

## POLIZA DE SEGURO DE SALUD COLECTIVA

FECEVE

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

### COBERTURAS ADICIONALES

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

PLAN BASICO	PRIMA ANUAL INDIVIDUAL US\$	
	OPCION 1	OPCION 2
RANGO DE EDAD	US\$ 100.000	US\$ 200.000
0-9	471	511
10-15	433	445
16-19	474	506
20-29	585	632
30-39	819	871
40-49	1.054	1.117
50-54	1.441	1.556
55-59	1.726	1.966
60-69	2.127	2.444
70-79	2.501	2.820
80-89	2.794	3.224
90-99	3.216	3.767

### PRIMAS ANUALES COBERTURAS OPCIONALES

<b>LIMITE COBERTURA MATERNIDAD</b>	<b>US\$ 25.000</b>	<b>US\$ 25.000</b>
<b>PRIMA INDIV. MATERNIDAD</b> (Titulares y Conyuges Femeninos 18-50 años)	380	380

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