

**REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA**  
**MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE ECONOMÍA,**  
**FINANZAS Y COMERCIO EXTERIOR**  
**SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA**

**AÑOS 211°, 162° y 22°**

**Caracas, 30 de noviembre de 2021**

**PROVIDENCIA ADMINISTRATIVA N° FSAA-2-0160**

**POR CUANTO**

Corresponde a la Superintendencia de la Actividad Aseguradora ejercer la potestad regulatoria, así como establecer el sistema de control, vigilancia previa, concomitante y posterior; supervisión, autorización, inspección, verificación y fiscalización de la actividad aseguradora, para lo cual como máxima autoridad ejercerá la dirección, y ejecutará de manera directa las competencias atribuidas a supervisar el cumplimiento y desarrollo de las actividades que le son permitidas a los sujetos regulados,

**POR CUANTO**

Es necesario la adecuación del Seguro de Salud a la nueva realidad socioeconómica del país, lo que conlleva a derogar el carácter general y uniforme de la Póliza de Seguro de Salud, incluyendo su tarifa, aprobada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora y publicada en Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela n.º 40.316 de fecha 16 de diciembre de 2013,

El Superintendente de la Actividad Aseguradora **OMAR OROZCO COLMENARES**, en calidad de Encargado, designado mediante Resolución N° 003-2021 de fecha 18 de enero de



2021, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 42.049 de la misma fecha, en ejercicio de las atribuciones conferidas en los numerales 1, 2, 7 y 44 del artículo 8 del Decreto con Rango, Valor y Fuerza de Ley de la Actividad Aseguradora y el artículo 17 de la Ley Orgánica de Procedimientos Administrativos, decide:

**PRIMERO:** Derogar la Providencia N° 003856 de fecha 18 de noviembre de 2013, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.316 de fecha 16 de diciembre del mismo año, mediante la cual se aprobaron con carácter general y uniforme las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Anexo de Cobertura de Maternidad y la Tarifa de la Póliza de Seguro de Salud Individual.

**SEGUNDO:** Aprobar el contenido mínimo de las condiciones generales de los contratos de seguro de salud, en los términos que se transcriben a continuación:

## **I. CONDICIONES GENERALES:**

### **CLÁUSULA: OBJETO DEL SEGURO**

El Asegurador se compromete a asumir los riesgos indicados en este contrato, hasta la suma asegurada señalada en el Cuadro Póliza Recibo.

### **CLÁUSULA: DEFINICIONES**

A los efectos de este contrato, queda expresamente convenido entre las partes que los siguientes términos tendrán los significados que se indican, siendo que el género masculino incluirá también al femenino, cuando corresponda, salvo que del texto de este contrato se desprenda una interpretación diferente:

**Asegurador:** Quien asume los riesgos cubiertos en este contrato.



**Tomador:** Persona natural o jurídica que obrando por cuenta propia o ajena, contrata el seguro con el Asegurador, trasladándole los riesgos y obligándose al pago de la prima.

**Asegurado:** Persona natural expuesta a los riesgos cubiertos y amparados por este contrato.

**Asegurado Titular:** Asegurado indicado con este carácter en el Cuadro Póliza Recibo, quien ejerce los derechos de los Asegurados ante el Asegurador.

**Beneficiario:** Persona que tiene el derecho de recibir el pago de la indemnización a que hubiere lugar. En caso de reembolso, el Asegurador pagará la indemnización al Asegurado Titular, independientemente de la persona que haya incurrido en los gastos.

**Edad:** Es la correspondiente a la fecha de cumpleaños más cercana, anterior o posterior, al momento de emisión o renovación de la póliza.

**Documentos que forman parte del contrato de seguro:** Las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, la Solicitud de Seguro, el Cuadro Póliza Recibo, los anexos que se emitan para complementar o modificar la Póliza y los demás documentos que por su naturaleza formen parte del contrato.

**Solicitud de Seguro:** Cuestionario que proporciona el Asegurador, el cual contiene un conjunto de preguntas relativas a la identificación del Tomador, de los Asegurados y de los Beneficiarios, así como también del estado de salud de cada una de las personas que estarán amparadas por la Póliza y demás datos que puedan influir en la estimación del riesgo, que deben ser contestadas en su totalidad y con exactitud por el Tomador o Asegurado Titular, según corresponda, constituyendo dicha declaración la base legal para la emisión de este contrato.

**Cuadro Póliza Recibo:** Documento en el que se indica, como mínimo, la siguiente información: número de la Póliza, identificación completa del Asegurador y de su domicilio





principal, identificación completa del Tomador, de los Asegurados y de los Beneficiarios, dirección del Tomador, dirección de cobro, dirección del Asegurado Titular, nombre del intermediario de seguros, riesgos cubiertos, suma asegurada, monto de la prima, forma de pago, duración del contrato, fecha de emisión del contrato, deducible, si lo hubiere, y firmas del Asegurador y del Tomador.

**Condiciones Particulares:** Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.

**Prima:** Contraprestación que, en función del riesgo, debe pagar el Tomador al Asegurador en virtud de la celebración de este contrato.

**Siniestro:** Materialización del riesgo que da origen a la obligación de indemnizar por parte del Asegurador.

**Deducible:** Cantidad indicada en el Cuadro Póliza Recibo que deberá asumir el Asegurado, y en consecuencia no será pagada por el Asegurador en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto por este contrato.

**Suma Asegurada:** Límite máximo de responsabilidad del Asegurador, indicado en el Cuadro Póliza Recibo.

#### **CLÁUSULA: EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

**El Asegurador no estará obligado 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 relacionados con este contrato.**
- 2. Si el siniestro ha sido ocasionado por dolo del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario.**



3. Si el siniestro ha sido ocasionado por culpa grave del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario. No obstante, el Asegurador estará obligado 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 el Asegurador, en lo que respecta a este contrato.
4. Si el siniestro se inicia antes de la vigencia de este contrato y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta del Asegurador.
5. Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario 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 al Asegurador.
6. Si el Tomador o el Asegurado Titular actúa con dolo o culpa grave, según lo señalado en la Cláusula relacionada con las Declaraciones en la Solicitud de Seguro, de estas Condiciones Generales.
7. Si el Asegurado o el Beneficiario incumpliere lo establecido en la Cláusula relativa a la Subrogación de Derechos, de estas Condiciones Generales, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.
8. Si el Tomador, el Asegurado, el Beneficiario o cualquier persona que obre por cuenta de éstos, actuando con dolo o culpa grave, obstaculiza los derechos del Asegurador estipulados en este contrato.
9. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares de este contrato.



### **CLÁUSULA: DURACIÓN DEL CONTRATO**

La duración del contrato se hará constar en el Cuadro Póliza Recibo, con indicación de la fecha de emisión, la hora y día de su iniciación y vencimiento.

### **CLÁUSULA: RENOVACIÓN**

El contrato se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día de duración del período anterior y por un plazo igual, siempre que el Tomador pague la prima correspondiente al nuevo período, de acuerdo con lo establecido en la Cláusula: Plazo de Gracia, de estas Condiciones Generales, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo contrato, sino la prórroga del anterior.

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

Transcurridos tres (3) años ininterrumpidos desde la celebración del contrato, el Asegurador no podrá negarse a renovar en las mismas condiciones, siempre que el Tomador pague la prima correspondiente.

### **CLÁUSULA: PLAZO DE GRACIA**

Se conceden un plazo de gracia de (*indicar plazo: mínimo treinta (30) días continuos si la duración del contrato es anual, para otras duraciones a criterio del asegurador*) para el pago de la prima de renovación del contrato, contados a partir de la fecha de terminación de la duración anterior.

Si ocurriere un siniestro en este plazo, el Asegurador pagará la indemnización, previa deducción de la prima correspondiente.

Si el monto del siniestro es menor a la prima de renovación, el Asegurador pagará la indemnización, siempre que el Tomador pague la prima en el plazo de gracia concedido. Si la prima no





es pagada en el referido plazo, el contrato quedará sin validez y efecto a partir de la fecha de terminación de la duración del contrato anterior.

### **CLÁUSULA: DECLARACIONES EN LA SOLICITUD DE SEGURO**

El Tomador o el propuesto Asegurado Titular, al llenar la solicitud, debe declarar con exactitud al Asegurador, 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.

El Asegurador deberá participar al Tomador, en un lapso de cinco (5) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud de seguro, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o rescindir el contrato 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 se producirá a partir del decimosexto (16º) día siguiente a su notificación, siempre que 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 del Asegurador. Corresponderán al Asegurador las primas relativas al período transcurrido hasta el momento en que se haga esta notificación. El Asegurador no podrá resolver el contrato cuando el hecho que ha sido objeto de reserva o inexactitud ha desaparecido antes del siniestro.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la participación a la que se refiere el párrafo anterior, la indemnización se reducirá en la misma proporción que existe entre la prima convenida y la que se hubiese establecido de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Igualmente, si ocurre un siniestro antes del vencimiento de los plazos de un



(1) mes o de los dieciséis (16) días antes mencionados, según sea el caso, el pago de la prestación también se reducirá en los términos mencionados en este párrafo. Si el Tomador o el Asegurado Titular actúa con dolo o culpa grave, el Asegurador quedará liberado del pago de la indemnización y de la devolución de la prima.

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

#### **CLÁUSULA: PAGO DE INDEMNIZACIONES**

El Asegurador deberá pagar la indemnización que corresponda en un plazo que no exceda de (*indicar plazo que establece la ley que regula el ejercicio de la actividad aseguradora*), contados a partir de la fecha en que haya recibido el último recaudo solicitado, salvo por causa extraña no imputable al Asegurador.

#### **CLÁUSULA: RECHAZO DEL SINIESTRO**

El Asegurador deberá notificar por escrito al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario, en el plazo señalado en la cláusula anterior, las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifiquen el rechazo, total o parcial, de la indemnización exigida.

#### **CLÁUSULA: SUBROGACIÓN DE DERECHOS**

El Asegurador que ha pagado la indemnización, queda subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto de ésta, en los derechos y acciones del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario contra los terceros responsables. Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará contra las personas de cuyos hechos debe responder civilmente el Asegurado, ni contra el causante del siniestro vinculado con el





Asegurado hasta el segundo grado de parentesco por consanguinidad o que sea su cónyuge o la persona con quien mantenga unión estable de hecho.

El Asegurado o el Beneficiario 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 Asegurado o el Beneficiario está obligado a realizar a expensas del Asegurador, cuantos actos sean necesarios y todo lo que éste pueda razonablemente requerir, con el objeto de permitir que ejerza los derechos que le correspondan por subrogación, sean antes o después del pago.

Si el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario incumpliere lo establecido en esta cláusula, perderá el derecho al pago que le otorga este contrato, a menos que compruebe que el incumplimiento es debido a una causa extraña no imputable a él.

#### **CLÁUSULA: OTROS CONTRATOS DE SALUD**

Al momento de notificar la ocurrencia del siniestro, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario está obligado a informar al Asegurador la existencia de cualquier otro contrato de salud que ampare al Asegurado que activó la cobertura de la Póliza.

Cuando el Asegurado se encuentre amparado por varios contratos de salud que estén obligados a pagar la indemnización sobre un mismo siniestro, escogerá el orden en 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.



### **CLÁUSULA: ARBITRAJE**

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del contrato.

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. 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.

Si las partes acuerdan someterse a un procedimiento de arbitraje comercial, la tramitación se ajustará a lo dispuesto en la ley que regule la materia de arbitraje y supletoriamente al Código de Procedimiento Civil.

El laudo arbitral será de obligatorio cumplimiento.

### **CLÁUSULA: CADUCIDAD**

El tomador, el Asegurado o el Beneficiario perderá todo derecho a ejercer acción judicial contra el Asegurador o convenir con éste a someterse al arbitraje, 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, del siniestro.
2. De la decisión del Asegurador sobre la inconformidad del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario respecto a la indemnización o al cumplimiento de la obligación 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: PRESCRIPCIÓN**

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

### **CLÁUSULA: MODIFICACIÓN Y REHABILITACIÓN**

El contrato de seguro puede ser rehabilitado a solicitud del Tomador o el Asegurado Titular, siempre que los Asegurados se encuentren en buen estado de salud, según declaración de salud o reconocimiento médico a cargo del Asegurado. En este supuesto, se requiere la aceptación del Asegurador y el pago de la prima pendiente, entrando el contrato nuevamente en vigor en la fecha indicada en el Cuadro Póliza Recibo. El Asegurador reconocerá la antigüedad obtenida por los Asegurados pero no estarán amparados los gastos incurridos desde la fecha de resolución del contrato hasta su rehabilitación (***debe indicarse el alcance de este reconocimiento, en lo que se refiere a la aplicación de los plazos de espera y exclusiones temporales, si estuviesen establecidos en el contrato, y los riesgos que tendrán cobertura inmediata, en los cuales deben incluirse los accidentes. Asimismo, en cualquier caso podrá establecerse un plazo de espera adicional, que no exceda de tres (3) meses, contado a partir de la rehabilitación.***

No se convendrá la rehabilitación, una vez transcurridos noventa (90) días continuos desde la fecha de resolución del contrato.

Se consideran aceptadas las solicitudes escritas de prorrogar o modificar un contrato o de rehabilitar un contrato suspendido si el Asegurador no rechaza por escrito la solicitud dentro de los diez (10) días hábiles de haberla recibido. Este plazo será de veinte (20) días hábiles cuando la prórroga, modificación o rehabilitación hagan necesario un reconocimiento médico. El





requerimiento del Asegurador de que el Asegurado se realice el examen médico, no implica aceptación.

La modificación de la suma asegurada o el deducible requerirá aceptación expresa de la otra parte. En caso contrario, se presumirá aceptada por el Asegurador con la emisión del Cuadro Póliza Recibo, en el que se modifique la suma asegurada o el deducible, y por parte del Tomador o el Asegurado Titular con el pago de la diferencia de prima correspondiente, si la hubiere. Si la modificación es efectiva a partir de la prórroga del contrato la solicitud debe ser comunicada al Tomador o al Asegurado Titular 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 seguro en curso. En caso de desacuerdo del Tomador o del Asegurado Titular, el Asegurador mantendrá o renovará el contrato bajo las mismas condiciones de suma asegurada y deducible vigentes al momento de la propuesta de modificación.

#### **CLÁUSULA: AVISOS**

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto a este contrato deberá hacerse a través de comunicación escrita o medio electrónico, con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal o sucursal del Asegurador o a la dirección del Tomador o del Asegurado que conste en la Póliza, según sea el caso.

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: DOMICILIO ESPECIAL**

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

**TERCERO:** Aprobar el contenido mínimo de la cláusula de interpretación de términos de las condiciones particulares de los contratos de seguro de salud, en los términos que se transcriben a continuación:

### **CLÁUSULA: INTERPRETACIÓN DE TÉRMINOS**

A los efectos de este contrato, los términos que se señalan a continuación tendrán el siguiente significado:

**Accidente:** Suceso violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del Tomador o del Asegurado, que le cause a este último lesiones corporales.

**Emergencia Médica:** Condición que compromete la vida o la integridad física del Asegurado, cuya atención no puede ser diferida y su diagnóstico ha sido hecho por un médico calificado de la institución hospitalaria prestadora de los servicios de salud.

**Enfermedad:** Alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo, que origine reducción de su capacidad funcional y que requiera tratamiento médico o intervención quirúrgica.

**Enfermedad Preexistente:** Enfermedad o lesión que pueda comprobarse ha sido adquirida con anterioridad a la fecha de inicio de la vigencia del contrato o de la inclusión del Asegurado





en el seguro, y sea conocida por el Tomador o el Asegurado al momento de la suscripción del contrato.

**Enfermedad, Defecto o Malformación Congénita:**

Alteración o desviación del estado fisiológico de una o varias partes del cuerpo humano que existan desde la fecha de nacimiento o antes del mismo. Se considerará enfermedad preexistente si es conocida por el Tomador o el Asegurado a la fecha de inicio de la vigencia del contrato o de la inclusión del Asegurado en el seguro.

**Institución Hospitalaria:** Establecimiento permanente con permiso sanitario vigente para suministrar asistencia médica, autorizado por el organismo público competente. No serán consideradas instituciones hospitalarias para los efectos de este contrato de seguro, lugares de descanso, geriátricos, spas, hidroclínicas y cualquier institución que suministre tratamientos similares, centros exclusivos para tratamiento de farmacodependientes, de dipsómanos (alcohólicos), enfermos mentales o desordenes de conducta, ni lugares donde se proporcionen tratamientos naturistas, terapias alternativas y acupuntura.

**Médico:** Persona natural acreditada conforme a la ley para ejercer la profesión médica en el país donde presta sus servicios, en cualquiera de sus modalidades y especialidades.

**Procedimiento Experimental o Investigativo:** Tratamiento médico, intervención quirúrgica, suministro, medicamento, procedimiento médico u hospitalización que:

1. No haya sido aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento médico de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional; o
2. Su uso esté restringido a objetivos clínicos disciplinados que posean valor o beneficio para propósitos clínicos de la disciplina y estudios científicos; o





3. No se haya probado de manera objetiva que posea valor o beneficio terapéutico; o
4. Esté bajo estudio, investigación, en un período de prueba o en cualquier fase de un experimento o ensayo clínico.

**Tratamiento Médico:** Conjunto de medidas realizadas u ordenadas por un médico que se ponen en práctica para la curación o alivio de una enfermedad o lesión, incluyendo medicamentos prescritos, insumos o prótesis.

**Prótesis:** Dispositivo o aparato diseñado para reemplazar una parte faltante del cuerpo o para hacer que una parte del cuerpo trabaje mejor.

**Atención Ambulatoria:** Atención médica suministrada a un Asegurado cuando su permanencia en la Institución Hospitalaria sea menor de 24 horas.

**Costo Razonable:** Promedio calculado por el Asegurador de los gastos cubiertos por tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas de instituciones hospitalarias ubicadas en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella donde fue atendido el Asegurado, los cuales correspondan a una intervención quirúrgica o tratamiento médico igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las condiciones de este contrato de seguro se encuentran cubiertos.

Este promedio será calculado sobre la base de las estadísticas que tenga el Asegurador de los gastos facturados en el mes calendario inmediatamente anterior a la fecha en que el Asegurado incurrió en los gastos, incrementado según el Índice Nacional de Precios al Consumidor (I.N.P.C.) del Banco Central de Venezuela registrado en el mismo mes. Cuando este promedio no pueda ser obtenido, el costo razonable será el monto facturado.

No obstante, si el Asegurador hubiere acordado con algún proveedor un baremo, deberá efectuar la indemnización de los servicios prestados por este proveedor de acuerdo con el



referido baremo.

De ser el caso, el costo razonable de los gastos cubiertos debe ajustarse a los baremos o la estructura de precios que el Estado haya fijado en el área de prestación de servicios de salud.

Este concepto es aplicable a toda adquisición de insumos, suministros, instrumentos especiales, equipos médicos o a cualquier otro gasto médico amparado e incurrido con motivo de la asistencia.

**Medicamento Necesario:** Conjunto de medidas o procedimientos ordenados y suministrados por un médico o institución hospitalaria, que se ponen en práctica para el tratamiento, curación o alivio de una enfermedad o lesión, bajo las siguientes características:

1. Que sea apropiado para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del Asegurado.
2. Que sea congruente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina en la República Bolivariana de Venezuela y por la Federación Médica Venezolana o por la comunidad médica del país donde se presta el servicio o tratamiento.
3. Que el nivel de servicio o suministro sea idóneo y pueda ser proporcionado sin riesgo para el Asegurado.
4. Que no sea primordialmente para el confort o la conveniencia personal del Asegurado, de su familia o de su Médico.

***(El asegurador podrá incluir o excluir definiciones de acuerdo con las características del producto de seguro que pretenda comercializar).***

**CUARTO:** El alcance de las coberturas de hospitalización, cirugía y maternidad debe extenderse a cualquier parte del mundo.



**QUINTO:** El contenido mínimo al que se refiere estas normas podrá adaptarse a las particularidades de los seguros o coberturas de salud que puedan comercializarse conforme con la ley, previa aprobación de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora.

**SEXTO:** Las tarifas remitidas por las empresas de seguros para su aprobación, deben incluir primas sin limitación alguna por edad.

**SÉPTIMO:** Para efectos de la determinación de las tarifas del seguro de salud, el recargo comercial por utilidad esperada no podrá ser superior a cinco por ciento (5%) de la prima comercial.

**OCTAVO:** Las empresas de seguros podrán seguir utilizando las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares y el Anexo de Cobertura de Maternidad de la Póliza de Seguro de Salud Individual, prevista en la Providencia N° 003856 de fecha 18 de noviembre de 2013, publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 40.316 de fecha 16 de diciembre del mismo año, previa aprobación por parte de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, sin perjuicio de su aplicación para los contratos en curso.

**NOVENO:** Esta Providencia entrará en vigencia a partir de la notificación de su contenido, efectuada a los respectivos sujetos regulados, sin menoscabo de su publicación posterior en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela.

**DÉCIMO:** Ordenar la publicación de este acto administrativo, en el portal electrónico de esta Superintendencia de la Actividad Aseguradora, de conformidad con el mecanismo de intercambio de información electrónica, establecido por esta Instancia de





Control y Supervisión, con la finalidad de coadyuvar con la divulgación de su contenido a todos los interesados y público en general.

Comuníquese y Publíquese,



**OMAR OROZCO COLMENARES**

**Superintendente de la Actividad Aseguradora (E)**

Resolución N.º 003-2021 de fecha 18 de enero de 2021

G.O.R.B.V. N.º 42.049 de fecha 18 de enero de 2021

