

Anexo N° _____
Para ser adherido a la Póliza Nro.: _____
Ramo: _____
Nombre de EL ASEGURADO TITULAR: _____

Vigencia de este Anexo

Forma de Pago

al

Anual

Para ser adherido y formar parte integrante de la Póliza de Seguro de Salud Individual N° _____, emitida a favor de _____, válido siempre y cuando se pague la prima correspondiente, la cual será exigible dentro de los 30 días siguientes a la fecha de inclusión del presente Anexo.

SERVICIO OFTALMOLÓGICO

En razón de la contratación del presente Anexo y del pago de prima adicional correspondiente a esta cobertura, EL ASEGURADO TITULAR y LOS BENEFICIARIOS podrán hacer uso de los beneficios contemplados en este Anexo, dentro de las condiciones previstas en el presente documento.

Mediante el presente Anexo se hace constar lo siguiente:

CLÁUSULA 1. DEFINICIONES

ASEGURADO TITULAR: Persona indicada con este carácter en EL CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA, quien ejerce los derechos de los ASEGURADOS y ante LA EMPRESA DE SEGUROS.

BENEFICIARIO: Persona que tiene el derecho de recibir los servicios ofrecidos en este anexo. En caso de reembolso, EL PROVEEDOR pagará la indemnización al ASEGURADO TITULAR, independientemente de la persona que haya incurrido en los gastos.

EL PROVEEDOR: FIDENS SERVICES, C.A..

RED DE PROVEEDORES: Personal profesional debidamente especializado y que únicamente pertenezca a la red de Odontólogos en los Centros Odontológicos con los cuales se ha establecido convenios para la prestación de servicios relacionados con el objeto de este Anexo.

CLÁUSULA 2. COBERTURAS.

Los servicios oftalmológicos prestados bajo la cobertura de esta póliza y cubiertos en la primera consulta diagnóstica (historia clínica, una por año póliza), son los siguientes:

- a) Estudio de agudeza visual.
- b) Balance de movimientos oculares.
- c) Discriminación de colores.
- d) Toma de presión intraocular.
- e) Biomicroscopía.
- f) Gonioscopía.
- g) Examen de fondo de ojo.
- h) Refracción Pre y Post Cicoplejía.
- i) Emergencia ambulatoria

Diurna: atendidas en el consultorio del oftalmólogo, considerándose emergencia las siguientes patologías: Irritación del globo ocular, dolor, insuficiencia visual repentina.

Nocturna: orientación telefónica y canalización de atención a primera hora del día siguiente.

- j) Lentes correctivos (cristales y monturas o lentes de contacto): los cuales serán pagaderos mediante reembolso hasta el monto indicado en el CUADRO RECIBO DE LA PÓLIZA, por año, siempre y cuando hayan sido prescritos por un oftalmólogo afiliado a la RED DE PROVEEDORES. Esta Cobertura se restituye luego de trescientos sesenta y cinco (365) días contados a partir de la primera solicitud.

CLAUSULA 3. EXCLUSIONES.

Queda excluido del alcance de este Anexo, los gastos incurridos y los servicios originados directa o indirectamente como consecuencia de:

- a) Tratamientos médicos, procedimientos, terapias y/o estudios especiales oftalmológicos no contemplados en la **CLÁUSULA 2. COBERTURAS** del presente Anexo.
- b) Procedimientos quirúrgicos oftalmológicos electivos ni de emergencia sea cual fuere el medio a utilizar
- c) Tratamientos no amparados en este Anexo, aun cuando los mismos sean realizados en Centros Oftalmológicos de la RED DE PROVEEDORES.
- d) Estudios histopatológicos o biopsias, radioterapia y/o quimioterapia.
- e) Terapia y/o rehabilitación visual.
- f) Prótesis oculares.

- g) Lentes intraoculares.
- h) Lentes no formulados y/o de descanso.
- i) Lentes oscuros, lentes de sol, segundo par de lentes o lentes de emergencia por cualquier causa.
- j) Tratamientos con cristales antirreflejo.
- k) Servicios Oftalmológicos recibidos fuera de la República Bolivariana de Venezuela.
- l) Tratamientos y/o servicios recibidos por oftalmólogos no incluidos en la RED DE PROVEEDORES, salvo a los supuestos establecidos en la **CLÁUSULA 4. CONDICIONES PARA REEMBOLSO.**
- m) Medicamentos utilizados en consulta médica o de emergencia ni como tratamiento ambulatorio.
- n) Exámenes de laboratorio de cualquier índole en niños, adolescentes y/o adultos.

CLÁUSULA 4. CONDICIONES PARA REEMBOLSO.

Si EL ASEGURADO TITULAR o EL BENEFICIARIO, debido a una emergencia, requiera de los tratamientos amparados por este Anexo, y no existan en la localidad donde él se encuentre Centros Odontológicos afiliados a la RED DE PROVEEDORES o en el Centro Odontológico afiliado a dicha RED DE PROVEEDORES no preste los servicios requeridos, podrá recibir los servicios necesarios para la atención de dicha emergencia en el Centro Odontológico escogido libremente por él.

Como consecuencia de lo anterior, EL PROVEEDOR reembolsará dichos gastos, de conformidad con los gastos razonables. Se entiende como gastos razonables, los honorarios establecidos por EL PROVEEDOR con los Centros Odontológicos afiliados a la Red de Proveedores por un tratamiento equivalente en naturaleza, libre de complicaciones, cubierto o amparado por este Anexo.

En tal sentido, EL ASEGURADO TITULAR dará aviso por escrito a LA EMPRESA DE SEGUROS, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes de haber recibido los servicios, respecto a la ocurrencia de los hechos, y presentar dentro de los diez (10) días continuos siguientes a la fecha del aviso, los documentos que se indican a continuación (en original y copia):

- a) Carta explicativa, donde se debe describir brevemente cómo ocurrieron los hechos.
- b) Factura original emitida conforme a las normas sobre materia tributaria y fiscal a nombre de EL ASEGURADO TITULAR.
- c) Informe odontológico.
- d) Radiografías correspondientes.
- e) Cualquier otro documento que pudiese requerir EL PROVEEDOR.

ANEXO SERVICIO OFTALMÓLOGICO

En cualquier momento, LA EMPRESA DE SEGUROS tiene el derecho y queda debidamente autorizada para solicitar a todos los médicos y/o Centros Odontológicos que asistieron a EL ASEGURADO TITULAR y/o EL BENEFICIARIO, cualesquiera otras informaciones adicionales o verificaciones que estime necesarias o que se requiera para la evaluación de la reclamación.

Queda entendido, según los términos de este contrato, que el pago contra reembolso será único y exclusivamente en el caso referido en esta Cláusula, y cuyo gasto sea originado en la República Bolivariana de Venezuela.

En _____, a los _____ días del mes de _____ 20____

EL TOMADOR

ESTAR SEGUROS, S.A.

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° XX de fecha XXXX