

## PROPUESTA DE SEGURO COLECTIVO



### PLAN CUIDATOTAL COBERTURAS

BASICO HOSPITALIZACION Y CIRUGÍA	BASICA I	EXCESO I
Suma Asegurada por Persona	1.000.000,00	2.000.000,00
Deducible por evento	3.000,00	1.000.000,00
Porcentaje de Reembolso	100%	100%

COBERTURAS ADICIONALES	BASICA I	EXCESO I
Maternidad	200.000,00	
Mediconecta (consultas médicas ON LINE)	Incluido	
Odontológico	Incluido	
Oftalmológico	Incluido	
Asistencia Médica Primaria	Incluido	
Asistencia Médica Domiciliaria (Ambulancia)	Incluido	
Accidentes Personales	100.000,00	

### PRIMAS ANUALES

BASICO HOSPITALIZACION Y CIRUGÍA	BASICA I	EXCESO I
Asegurado Femenino o Masculino de 0 a 9 años	53.687,18	19.217,06
Asegurado Femenino o Masculino de 10 a 19 años	62.017,95	22.199,02
Asegurado Femenino o Masculino de 20 a 29 años	69.423,08	24.849,65
Asegurado Femenino o Masculino de 30 a 39 años	81.456,42	29.156,92
Asegurado Femenino o Masculino de 40 a 49 años	91.638,47	32.801,53
Asegurado Femenino o Masculino de 50 a 54 años	109.225,65	39.096,77
Asegurado Femenino o Masculino de 55 a 59 años	134.217,96	48.042,65
Asegurado Femenino o Masculino de 60 a 69 años	155.507,70	55.663,20
Asegurado Femenino o Masculino de 70 a 79 años	190.682,07	68.253,69
Asegurado Femenino o Masculino de 80 a 99 años	237.889,76	85.151,45

COBERTURAS ADICIONALES	BASICA I	EXCESO I
Maternidad	30.775,50	-
Paquete de coberturas adicionales	10.454,64	-

#### Observaciones:

Primas aproximadas, al conocer la distribución de edades de la población las mismas podrán variar.

Primas validas solo con la suscripción del 100% de la población cotizada.

Primas validas solo con la contratación de la cobertura básica mas la cobertura de exceso.

Condiciones vigentes solo bajo la suscripción de Pólizas de AP y Vida

## PROPUESTA DE SEGURO COLECTIVO

### ACCIDENTES PERSONALES

#### COBERTURAS

COBERTURAS	OPCION I
Muerte Accidental	500.000,00
Incapacidad Total Permanente	500.000,00
Gastos Médicos por Accidentes	50.000,00

PRIMA ANUAL POR PERSONA	OPCION I
Muerte Accidental	1.190
Incapacidad Total Permanente	690
Gastos Médicos por Accidentes	1.550

## PROPUESTA DE SEGURO COLECTIVO VIDA COLECTIVO COBERTURAS

Muerte por cualquier causa	300.000,00
----------------------------	------------

PRIMA ANUAL POR PERSONA	OPCION I
Muerte por cualquier causa	2.349,00

#### SERVICIOS

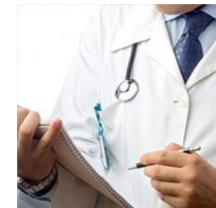
##### SERVICIO DE ATENCION 24 HORAS:

Los operadores de la Clínica se comunicarán a través de los Teléfonos **(0500) OCEANIC / (0212) 701.1063 / TELEFAX (0212) 701.1049** para solicitar el servicio enviando vía fax el Informe Médico, presupuesto de gastos, resultados de exámenes practicados y el respectivo Formulario de Siniestros, para el análisis y su posterior aprobación en caso de ser procedente, tanto para el ingreso como para el egreso del paciente de la institución hospitalaria.

#### CARTAS AVALES

El servicio de cartas avales para intervenciones electivas, se presta en cualquiera de las Clínicas Afiliadas a la Red.

Los documentos originales que deben ser presentados para el trámite y requeridos para el análisis respectivo son: Informe Médico, presupuesto de gastos, resultados de exámenes practicados. La documentación debe ser consignada en nuestras oficinas.



#### REEMBOLSO

Toda reclamación debe realizarse por escrito en el lapso previsto, adjuntando los siguientes recaudos en original: Informe médico amplio, récipes médicos, resultado de los exámenes practicados, incluyendo anatomía patológica biopsias y radiologías. En caso de accidente adjuntar carta narrativa del asegurado, indicando como ocurrió el accidente, informe de las autoridades competentes que hayan intervenido en el caso. Recibos o facturas originales con numeración correlativa de imprenta y membrete de la clínica o del médico, número de RIF y sello húmedo de cancelado. Las facturas de farmacias deben incluir el desglose de los medicamentos.

Se establece un periodo máximo de **30 días continuos** una vez finalizado la hospitalización y/o el tratamiento, para la presentación de los recaudos correspondientes y facturas sujetas a reclamación.

#### AMP (ASISTENCIA MÉDICA PRIMARIA)

El asegurado podrá recibir el servicio de consultas o exámenes médicos en caso de que sufra alguna dolencia, sin ingreso por emergencia, en cualquiera de las Clínicas Afiliadas de la Red de AMP mediante la solicitud de una orden médica en nuestras oficinas.

Entrega de medicinas según tratamiento asignado mediante las farmacias de LOCATEL sólo con la presentación en nuestras oficinas del informe médico acompañado del récipe médico e indicaciones del tratamiento.

**NOTA: Para la solicitud de ÓRDENES MÉDICAS el asegurado deberá tomar en cuenta lo siguiente:**

- 1.- El asegurado debe completar la información solicitada en el formulario para las órdenes médicas.
- 2.- Las solicitudes pueden ser consignadas mediante correo electrónico: [ordenesmedicas@oceanicadeseguros.com](mailto:ordenesmedicas@oceanicadeseguros.com)
- 3.- Este servicio no cubre CHEQUEOS NI CONTROLES MEDICOS.
- 4.- La cobertura se encuentra sujeta a las condiciones generales de la Póliza.



### **MEDICONECTA**

El asegurado podrá recibir el servicio de consultas médicas ON LINE de forma ilimitada para aquellas patologías de urgencia médica que no sean emergencia.

### **ASISTENCIA MÉDICA DOMICILIARIA (AMBULANCIA)**

Servicio de asistencia a través de los teléfonos **0212-8213726** con el proveedor **FIDENS ASISTENCIA** a nivel nacional en su hogar o trabajo, donde se disponen de los siguientes beneficios:

- Suministro de unidosis de medicamento al momento de la emergencia
- Aplicación de tratamiento según instrucciones del médico
- Aplicaciones de curas
- Asistencia paramédica motorizada
- Traslados terrestres
- Orientación médica telefónica



### **SERVICIO ODONTOLÓGICO Y OFTALMOLÓGICO**

El servicio odontológico se presta a través del teléfono **0212-8213723** con el proveedor **FIDENS ASISTENCIA** donde el asegurado podrá elegir al médico que desee a través de la red propuesta. Beneficios ver anexo de póliza.

### **ACCIDENTES PERSONALES**

- . Se entiende por accidentes cualquier daño corporal sufrido por el Asegurado por la acción repentina de un agente externo, en forma violenta, fortuita y ajena a su voluntad o intención.
- . Pago contra reembolso de las coberturas en caso de MUERTE o INVALIDEZ PERMANENTE, que ocurran como consecuencia de un accidente.

### **BASES DE SUSCRIPCIÓN**



#### **Personas asegurables**

1. Titular, Cónyuge o Concubino (a) y Padres, menores de 75 años para su ingreso a la póliza.
2. Hijos y Hermanos, solteros y dependientes económicamente del titular, menores de 25 años para su ingreso a la póliza y podrán permanecer hasta cumplir los 26 años de edad.

#### **Condición Especial**

**Se eliminan los plazos de espera y se otorga cobertura para las enfermedades preexistentes:**

1. Al grupo asegurado en el comienzo de la póliza.
2. Aquellas personas que ingresen a la póliza dentro de los 30 días siguientes a que surja la relación laboral o familiar.

#### **Plazos de Espera**

Aquellos asegurados inscritos posteriormente al plazo indicado en la Condición Especial, tendrán los plazos de espera indicados en las condiciones particulares de la póliza.

#### **Procedimiento para las altas y bajas:**

##### **ALTAS:**

1. Llenar la solicitud de seguros en todas sus partes especificando la fecha de empleo del asegurado titular, en caso de que sea una inclusión de familiar indicar que es una inclusión de familiares e indicar la fecha de surgimiento del parentesco.
2. Anexar copia de la cedula del titular y sus familiares así como la partida de nacimiento de los menores de edad.
3. Indicar la localidad a la cual pertenece y la cobertura con la que va a ser asegurado.

##### **BAJAS:**

1. Notificar por escrito (puede ser mediante carta o vía correo) la desincorporación del personal, indicando la cedula de identidad del titular, en caso de que sea únicamente un familiar a excluir debe indicar el número de cedula de identidad del titular y del familiar.
2. Fecha de desincorporación o exclusión desde que será procesada.

# **PROPUESTA DE SEGUROS COLECTIVO DE HOSPITALIZACIÓN COLEGIO CONTADORES PUBLICOS DEL ESTADO MIRANDA**



Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N°117 Rif J-30620632-9  
**Teléfono: 0212- 418.66.91 Celular: 0424-784.23.19**