



CONDICIONES ESPECIALES

1.- Personas Asegurables:

1.-1 Grupo Inicial:

- Titular, Cónyuge, Hijos y Padres, según información suministrada por el cliente.

1.-2 Nuevos Ingresos:

- Titular, Cónyuge y Padres con edad límite de ingreso hasta los 74 años con permanencia hasta los 99 años.
- Hijos solteros menores de 25 años de edad que dependan económicamente y convivan con el Asegurado Titular. Permanencia en la Póliza hasta los 30 años de edad.

2.- Selección de Riesgo, Continuidad y Plazos de Espera:

Grupo Inicial: Según información actual de asegurados en Mercantil Seguros.

Para Hospitalización y Cirugía: Los asegurados que ya están incluidos y que conforman el grupo inicial de renovación, mantendrán la situación que tenga cada uno con respecto a la aplicación de los plazos de espera. Si dichos plazos superan los 9 meses desde el momento del ingreso del asegurado a la póliza, se garantizará la continuidad hasta el límite de la suma asegurada contratada.

Nuevos Ingresos:

Nuevos Ingresos de Titulares y Beneficiarios: No se hará análisis de riesgo.

Para los Nuevos Ingresos las solicitudes de seguros deberán presentarse dentro de los Treinta (30) días siguientes a contar:

- De la fecha efectiva de empleo (nuevos empleos).
- De la fecha en que surja la relación familiar con el Asegurado titular.
- De la fecha de nacimiento de Hijos.

Para Hospitalización y Cirugía:

Se otorgará una Continuidad de USD 10.000 por asegurado para cada evento y/o por enfermedad. Aplicarán los Plazos de Espera por la diferencia entre la Suma Asegurada suscrita y USD 10.000.

Para Maternidad:

No se otorgará continuidad y se aplicarán los Plazos de Espera que correspondan.

En caso de no dar cumplimiento a lo estipulado en estas Condiciones, se realizará revisión a la solicitud de seguro para determinar la asegurabilidad de cada solicitante y se establecerán los plazos de espera que correspondan.

3.- Coberturas:

- **Suma Asegurada de Hospitalización y Cirugía** aplica por asegurado por año póliza, para cada evento y/o enfermedad.
- **Cobertura de Maternidad** incluida para titular y cónyuge femenino con edades entre 18 y 50 años.
- **Trasplante de órganos**, se ampara hasta la Suma Asegurada Contratada.
- Forma de Pago: **Anual, Semestral o Trimestral.**

4.- Servicio de la Póliza:

- **Los Reembolsos** Se indemniza en un plazo no mayor a veinte (20) días continuos desde la fecha solicitud del Reembolso o consignación del último recaudo, los gastos médicos cancelados por el asegurado por un tratamiento médico o quirúrgico, según la cobertura, condiciones de la póliza.
- **Emisión de Cartas Avals**, Se otorga al cliente el servicio de Carta Aval para el pago de los gastos clínicos de aquellos tratamientos médicos o cirugías electivas a realizarse en Venezuela.
- **Servicios de Status de Emergencia y Atención al Asegurado** por WhatsApp las 24 horas del día los 365 días del año.
- **Servicio de Emergencia:**



- **Programa De Hospitalización Domiciliaria**

Beneficio:

1. Es un costo cerrado
2. Utilización de pautas de atención internacionalmente aceptadas - garantía de insumos, medicamentos y material requerido.

Como es el acceso al programa de hospitalización domiciliaria (PHD):

Desde la visita domiciliaria: Cuando el asegurado inicialmente activa la atención telefónica y se determina que el paciente cumple con los criterios de inclusión al programa, el representante de VENEMERGENCIA activa la hospitalización a través de nuestro Contacto Integral como si fuese una clínica más. Importante al igual que como ocurre con cualquier proveedor de servicios de salud, el otorgamiento del servicio va sujeto al respectivo análisis técnico y médico que corresponda por tipo de póliza.

Puede ser activado, para aquellas patologías que lo ameriten como:

1. Infecciones de Piel y Partes Blandas (celulitis-Abscesos cutáneos - erisipela - impétigo- pie diabético).
2. Infecciones del Tracto Urinario (cistitis - pielonefritis).
3. Síndrome Diarreicos Agudos (enterocoliti).

4. Infecciones Respiratorias Bajas (bronquitis – neumonías- bronquiectasias sobreinfectada).
5. Traumatismo (Tx Cerrado - Trauma con baja probabilidad de Fx – Politarumatismo s/riesgo)
6. Deshidratación e infecciones inespecíficas (Cuadros inespecíficos de diarrea / vómito o intolerancia a vía oral – Proceso infeccioso no determinado)
7. Alergia moderada e intoxicaciones (Cuadro de hipersensibilidad)
8. Exacerbaciones patológicas respiratorias (crisis de asma – EPOC Descompensado o sobreinfectado)
9. Dolor abdominal inespecífico (Abdomen agudo médico – Dolor inespecífico)
10. Crisis Hipertensivas (urgencia hipertensiva).

- **Plan de Atención Médica Mercantil (PAMM):**

Es un plan de Asistencia Primaria de Salud que ofrece Mercantil Seguros a sus asegurados mediante autogestión de órdenes a través de su página web www.mercantilseguros.com, para cubrir los siguientes servicios sin requerir desembolso, por parte del asegurado:



Reglas para Uso del PAMM:

- Cuatro (4) órdenes trimestrales para consultas de atención médica primaria.
- Diez (10) órdenes anuales para consultas de control prenatal.
- Cuatro (4) órdenes trimestrales para solicitar imágenes simples.
- Cuatro (4) órdenes trimestrales para solicitar exámenes de laboratorio.
- Una (1) orden anual para rehabilitación y/o fisioterapia. Con un máximo de diez (10) sesiones.
- Una (1) orden mensual de suministro de medicamentos, para el tratamiento de las enfermedades crónicas indicadas en el portal. (Máximo una (01) patología)
- Una (1) orden mensual de suministro de medicamentos para el tratamiento de las enfermedades agudas indicadas en el portal. (Máximo una (01) patología)

Medicamentos: por ordenes PAMM se pueden generar hasta 6 medicamentos y hasta el monto del convenio en Bs. establecido con la farmacia.

El servicio PAMM estará disponible siempre y cuando la suma asegurada mínima disponible sea USD 1.000 por asegurado, patología y año póliza.

La solicitud de imágenes simples, exámenes de laboratorio, medicamentos y rehabilitación y/o fisioterapia disponibles para realizar la solicitud serán los disponibles al seleccionar la especialidad y patología indicado en el informe médico.

Importante: El alcance del servicio: proveedores, especialidades, estudios, sesiones de rehabilitación o fisioterapia y patologías para gestionar a través del PAMM serán los disponibles en el portal del asegurado al momento de realizar la solicitud, de acuerdo a las condiciones de la póliza.

- **Trasplante de Organos.**

Se cubren los gastos médicos del donante vivo relacionados con el trasplante hasta el máximo de la suma asegurada.

El monto de cobertura de los gastos correspondientes al trasplante causados por la atención al asegurado más los gastos correspondientes al donante vivo, si fuera el caso, no superará en ningún caso la suma asegurada contratada.

El asegurador se reserva el derecho de someter la documentación médica correspondiente al trasplante a uno o más médicos especialistas en trasplantes para determinar la necesidad médica y pertinencia del trasplante. No se cubren los servicios prestados por, o en relación a, un procedimiento de trasplante que no haya sido previamente notificado al asegurador y autorizado y coordinado por el mismo. No se cubre ningún tratamiento, procedimiento, servicio, cirugía o suministro si se diera alguna de las circunstancias que se enumeran a continuación:

- Que no sea médicamente necesario;
- Se considere electivo, experimental o investigativo;
- Se realice cuando el asegurado contaba con procedimientos o tratamientos alternativos, con igual eficacia para tratar la condición o la enfermedad que fundamentalmente hizo necesario el trasplante;
- Provisto por o como resultado de un trasplante en que el receptor recibe un equipo o artefacto mecánico o artificial destinado a reemplazar órganos humanos, o en el que el donante es un animal;
- Relacionado con un procedimiento de segundo trasplante posterior a un trasplante fallido inicialmente realizado antes de la fecha de inicio de cobertura del asegurado o con un trasplante no autorizado previamente por el asegurador.

Órganos amparados en esta Cobertura

- Corazón, pulmón simple, pulmón doble, corazón y pulmón combinados, riñón, páncreas cuando se realice simultáneamente con trasplante de riñón, córnea, hígado, hueso, piel (para injerto o para cualquier otro propósito médicamente necesario).
 - Médula ósea autóloga para:
 - linfoma de no-hodgkin, estadio III A o B, o estadio IV A o B.
 - linfoma de hodgkin, estadio III A o B, o estadio IV A o B.
 - Neuroblastoma, estadio III A o estadio IV.
 - Leucemia no linfocítica aguda después de la primera o segunda crisis.
 - Tumores de la célula embrionaria.



- Médula ósea alogénica para:
- Anemia aplásica.
- Leucemia aguda.
- Inmunodeficiencia combinada severa.
- Síndrome de Wiskott-Aldrich.
- Osteoporosis infantil maligna (enfermedad de Albers-Schonberg) y osteoporosis generalizada.
- Leucemia mielógena crónica (LMC).
- Neuroblastoma estadio III o IV en niños mayores de un año.
- Beta talase mia homocigote (talasemia mayor).
- Linfoma de hodgkin , estadio III A o B, o estadio IV A o B.
- Linfoma de no-hodgkin, estadio III o estadio IV.

5.- Plazos de Espera y Exclusiones Temporales:

Los plazos establecidos en las Cláusulas 4 “Plazos de Espera” y Cláusula 5 “Exclusiones Temporales” de la condiciones particulares de la póliza, superiores a Nueve (9) meses, se reducen bajo esta propuesta a Nueve (9) meses.

Si el Tomador o el Asegurado solicitare un incremento en la suma asegurada o cambio de plan, para las cantidades de exceso comenzará a considerarse nuevamente los plazos de espera o de exclusión, según corresponda, contados a partir de la fecha en que se produjo el incremento o cambio de plan. Por tanto, de ocurrir un siniestro antes del vencimiento de dichos plazos, el Asegurador indemnizará sobre la base de la suma asegurada o plan contratado antes de la modificación, siempre y cuando los plazos contemplados en las mencionadas cláusulas 4 y 5, hubieren vencido.

6.- Servicios Adicionales:

- **Ambulancia con Medicamentos Agudos**
 - Servicio médico telefónico de orientación médica las 24 horas, video consultas con acceso a un profesional de salud para obtener orientación en cualquier situación de emergencia.
 - Atención Médica Domiciliaria.
 - Traslado en ambulancia para Emergencias Médicas.
 - Entrega de Medicamentos derivados de la atención médica in situ hasta por siete (7) días continuos de tratamiento de afecciones aguda.
 - Segunda Opinión Médica.

Esta enumeración de servicios de la Atención Médica Domiciliaria y Servicio de Ambulancia es un resumen informativo, siendo de aplicación efectiva las coberturas, exclusiones y otros aspectos contemplados en el respectivo condicionado de la póliza, el cual será entregado al momento de la emisión.

Nota: la prestación del servicio está sujeta al alcance territorial establecido por el prestador. Existen zonas consideradas peligrosas por el prestador a las que podría no enviar sus unidades (las enviaría a la zona más próxima que considere segura).