

FECEVE

POLIZA DE SEGURO DE SALUD COLECTIVA

CUADRO DE BENEFICIOS Y SUS LIMITES	OPCION 1	OPCION 2	OPCION 3	OPCION 4
LIMITE DE COBERTURA BASICA ANUAL, Gastos Medicos Hospitalarios por Persona,Patologia y Año Poliza	US\$ 25.000	US\$ 50.000	US\$ 100.000	US\$ 200.000
DEDUCIBLE EN VENEZUELA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
DEDUCIBLE EN EL EXTERIOR	US\$ 2.500	US\$ 2.500	US\$ 2.500	US\$ 2.500
ELIMINACION DE PLAZOS DE ESPERA (CLAUSULA 4) Y EXCLUSIONES TEMPORALES (CLAUSULA 5) SIN EXCEDER DE:	US\$ 25.000	US\$ 50.000	US\$ 100.000	US\$ 200.000

COBERTURAS ADICIONALES				
MATERNIDAD (OPCIONAL)	US\$ 25.000	US\$ 25.000	US\$ 25.000	US\$ 25.000
ASISTENCIA MEDICA PRIMARIA POR PERSONA Y AÑO POLIZA	INCLUIDA	INCLUIDA	INCLUIDA	INCLUIDA
COVID-19 . SARS-COV2 Y SUS VARIANTES	US\$ 25.000	US\$ 25.000	US\$ 25.000	US\$ 25.000
ASISTENCIA MEDICA IN SITU	INCLUIDA	INCLUIDA	INCLUIDA	INCLUIDA
SERVICIOS FUNERARIOS (\$1.000)	INCLUIDA	INCLUIDA	INCLUIDA	INCLUIDA

PLAN BASICO RANGO DE EDAD	PRIMA ANUAL INDIVIDUAL US\$			
	OPCION 1 US\$ 25.000	OPCION 2 US\$ 50.000	OPCION 3 US\$ 100.000	OPCION 4 US\$ 200.000
0-9	413	423	471	511
10-15	402	410	433	445
16-19	444	456	474	506
20-29	562	570	585	632
30-39	640	691	819	871
40-49	786	869	1.054	1.117
50-54	830	909	1.441	1.556
55-59	1.146	1.183	1.726	1.966
60-69	1.209	1.271	2.127	2.444
70-79	1.312	1.623	2.501	2.820
80-89	1.672	1.943	2.794	3.224
90-99	2.901	3.186	3.216	3.767

PRIMAS ANUALES COBERTURAS ADICIONALES	
LIMITE COBERTURA MATERNIDAD	US\$ 25.000
PRIMA INDIV. MATERNIDAD (Titulares y Conyuges Femeninos 18-50 años)	380

SERVICIOS OPCIONALES	PRIMA INDIVIDUAL ANUAL
ASISTENCIA AL VIAJERO (COBERTURA HASTA US \$ 30.000)	26
SERVICIO ODONTOLOGICO	18
SERVICIO OFTALMOLOGICO	22

DESCUENTOS:

Se aplicará un **10%** de Descuento por Pago de Contado (Prima Anual: Total Básica y Coberturas Opcionales).

Se aplicará un **5%** de Descuento por No Siniestro.

22-04-2022