prepagada a partir de la fecha de su celebración, lo cual se producirá una vez que el CONTRATANTE notifique su consentimiento a la proposición formulada por la COMPAÑÍA o cuando ésta participe su aceptación a la SOLICITUD DE AFILIACIÓN efectuada por el CONTRATANTE según corresponda y, siempre y cuando se haya recibido el pago de la CUOTA DE AFILIACIÓN. En todo caso, la vigencia del contrato será anual y se hará constar en el CUADRO RECIBO DE AFILIACIÓN, con indicación de la fecha en que se emita, la hora y día de su inicio y vencimiento.

CLÁUSULA 4. FRECUENCIA Y FORMA DE PAGO DE LA CUOTA

Mediante convenio expreso con la COMPAÑÍA, el CONTRATANTE podrá pagar la CUOTA DE AFILIACIÓN de los servicios médicos asistenciales en periodos mensuales, trimestrales, cuatrimestrales, semestrales o anuales.

La CUOTA DE AFILIACIÓN será pagada directamente en la oficina de la COMPAÑÍA o a través de los medios electrónicos que disponga la misma. No obstante, la COMPAÑÍA podrá cobrar la CUOTA DE AFILIACIÓN en el domicilio del CONTRATANTE y dar aviso de su vencimiento entendiendo que, si así lo hiciere, la COMPAÑÍA no sentará precedente de obligación y podrá suspender esa gestión, previo aviso.

Para el caso del pago de la CUOTA DE AFILIACIÓN mediante el cargo directo en cuenta bancaria o tarjeta de crédito, el CONTRATANTE se obliga a mantener provisiones suficientes de fondos que permitan efectuar el débito a su cuenta al primer intento. En caso de que la CUOTA DE AFILIACIÓN no sea pagada en la fecha de su exigibilidad o se haga imposible su cobro por causa imputable al CONTRATANTE, este contrato de medicina prepagada quedará sin efecto alguno.

Contra el pago de la CUOTA DE AFILIACIÓN, la COMPAÑÍA entregará al CONTRATANTE el contrato de medicina prepagada y el CUADRO RECIBO DE AFILIACIÓN firmado y sellado. La entrega de estos documentos podrá efectuarse en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos previstos para ello y acordados por las partes, con su respectivo acuse de recibo.

CLÁUSULA 5. DEL PRINCIPIO DE BUENA FE

El presente contrato de medicina prepagada se emite con fundamento en las declaraciones e informaciones suministradas por el CONTRATANTE y el AFILIADO a la COMPAÑÍA, al momento de suscribir el contrato de medicina prepagada, las cuales se toman como veraces y ciertas, y se presumen otorgadas de buena fe, manifestadas en: la SOLICITUD DE AFILIACIÓN, los exámenes médicos exigidos por la COMPAÑÍA (en aquellas circunstancias que se requieran) y cualquier otro documento que pueda requerir la COMPAÑÍA; u otra declaración posterior que le corresponda efectuar al CONTRATANTE o al AFILIADO ante la COMPAÑÍA, al solicitar alguna modificación del riesgo o requerir el pago de cualquier indemnización derivada de este contrato de medicina prepagada. En consecuencia, se entiende que la declaración del estado de salud y posteriores documentos, también serán bases legales de este contrato de medicina prepagada.

CLÁUSULA 6. PAGO DE LA CUOTA DE AFILIACIÓN

La CUOTA DE AFILIACIÓN corresponde a periodo de vigencia anual y es pagadera a comienzo de duración del contrato. El pago de la CUOTA DE AFILIACIÓN solamente conserva en vigor el contrato de medicina prepagada por el tiempo al cual corresponde dicho pago, según conste en el CUADRO RECIBO DE AFILIACIÓN.

Siendo anual la vigencia del contrato, si el pago de la CUOTA DE AFILIACIÓN es fraccionado, debe estar señalado en el CUADRO RECIBO DE AFILIACIÓN que así lo establezca. Se entiende que tal fraccionamiento es una facilidad de pago y no implica modificación del período de vigencia del contrato.

El CONTRATANTE debe pagar la primera CUOTA DE AFILIACIÓN en el plazo de cinco (5) días hábiles contados a partir de la fecha de inicio de la vigencia del contrato de medicina prepagada. Si la CUOTA DE AFILIACIÓN no es pagada o se hace imposible su cobro por causa imputable al

CONTRATANTE en el plazo establecido, la COMPAÑÍA tendrá derecho a exigir el pago correspondiente o resolver el contrato de medicina prepagada. En caso de resolución, ésta tendrá efecto desde el inicio de la vigencia del contrato de medicina prepagada, sin necesidad de previo aviso al CONTRATANTE.

El CONTRATANTE debe efectuar el pago de las subsiguientes CUOTAS DE AFILIACIÓN el mismo día en que termina el período anterior o a más tardar dentro del plazo de gracia establecido en la cláusula 8 (Plazo de gracia), de estas Condiciones Generales. Si la CUOTA DE AFILIACIÓN no es pagada en el referido período, este contrato de medicina prepagada quedará sin efecto alguno.

El AFILIADO deberá, dentro del lapso de cinco (05) días hábiles previstos para el pago de la CUOTA DE AFILIACIÓN, remitir los soportes de pago correspondientes a la COMPAÑÍA, cuando el pago sea realizado a través de medios de pago distintos a cargos en tarjetas de crédito o débito, a fin de que la COMPAÑÍA pueda verificar que en efecto se haya realizado el pago dentro del referido lapso. Este deber de notificación deberá realizarse en la página web de la COMPAÑÍA y aplicará para el pago de la CUOTA DE AFILIACIÓN de renovaciones o de las cuotas de los periodos en caso de fraccionamiento.

Las CUOTAS DE AFILIACIÓN pagadas en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte de la COMPAÑÍA por dicho exceso, sino única y exclusivamente al reintegro, sin interés del excedente de las CUOTAS DE AFILIACIÓN aun y cuando hubieren sido aceptadas por la COMPAÑÍA.

CLÁUSULA 7. RENOVACIÓN

El contrato de medicina prepagada se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del periodo de vigencia anterior y por un plazo igual, siempre que el CONTRATANTE pague la CUOTA DE AFILIACIÓN correspondiente al nuevo período, de acuerdo con lo establecido en la cláusula 8 (Plazo de gracia), de estas Condiciones Generales, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato de medicina prepagada, sino la prórroga del anterior.

Las partes pueden negarse a la prórroga del contrato de medicina prepagada mediante una notificación impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados a la otra parte, efectuada con un plazo de un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de vigencia en curso.

No obstante, transcurridos dos (2) años ininterrumpidos desde la celebración del presente contrato de medicina prepagada, la COMPAÑÍA no podrá negarse a renovar en las mismas condiciones siempre que el CONTRATANTE pague la CUOTA DE AFILIACIÓN y no hayan ocurrido omisiones de información.

CLÁUSULA 8. PLAZO DE GRACIA

Con el fin de no causar interrupciones en la protección ofrecida por este contrato de medicina prepagada y de evitar plazos de espera con ocasión de las renovaciones, el CONTRATANTE debe



efectuar el pago de las CUOTAS DE AFILIACIÓN excepto la primera, a más tardar el mismo día en que termina el periodo anterior. No obstante, la COMPAÑÍA concede al CONTRATANTE un periodo de gracia de treinta (30) días continuos y siguientes al de la expiración del periodo anterior pagado, para el pago de la CUOTA DE AFILIACIÓN de renovación, si la forma de pago es anual y de cinco (5) días continuos si la frecuencia de pago es fraccionada.

Durante este plazo el contrato de medicina prepagada continuará en vigor y en caso de ocurrir algún siniestro en ese periodo, la COMPAÑÍA tendrá la obligación de pagar la prestación o prestar el servicio correspondiente, previa deducción de la CUOTA DE AFILIACIÓN. Si el monto del siniestro es menor a la CUOTA DE AFILIACIÓN pendiente, la COMPAÑÍA pagará la indemnización, siempre que el CONTRATANTE pague la CUOTA DE AFILIACIÓN en el plazo de gracia concedido. Si la CUOTA DE AFILIACIÓN no es pagada en el referido periodo, este contrato de medicina prepagada quedará sin efecto alguno.

CLÁUSULA 9. SUSPENSIÓN TEMPORAL DEL SERVICIO POR FALTA DE PAGO

Transcurridos los cinco (5) días continuos para la exigibilidad del pago de la segunda cuota vencida, o el plazo de gracia pactado por las partes, sin que el pago se haya efectuado, la COMPAÑÍA podrá suspender la prestación de los servicios médicos-asistenciales.

La suspensión procederá sin perjuicio de lo establecido para la resolución del contrato por falta de pago.

A partir de la fecha en que el CONTRATANTE proceda al pago de la totalidad de lo adeudado, la COMPAÑÍA debe restablecer la prestación de los servicios médicos-asistenciales para los nuevos casos, así como pagar los reembolsos pendientes ocurridos antes de la suspensión del referido servicio.

Los gastos derivados de servicios de salud generados durante la suspensión de la prestación de los servicios médicos- asistenciales no estarán amparados por el contrato.

CLÁUSULA 10. RESOLUCIÓN DEL CONTRATO POR FALTA DE PAGO

La COMPAÑÍA podrá resolver el contrato cuando hayan transcurrido noventa (90) días consecutivos desde la fecha de vencimiento de la última cuota pagada. Transcurrido este lapso, la empresa de medicina prepagada debe comunicar por escrito al contratante su decisión de resolver el contrato.

CLÁUSULA 11. DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE AFILIACIÓN

El CONTRATANTE a el propuesto AFILIADO TITULAR al llenar la SOLICITUD DE AFILIACIÓN, debe declarar con exactitud a la COMPAÑÍA, de acuerdo con el cuestionario y demás requerimientos que le indique, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

La COMPAÑÍA, deberá participar al CONTRATANTE, en un lapso de cinco (5) días hábiles siguientes, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la SOLICITUD DE AFILIACIÓN, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o rescindir el contrato de medicina prepagada, mediante comunicación dirigida al CONTRATANTE o al AFILIADO, según corresponda,



en el plazo de un (1) mes, contado a partir del conocimiento de los hechos que se reservó o declaró con inexactitud el CONTRATANTE o el AFILIADO. En caso de resolución, ésta se producirá a partir del décimo sexto (16º) día continuo siguiente a su notificación, siempre que la parte proporcional de la CUOTA DE AFILIACIÓN, deducida la comisión pagada al intermediario de la actividad aseguradora, correspondiente al período que falte por transcurrir, se encuentre a disposición del CONTRATANTE en la caja de la COMPAÑÍA. Corresponderán a la COMPAÑÍA, las CUOTAS DE AFILIACIÓN relativas al periodo de vigencia del contrato de medicina prepagada transcurrido, en el momento en que haga esta notificación. La COMPAÑÍA no podrá rescindir el contrato de medicina prepagada cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes que la COMPAÑÍA, haga la participación a que se refiere el párrafo anterior, la prestación del servicio o la indemnización en caso de reembolso se reducirá en la misma proporción que existe entre la CUOTA DE AFILIACIÓN convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si el CONTRATANTE o el AFILIADO actúa con dolo o culpa grave, la COMPAÑÍA quedará liberada del pago de la indemnización por reembolso y de la devolución de la CUOTA DE AFILIACIÓN.

Cuando el contrato de medicina prepagada esté referido a varias personas y la reserva o inexactitud se contrajese sólo a uno o varias de ellas, el contrato de medicina prepagada subsistirá con todos sus efectos respecto a los restantes, si ello fuere técnicamente posible.

CLÁUSULA 12. FALSEDADES Y RETICENCIAS DE MALA FE

Las falsedades y reticencias de mala fe por parte del CONTRATANTE o del AFILIADO TITULAR realizadas en la SOLICITUD DE AFILIACIÓN, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato de medicina prepagada, si son de tal naturaleza que la COMPAÑÍA, de haberlas conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

En caso de falsedades y reticencias de mala fe por parte del CONTRATANTE o del AFILIADO TITULAR en la reclamación del siniestro, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato de medicina prepagada y exonera de la prestación de servicio o del pago de la indemnización por reembolso a la COMPAÑÍA.

No hay lugar a la devolución de CUOTA DE AFILIACIÓN al CONTRATANTE en los supuestos de nulidad del contrato de medicina prepagada contemplados en esta cláusula.

CLÁUSULA 13. MODIFICACIONES Y CAMBIO DE PLAN

Se consideran aceptadas las solicitudes escritas de prorrogar o modificar el contrato de medicina prepagada, si la COMPAÑÍA, no rechaza por escrito la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido.

Las modificaciones se harán, constar mediante anexos, debidamente firmados por un representante de la COMPAÑÍA y el CONTRATANTE, los cuales prevalecerán sobre las Condiciones Particulares y éstas sobre las Condiciones Generales del contrato de medicina prepagada.

Si la modificación requiere pago de una CUOTA DE AFILIACIÓN adicional se aplicará lo dispuesto en la cláusula 3 (Vigencia del contrato de medicina prepagada), la cláusula 4 (Frecuencia y Forma



de pago de la Cuota) y la cláusula 6 (Pago de la cuota de afiliación) de estas Condiciones Generales. Si la modificación es efectiva a partir de la prórroga del contrato de medicina prepagada, debe ser comunicada al CONTRATANTE mediante notificación efectuada en forma impresa o a través de los mecanismos electrónicos acordados para ello, con un plazo de un (1) mes de anticipación a la conclusión del período de vigencia en curso. En caso de desacuerdo del CONTRATANTE, la COMPAÑÍA mantendrá o renovará el contrato de medicina prepagada bajo las mismas condiciones vigentes al momento de la propuesta de modificación.

CLÁUSULA 14. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La COMPAÑÍA no estará obligada a proveer los servicios médico asistenciales o a pagar la indemnización en los supuestos que los reembolsos apliquen, en los siguientes casos:

- 1. Si el CONTRATANTE, el AFILIADO 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 dolosos para sustentar una reclamación o para derivar otros beneficios relacionados con este contrato de medicina prepagada.**
- 2. Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del CONTRATANTE o del AFILIADO.**
- 3. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del CONTRATANTE o del AFILIADO. No obstante, la COMPAÑÍA estará obligada al pago de la indemnización si el siniestro ha sido ocasionado en cumplimiento de deberes legales de socorro o en tutela de intereses comunes con la COMPAÑÍA en lo que respecta al contrato de medicina prepagada.**
- 4. Si el siniestro se inicia antes de la vigencia del contrato de medicina prepagada y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta de la COMPAÑÍA.**
- 5. Si el CONTRATANTE o el AFILIADO no empleare los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro, siempre que este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la COMPAÑÍA.**
- 6. Si el CONTRATANTE o el AFILIADO, actuando con dolo o culpa grave, no declara en la SOLICITUD DE AFILIACIÓN alguna circunstancia por él conocida que pueda influir en la valoración del riesgo, según lo señalado en la cláusula 11 (Declaraciones en la Solicitud de Afiliación) de estas Condiciones Generales.**
- 7. Si el AFILIADO incumpliere lo establecido en la cláusula 20 (Subrogación de Derechos) de estas Condiciones Generales, a menos que se compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.**
- 8. Si el CONTRATANTE, el AFILIADO o cualquier persona que obre por cuenta de estos, actuando con dolo o culpa grave, obstaculiza los derechos de la COMPAÑÍA estipulados en este contrato de medicina prepagada.**
- 9. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares del contrato de medicina prepagada.**

CLÁUSULA 15. OTROS CONTRATOS DE SALUD

Al momento de solicitar el servicio o indemnización por reembolso, el CONTRATANTE o el AFILIADO está obligado a informar a la COMPAÑÍA la existencia de cualquier otro contrato de medicina prepagada de salud que ampare al AFILIADO.

Cuando el AFILIADO se encuentre amparado por varios contratos de salud o de medicina



prepagada que estén obligados a pagar la indemnización por reembolso sobre un mismo siniestro, escogerá el orden que presentará las reclamaciones, notificando a todas las empresas la ocurrencia del siniestro en los plazos establecidos en los respectivos contratos de salud, y se deberá indemnizar, según los beneficios y límites de cada uno de ellos, hasta el monto total de los gastos, previa deducción de los montos pagados por los otros contratos de salud.

CLÁUSULA 16. PAGO DE INDEMNIZACIONES

La COMPAÑÍA garantiza la prestación de los servicios médicos asistenciales de acuerdo a lo estipulado en las Condiciones Particulares de este contrato de medicina prepagada, así como pagar eventuales reembolsos dentro de un plazo que no podrá exceder de veinte (20) días continuos siguientes, contados a partir de la fecha en que la COMPAÑÍA haya recibido el último recaudo por parte del AFILIADO, salvo por causa extraña no imputable a la COMPAÑÍA.

Si posterior al pago de una indemnización la COMPAÑÍA llegare a comprobar que la misma era improcedente de acuerdo con las condiciones de este Contrato y sus Anexos, la COMPAÑÍA de ser posible podrá considerar dicha indemnización como un anticipo sobre cualquier futuro pago que tuviere que hacer al AFILIADO, y de no ser posible, la COMPAÑÍA podrá solicitar al CONTRATANTE, AFILIADO, el reintegro parcial o total de la misma, ya sea de forma amistosa o mediante una acción judicial.

CLÁUSULA 17. RECHAZO DEL SINIESTRO

La COMPAÑÍA está obligada a notificar por escrito al CONTRATANTE o al AFILIADO, dentro del plazo señalado en la cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que a juicio de la COMPAÑÍA justifican el rechazo total o parcial de la indemnización por reembolso exigida.

CLÁUSULA 18. ARBITRAJE

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

El Superintendente de la Actividad Aseguradora actuará como árbitro arbitrador en aquellos casos en que sea designado de mutuo acuerdo entre ambas partes, con motivo de las controversias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato de medicina prepagada. En este supuesto, la tramitación del arbitraje se ajustará a lo dispuesto en las normas para regular los mecanismos alternativos de solución de conflictos en la actividad Aseguradora. El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

CLÁUSULA 19. CADUCIDAD

El CONTRATANTE o el AFILIADO perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra la COMPAÑÍA o convenir con éste a someterse al Arbitraje previsto en la cláusula anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo de un (1) año contado a partir de la fecha de la notificación, por escrito:

1. Del rechazo, total o parcial, de la solicitud del servicio o de la indemnización por reembolso.
2. De la decisión de la COMPAÑÍA sobre la inconformidad del CONTRATANTE o del AFILIADO

respecto al monto de la indemnización por reembolso o de la prestación del servicio a través de proveedores de insumos o servicios.

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

CLÁUSULA 20. SUBROGACIÓN DE DERECHOS

La COMPAÑÍA queda subrogada de pleno derecho, hasta la concurrencia de costos del servicio o de la indemnización por reembolso, en los derechos y acciones del CONTRATANTE o del AFILIADO contra los terceros responsables.

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará contra las personas de cuyos hechos debe responder civilmente el AFILIADO, ni contra el causante del siniestro vinculado con el AFILIADO hasta el segundo grado de parentesco por consanguinidad o que sea su cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.

El AFILIADO no podrá, en ningún momento, renunciar a sus derechos de exigir a otras personas la reparación por los daños y pérdidas que éstas le hubiesen ocasionado.

En caso de siniestro, el AFILIADO está obligado a realizar a expensas de la COMPAÑÍA, cuantos actos sean necesarios y todo lo que ésta pueda razonablemente requerir, con el objeto de permitir que ésta ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago de la indemnización.

Si el CONTRATANTE o el AFILIADO incumpliere lo establecido en esta cláusula, perderá el derecho al pago que le otorga este contrato de medicina prepagada, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a causa extraña no imputable a él.

CLÁUSULA 21. PRESCRIPCIÓN

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

CLÁUSULA 22. AVISOS

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto al contrato de medicina prepagada deberá hacerse mediante comunicación escrita o medio electrónico, con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal o sucursal de la COMPAÑÍA o a la dirección o correo electrónico del CONTRATANTE o del AFILIADO que conste en el contrato de medicina prepagada, según sea el caso.

Las comunicaciones relacionadas con la tramitación de siniestros que sean entregadas al intermediario de la actividad aseguradora producen el mismo efecto que si hubiesen sido entregadas a la otra parte.

El intermediario de la actividad aseguradora será administrativa y civilmente responsable en caso de que no haya entregado la correspondencia a su destinatario en un lapso de cinco (5) días hábiles, contados a partir de su recepción.

CLÁUSULA 23. DOMICILIO ESPECIAL

Para todos los efectos y consecuencias derivadas de este contrato de medicina prepagada o que



puedan derivarse de este contrato de medicina prepagada, las partes eligen como domicilio especial, único y excluyente de cualquier otro, el lugar donde se celebró el contrato de medicina prepagada, a cuya jurisdicción declaran someterse las partes.

CLÁUSULA 24. MONEDA

Si este contrato de medicina prepagada es emitido en moneda extranjera, el pago de la CUOTA DE AFILIACIÓN debe realizarse en la misma moneda indicada en el CUADRO RECIBO DE AFILIACIÓN. No obstante, el CONTRATANTE podrá liberarse de su obligación mediante el pago del equivalente en Bolívares de la cantidad indicada en el CUADRO RECIBO DE AFILIACIÓN, calculado al tipo de cambio de referencia oficial para el momento del pago.

La COMPAÑÍA podrá liberarse de sus obligaciones vinculadas al contrato bien en la moneda en que recibe el pago de la CUOTA DE AFILIACIÓN, o en su defecto y por acuerdo entre las partes, mediante el pago del equivalente en Bolívares de la cantidad indicada en el CUADRO RECIBO DE AFILIACIÓN, calculado al tipo de cambio de referencia oficial para el momento del pago.

CLÁUSULA 25. DEFENSORÍA DEL ASEGURADO

El CONTRATANTE, AFILIADO o Beneficiario, que sienta vulneración de sus derechos, y requieran presentar cualquier denuncia, queja, reclamo o solicitud de asesoría; surgida con ocasión de este contrato de medicina prepagada; puede acudir a la Oficina de Atención Ciudadana de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, o comunicarlo a través de la página web <http://www.sudeaseg.gob.ve/>.

EL CONTRATANTE

POR LA COMPAÑÍA

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, mediante Providencia N° SAA-SUT-34069, De fecha 13 de febrero de 2025.