

## PLAN DE SALUD FONPRES-CIV 2012 PLANES

### CONDICIONES GENERALES

#### CLÁUSULA 1 OBJETO

Mediante este Plan **FONPRES-CIV** se compromete a indemnizar al Afiliado o Beneficiario el monto de los gastos incurridos por los servicios médicos y hospitalarios, a causa de alteraciones de la salud hasta por la suma indicada como límite en el Cuadro de beneficios del Plan contratado y sujeto a las Condiciones Particulares y Anexos de este condicionado.

#### CLÁUSULA 2 DEFINICIONES

**FONPRES-CIV:** Quien asume los riesgos y se obliga en virtud de lo estipulado en el Plan.

**AFILIADO:** Persona natural que en sí misma está expuesta a los riesgos cubiertos indicados en las Condiciones Particulares y Anexos del Plan, ya sea el Titular o cualquiera de sus Dependientes

**TITULAR:** Es la persona natural indicada como tal en el Certificado de inscripción emitido por **FONPRES-CIV**

**DEPENDIENTES:** Son aquellas personas que conviven y dependen económicamente del Titular.

**BENEFICIARIO:** Persona natural o jurídica a favor de quien se ha establecido la indemnización que deba pagar el Plan.

**CONDICIONES PARTICULARES:** Aquellas que contemplan aspectos concretamente relativos al riesgo que se asegura.

**SOLICITUD:** Es el documento contestado por el potencial Afiliado, donde se indican los datos particulares, a saber: Tipo de Solicitud, nombre del Titular y Beneficiarios, dirección de habitación del Titular, teléfono(s), declaración de salud del grupo familiar a inscribirse y la firma del potencial Afiliado

**APORTE:** Es la contraprestación pagadera en dinero, que el Afiliado debe pagar a **FONPRES-CIV** para la activación del Plan contratado.

**SUMA ASEGURADA:** Es el límite máximo de responsabilidad por Plan y está reflejada en el Certificado de Inscripción emitido por **FONPRES-CIV**.

**DEDUCIBLE:** Cantidad indicada en el cuadro de beneficios del Plan contratado, la que deberá asumir el Afiliado y en consecuencia no será pagada por **FONPRES-CIV** en caso de ocurrencia de un siniestro cubierto por EL LAN.

**SINIESTRO:** Acontecimiento futuro e incierto del cual depende la obligación de indemnizar por parte del **FONPRES-CIV** siempre que esté amparado por el Plan contratado.

#### CLÁUSULA 3 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD DEL FONPRES-CIV

**FONPRES-CIV** no estará obligado a indemnizar en los siguientes casos:

1. Si el Titular o el Beneficiario 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.
2. Si el Titular o el beneficiario actúa con dolo, o si el siniestro ha sido ocasionado por dolo.
3. Si el siniestro se inicia antes de la vigencia de la Póliza y continúa después de que los riesgos hayan comenzado a correr por cuenta de la Empresa de Seguros.
4. Otras exoneraciones de responsabilidad que se establezcan en las Condiciones Particulares.

#### **CLÁUSULA 4 VIGENCIA DEL PLAN**

la vigencia del Plan se hará constar en el Certificado de Inscripción emitido por **FONPRES-CIV**, con indicación de la fecha en que se emita y la hora y día de su iniciación y vencimiento.

#### **CLÁUSULA 5 RENOVACIÓN**

El Plan se entenderá renovado automáticamente al finalizar el último día del período de vigencia anterior y por un plazo igual, entendiéndose que la renovación no implica un nuevo Plan, sino la prórroga del anterior. La prórroga no procederá si una de las partes notifica a la otra su voluntad de no prorrogar, mediante una comunicación escrita a la otra parte dirigida al último domicilio que conste en el Plan, efectuada con un plazo de por lo menos un (1) mes de anticipación al vencimiento del período de vigencia en curso.

#### **CLÁUSULA 6 APORTES PAGADOS EN EXCESO**

Los aportes pagados en exceso no darán lugar a responsabilidad alguna por parte del **FONPRES-CIV** sino única y exclusivamente al reintegro sin intereses de dichas sumas.

#### **CLÁUSULA 7 PLAZO DE GRACIA**

**FONPRES-CIV** concede un plazo de gracia para el pago de las renovaciones de treinta (30) días continuos contados a partir de la fecha de terminación de la vigencia anterior, en el entendido de que durante tal plazo el Plan continuará vigente y en caso de ocurrir algún siniestro en ese período, **FONPRES-CIV** tendrá la obligación de pagar la indemnización correspondiente, previa deducción del aporte pendiente de pago.

#### **CLÁUSULA 8 DECLARACIONES FALSAS EN LA SOLICITUD**

**FONPRES-CIV** deberá participar al potencial Afiliado, en un lapso de quince (15) días hábiles, que ha tenido conocimiento de un hecho no declarado en la solicitud del Plan, que pueda influir en la valoración del riesgo, y podrá ajustar o rechazar la solicitud al Plan mediante comunicación dirigida al potencial Afiliado.

Las falsedades o reticencias de mala fe por parte del potencial Afiliado, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del Plan, si son de tal naturaleza que **FONPRES-CIV** de haberlas conocido no hubiese aprobado la solicitud o lo hubiese hecho con condiciones especiales.

#### **CLÁUSULA 9 PAGO DE INDEMNIZACIONES**

**FONPRES-CIV** tendrá la obligación de indemnizar los beneficios previstos en el Plan dentro de un plazo que no podrá exceder de treinta (30) días hábiles, contados a partir de la fecha en que haya recibido los recaudos completos relacionados con el siniestro.

El monto a indemnizar en cada caso corresponderá al tipo de Plan contratado, a lo indicado en el baremo referencial de Gastos Razonables y al porcentaje aplicado a la institución hospitalaria en el listado de clínicas del Plan, ya sea Clínica Concertada, consultorio particular o clínica no concertada

#### **CLÁUSULA 10 RECHAZO DEL SINIESTRO**

**FONPRES-CIV** deberá notificar por escrito al Afiliado dentro del plazo señalado en la cláusula anterior las causas de hecho y de derecho que a su juicio justifican el rechazo total o parcial de la indemnización exigida.

#### **CLÁUSULA 11 ARBITRAJE**

Las partes podrán someter a un procedimiento de arbitraje las divergencias que se susciten en la interpretación, aplicación y ejecución del Plan. La tramitación del arbitraje 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 12 CADUCIDAD**

El Titular o el Beneficiario perderán todo derecho a ejercer acción judicial contra el FONPRES-CIV o convenir con ésta el Arbitraje previsto en la cláusula anterior, si no lo hubiere hecho antes de transcurrir el plazo que se señala a continuación:

1. En caso de rechazo del siniestro: un (1) año contado a partir de la fecha de notificación del rechazo.
2. En caso de inconformidad con el pago de la indemnización: un año (1) contado a partir de la fecha en que FONPRES-CIV hubiere efectuado el pago.
3. En caso de inconformidad del servicio: un (1) año contado a partir de la fecha en que se prestó el servicio.

En todo caso, el plazo de caducidad siempre será contado desde el momento en que haya un pronunciamiento por parte del **FONPRES-CIV**.

## **. CLÁUSULA 13 PRESCRIPCIÓN**

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

## **CLÁUSULA 14 SUBROGACIÓN DE DERECHOS**

**FONPRES-CIV** queda subrogado de pleno derecho, hasta la concurrencia del monto indemnizado, en los derechos y acciones del Beneficiario contra los terceros responsables.

Salvo el caso de dolo, la subrogación no se efectuará si el daño hubiese sido causado por los descendientes, por el cónyuge, por la persona con quien mantenga unión estable de hecho, por otros parientes del Afiliado o personas que conviven permanentemente con él o por las personas por las que deba responder civilmente.

## **CLÁUSULA 15 PERITAJE**

Si surgiere desacuerdo para la fijación del importe de la indemnización, las partes podrán someterse al siguiente procedimiento:

1. Nombrar por escrito un Perito Único de común acuerdo entre las partes.
2. En caso de desacuerdo sobre la designación del Perito único, se nombrarán por escrito dos (2) Peritos, uno por cada parte, en el plazo de un (1) mes calendario a partir del día en que una de las dos partes haya requerido a la otra dicha designación.
3. En caso de que una de las dos partes se negare a designar o dejare de nombrar el Perito en el plazo antes indicado, la otra parte entenderá que desiste del procedimiento.
4. Si los dos (2) Peritos así nombrados no llegare a un acuerdo, el o los puntos en discrepancias serán sometidos al fallo de un tercer Perito nombrado por ellos, por escrito y su apreciación agotará este procedimiento.
5. El Perito Único, los dos (2) Peritos o el Perito Tercero, según sea en caso decidirán en que proporción las partes han de soportar los gastos relativos al peritaje.

Para los efectos de este punto, se entiende por Perito, el médico legalmente autorizado para el ejercicio de la profesión médica quien deberá tener una especialidad reconocida por la Federación Médica Venezolana.

## **CLÁUSULA 16 AVISOS**

Todo aviso o comunicación que una parte deba dar a la otra respecto al Plan deberá hacerse mediante comunicación escrita o correo electrónico, con acuse de recibo, dirigido al domicilio principal del **FONPRES-CIV** o a la dirección del Titular que se indique en la solicitud, según sea el caso.

## **CLÁUSULA 17 DOMICILIO**

Para todos los efectos y consecuencias derivadas o que puedan derivarse de la Póliza, las partes eligen como domicilio especial, único y excluyente de cualquier otro, a la ciudad de Caracas, Venezuela.

## **CONDICIONES PARTICULARES**

### **PLANES I, II Y III**

## **CLÁUSULA 1 DEFINICIONES (PLANES I, II Y III)**

A los efectos del Plan, queda expresamente convenido que los siguientes términos tendrán la acepción que se les asigna a continuación:

**ACCIDENTE:** Hecho fortuito en el cual el Afiliado sufre una lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Afiliado.

**CENTROS CLÍNICOS U HOSPITALARIOS:** Cualquier Instituto de Salud público o privado, legalmente establecido y autorizado por las autoridades competentes, para prestar servicio de hospitalización y asistencia médica y/o quirúrgica. No serán considerados así, a los efectos de este Plan aquellas instituciones utilizadas exclusivamente como: los institutos o lugares de descanso, centros para tratamientos de drogadictos o alcohólicos, instituciones dedicadas al tratamiento de cualquier enfermedad infecto-contagiosa o de desórdenes y enfermedades mentales, instituciones geriátricas, hidroclínicas, spas, y otras instituciones semejantes a las antes indicadas.

### **CENTROS CLÍNICOS CONCERTADOS:**

Son aquellas clínicas que concertaron con **FONPRES-CIV** costos razonables según el baremo referencial de **FONPRES-CIV**. El porcentaje de reembolso en estas instituciones está indicado en el listado de clínicas del Plan siendo el 100 %

### **CONSULTORIO PARTICULAR Y CENTROS CLÍNICOS NO CONCERTADOS:**

Son aquellas clínicas que no concertaron con **FONPRES-CIV** costos razonables según el baremo referencial de **FONPRES-CIV**. El porcentaje de reembolso en estas instituciones está indicado en el listado de clínicas del Plan, variando de 75 % a 90% el porcentaje de reembolso de los gastos razonables.

**CERTIFICADO INDIVIDUAL:** Documento que forma parte del Plan, emitido por **FONPRES-CIV**, donde se especifican los datos de identificación del Titular y la de los Dependientes que se hayan inscrito, así como también los datos relativos a la cobertura.

— **DONANTE:** Persona viva o fallecida a la cual se le ha extraído uno, o más de uno de los órganos o tejidos de su cuerpo con la finalidad de insertarlos (en forma total o parcial) al cuerpo de otra persona, mediante un procedimiento quirúrgico considerado médicamente necesario.

**EMERGENCIA MÉDICA:** Cualquier enfermedad o lesión súbita y aguda que de no ser tratada de inmediato pone en peligro la vida o integridad física del Afiliado.

**ENFERMEDAD:** Alteración de la salud del Afiliado que origina reducción de su capacidad funcional.

**ENFERMEDAD O MALFORMACIÓN CONGÉNITA:** Es una anomalía anatómica y funcional de un órgano o parte de él, como consecuencia de un trastorno en la formación embrionaria que está presente antes del nacimiento, aún cuando no sean reconocibles en el neonato y su manifestación clínica tenga lugar durante la vida postnatal, incluso en la segunda o tercera infancia y aún en la edad adulta.

**ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Es toda enfermedad diagnosticada o tratada con anterioridad a la fecha en que se haya celebrado la inscripción en el Plan, cuando **FONPRES-CIV** alegue que una determinada enfermedad fue diagnosticada o tratada antes del inicio del Plan, deberá probarlo. El Afiliado estará obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por **FONPRES-CIV**, a costa de éste, con la finalidad de comprobar lo anterior. En caso de dudas se considerará que la enfermedad no es preexistente.

**GASTOS RAZONABLES:** Se consideran gastos razonables los indicados en el **Baremo Referencial de FONPRES-CIV** o en su defecto el costo promedio calculado por **FONPRES-CIV**, de los gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios de centros clínicos u hospitalarios ubicados en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella en donde fue atendido el Asegurado, los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las Condiciones del PLAN, se encuentren cubiertos. Dicho promedio será calculado, sobre la base de las estadísticas de los gastos facturados dentro de los treinta (30) días anteriores a la fecha en que el Afiliado incurrió en dichos gastos, incrementados según el índice de precio al consumidor (IPC) del “Banco Central de Venezuela” registrados en el mismo mes o en su defecto los baremos de los centros hospitalarios que se encuentren vigentes para la mencionada fecha.

**Para aquellos casos atendidos fuera del territorio nacional, se aplicará el Baremo Referencial del FONPRES-CIV y el porcentaje de reembolso será de 75% .**

**LESIÓN CORPORAL:** Todo daño corporal causado exclusivamente por un hecho violento, accidental, externo y visible, ocurrido al Afiliado y que sea constatable por un médico.

**MATERNIDAD:** Todos aquellos eventos originados por el acto de la concepción bien sea que finalice en: Parto normal o fórceps, parto múltiple, parto prematuro, aborto espontáneo, embarazo ectópico, embarazo molar o cesárea, que ocurran durante la vigencia del Plan.

**MÉDICAMENTE NECESARIO:** Son servicios o suministros ordenados por un médico y proporcionados por centros clínicos u hospitalarios o centros de transplantes que cumplen con las siguientes condiciones:

- a. Que sean apropiados y esenciales para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del Afiliado.
- b. Que sean cónsonos con las normas médicas farmacológicamente aceptadas.
- c. Que el servicio, tratamiento o suministro proporcionado sea conveniente al estado de salud del Afiliado y no sea de naturaleza experimental o investigativa.
- d. Que tengan el alcance para proporcionar un tratamiento seguro, adecuado y apropiado.

La necesidad médica es avalada por **FONPRES-CIV**, basándose en la definición anterior. El hecho de que un tratamiento, servicio o suministro haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un médico, no es necesariamente suficiente para considerarlo médicamente necesario.

**MÉDICO:** Profesional de la medicina debidamente titulado y autorizado para ejercer la profesión médica por las autoridades competentes del país donde presta sus servicios, y cuya especialidad médica esté directamente vinculada con la afección o condición del Afiliado y que no tenga parentesco alguno con él.

**PLAZO DE ESPERA:** Es aquel período, dentro de la vigencia del Plan, durante el cual **FONPRES-CIV** no cubre determinados riesgos.

**TRATAMIENTO MÉDICO AMBULATORIO:** Asistencia médica recibida por el Afiliado siendo atendido en un consultorio, una clínica o Institución Hospitalaria por un tiempo menor a veinticuatro (24) horas.

## **CLÁUSULA 2 PERSONAS ADMISIBLES AL PLAN (PLANES I, II Y III)**

Son admisibles las siguientes personas:

Titular:

1. Podrá suscribir el Plan como Titular, toda persona mayor de dieciocho (18) años de edad, colegiado y solvente con el Colegio de Ingenieros de Venezuela, siempre que sea residente de la República Bolivariana de Venezuela.

Dependientes:

2. Cónyuge del Asegurado Titular o quien conviva con él en tal calidad, siempre que sea residente en la República Bolivariana de Venezuela.
3. Hijos solteros del Titular o de su cónyuge inscrito en el Plan, que convivan y dependan económicamente de él, con edad hasta 24 años, siempre que sean residente de la República Bolivariana de Venezuela.
4. Padres del Asegurado Titular o de su Cónyuge, que convivan y dependan económicamente de alguno de éstos, siempre que sean residente de la República Bolivariana de Venezuela.

## **CLÁUSULA 3 COBERTURA BÁSICA (PLANES I, II Y III)**

### **HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y AMBULATORIO**

**FONPRES-CIV** indemnizará al Afiliado los gastos amparados, en exceso del deducible y hasta la cobertura indicada en el Plan, aplicando los gastos razonables y el porcentaje de reembolso que corresponda con la clínica que otorga el servicio.

Los gastos amparados que excedan tanto de los gastos razonables como de la cobertura, así como el Deducible, estarán a cargo del Afiliado.

La cobertura indicada en el Plan es por persona, enfermedad y año.

Se entenderán por gastos amparados los gastos razonables y médicamente necesarios incurridos por el Afiliado que se describen a continuación :

Gastos por Estadía Hospitalaria:

Son los gastos por concepto de permanencia en calidad de paciente en el Centro Clínico u Hospitalario. Los gastos cubiertos por este concepto serán hasta por el máximo del costo de una habitación corriente en la institución hospitalaria, excluyéndose expresamente el exceso que corresponda a habitaciones especiales o de lujo, cuyo costo correrá por cuenta del Afiliado.

- Unidad de Cuidados Intensivos.
- Alimentación del Afiliado excepto gastos por concepto de restaurante o fuente de soda.
- Acompañante, siempre que ocupe la misma habitación que el paciente Afiliado. No se considerarán cubiertos los gastos que genere el acompañante por concepto de alimentación y otros.

#### Honorarios Médicos:

Se refiere a los gastos por la atención profesional de los Médicos tratantes y comprende lo siguiente:

- Por atención Quirúrgica: son los gastos en que incurra el Afiliado por concepto de Honorarios Médicos por una Cirugía por el personal médico que actuó profesionalmente en la atención médica prestada. Bajo esta cláusula se entiende como Personal Médico al Cirujano Principal, Primer y Segundo Ayudantes y Anestesiólogo. Los Honorarios Médicos facturados correspondientes al primer Ayudante y Anestesiólogo, serán como máximo el cuarenta por ciento (40%) de los del Cirujano Principal, para cada uno. Los Honorarios Médicos facturados correspondientes al Segundo Ayudante serán como máximo el treinta por ciento (30%) de los del Cirujano Principal.
- Médicos Especialistas para la atención no quirúrgica de Enfermedades.

Si un tratamiento quirúrgico o médico se efectuase mediante intervenciones repetidas, serán consideradas como una sola.

Si en el curso de una hospitalización se efectuasen dos (2) o más intervenciones en uno o más órganos relacionados, el pago de los honorarios será jerarquizado, indemnizándose de la siguiente manera: el cien por ciento (100%) de la de mayor costo, el cincuenta por ciento (50%) de la siguiente en costo, veinte y cinco por ciento (25%) del costo de cada una de las subsiguientes, sin exceder en ningún caso de la cobertura indicada en el Cuadro de beneficios del Plan contratado.

Si al Afiliado en el curso de una hospitalización se le efectuasen dos (2) o más intervenciones quirúrgicas de varios órganos no relacionados donde exista más de un acto quirúrgico, la indemnización por honorarios médicos será la que resulte de considerar las intervenciones como actos médicos independientes.

En caso de Cirugía plástica, cosmética o reconstructiva de lesiones o defectos, necesarias como consecuencia de accidentes ocurridos y cubiertos durante la vigencia del Plan; la intervención quirúrgica a que dé lugar, deberá ser realizada dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la ocurrencia de dicho accidente, de superarse dicho lapso, no tendrán cobertura.

#### Gastos Clínicos y Especiales de Diagnóstico:

- Sala de Operaciones y Cuarto de Recuperación.
- Derecho y Material de Anestesia.
- Oxígeno y Gases.

- Banco de Sangre y Transfusiones de Sangre.
  - Medicinas autorizadas por prescripción médica y exclusivamente relacionadas con el tratamiento de la enfermedad o lesión que causa el reclamo.
  - Material Quirúrgico y de Cura: serán indemnizados contra la presentación del detalle del consumo suministrado por la institución Clínica u Hospitalaria, utilizados y necesarios para el tratamiento de la enfermedad o lesión que causa el reclamo.
  - Terapia Respiratoria.
  - Traslado en Ambulancia terrestre.
  - Monitoreo (Electrocardiografía, Presión Arterial Invasiva o no Invasiva, Saturación de Oxígeno, Presión Intracraneal), Dinamap.
- 
- Prótesis Internas Funcionales, lentes intraoculares, marca pasos y equipos ortopédicos para uso permanente, serán cubiertos aplicando el **Baremo FONPRES-CIV** y de acuerdo con la siguiente tabla:

Años de afiliación al Plan FONPRES (*):	1	2	3	4	5
Porcentaje de cobertura (%):.....:	0	25	50	75	100
  - Fisioterapia y Rehabilitación a consecuencia de accidentes o enfermedades cubiertas por el Plan.
  - Sala de Emergencia.
  - Procedimientos de Imagenología.
  - Exámenes de Laboratorio y Estudios Microbiológicos.
  - Exámenes Especiales y Estudios Anatomopatológicos.
  - Quimioterapia y Radioterapia.

Queda entendido que tales gastos, sólo serán cancelados en los casos en que el Afiliado haya recibido tratamiento médico para la curación de una enfermedad, secuela a la salud por causa de accidente o en el caso de realizarse una intervención quirúrgica prescrita por el Médico Tratante. **En ningún caso se indemnizarán los gastos originados por exámenes motivados a chequeos médicos ni por exámenes y estudios realizados sin el debido respaldo de un tratamiento médico acorde con la enfermedad.**

Gastos Ambulatorios:

Son los gastos por concepto de tratamiento médico ambulatorio, que comprende: honorarios médicos, gastos de medicinas, exámenes de laboratorio y estudios radiológicos, como consecuencia del tratamiento de una enfermedad o accidente que esté amparado por el Plan.

**CLÁUSULA 4 PLAZOS DE ESPERA (PLANES I, II Y III)**

Este plazo comenzará a contarse a partir de la fecha efectiva de inclusión de un nuevo Afiliado.

Para los gastos médicos ocasionados por las enfermedades y/o intervenciones quirúrgicas descritas a continuación, se aplicarán los siguientes plazos de espera:

1. Tratamiento médico y/o quirúrgico derivado de accidentes, meningoencefalitis, apendicitis, fiebre reumática, neumonía, gastroenteritis, absceso, pielonefritis y dengue hemorrágico. Si al ocurrir un accidente existiese una enfermedad y ésta agravase las consecuencias del mismo, o el accidente

agravase la enfermedad, el caso será considerado y la aplicación de los plazos de espera, como un caso de enfermedad y no accidente .....

**Sin Plazo de Espera**

2. Enfermedades y/o Malformaciones Congénitas del Recién nacido, siempre que se hubiese contratado la Cobertura Opcional de Maternidad ..... **Sin Plazo de Espera**
3. Histerectomía, Mastectomía, Amigdalectomía, Hemorroides, Várices, Vías biliares, Hernias, Enfermedades Cardiovasculares, Cataratas, Varicoceles, Glaucoma..... **Seis (6) Meses**
4. Para el resto de tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas electivas... **Seis (6) Meses**
5. Embarazo o parto, así como sus complicaciones, siempre que se hubiese contratado la Cobertura Opcional de Maternidad)..... **Once (11) Meses**
6. Enfermedades diagnosticadas o tratadas antes de la fecha de inicio del Plan..... **Doce (12) Meses**

**CLÁUSULA 5 SOLICITUDES Y CERTIFICADOS INDIVIDUALES (PLANES I, II Y III)**

El Titular para ingresar en el Plan deberá llenar una Solicitud en la que hará constar sus datos personales y la de sus dependientes. Igualmente lo hará al incluir cualquier familiar, en cuyo caso, se deberá enviar la Solicitud al FONPRES-CIV en un plazo de quince (15) días hábiles, contados a partir de la fecha de elegibilidad (nacimientos, nupcias, entre otros). Cuando FONPRES-CIV acepte la Solicitud, emitirá el Certificado correspondiente.

**CLÁUSULA 6 FECHA DE EFECTIVIDAD DEL PLAN (PLANES I, II Y III)**

La fecha efectiva de comienzo del Plan será:

- a) En la fecha de otorgamiento de este Plan, para el grupo inicial.
- b) La fecha de recepción de la Solicitud para entrantes tardíos, siempre que sea aprobada por Selección de riesgo del **FONPRES-CIV**.

**CLÁUSULA 7 TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA AFILIADO (PLANES I, II Y III)**

La Cobertura del Plan terminará para el Titular y/o Dependientes:

1. Cuando no se pague el aporte correspondiente en la fecha, forma y frecuencia convenida.
2. Cuando así lo decida el Titular.
3. Cuando culmine la relación del Afiliado con el **FONPRES-CIV**.

En todos los casos citados en este artículo, la **FONPRES-CIV** solo reintegrará la parte no consumida, de los Aportes, si corresponde.

**CLÁUSULA 8 FORMA DE INDEMNIZACIÓN (PLANES I, II Y III)**

La **FONPRES-CIV** pagará la indemnización que corresponda bajo cualquiera de las siguientes opciones:

1. Mediante el reembolso al Titular de los gastos cubiertos incurridos en caso de atención médica que hubiese sido hecha sin el uso del servicio de Carta Aval o Ingreso por Emergencia. En caso de que el Titular hubiere fallecido antes de haberse hecho efectivo el pago, el reembolso se hará al Afiliado que recibió la atención médica ó a la persona que éste autorice para tal fin.

2. Mediante la prestación del servicio de salud que requiera el Afiliado a través de un Médico tratante o de un Centro Clínico u Hospitalario con los cuales **FONPRES-CIV** haya suscrito convenios que aseguren la prestación de los servicios previstos en el Plan, ya sea mediante Carta Aval o Certificación de Beneficios en caso de Ingreso por Emergencia.

#### **CLÁUSULA 9 PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO (PLANES I, II Y III)**

Las reclamaciones según el presente Plan se procesarán sobre la base de la presentación de los documentos originales concernientes a servicios expresamente cubiertos por el Plan. Para tramitar un reclamo Titular, o el Beneficiario deberá(n):

1. Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de terminación de la hospitalización y/o intervención quirúrgica, o del fallecimiento del Afiliado, presentar en original y fotocopia los siguientes recaudos:
  - a) Planilla de aviso de declaración e informe de siniestro.
  - b) Facturas de los gastos incurridos emitida por el Centro Clínico u Hospitalario con sus respectivos récipes médicos.
  - c) Ordenes de exámenes practicados con sus respectivos resultados.
  - d) Informe médico detallado.

##### **Documentación Adicional:**

- a) **FONPRES-CIV** podrá solicitar documentos adicionales a los descritos anteriormente, dicha solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó, a satisfacción del **FONPRES-CIV**, el último de los documentos requeridos en párrafo anterior. En este caso, se establece un plazo de quince (15) días hábiles para la presentación de los recaudos solicitados, contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos.
- b) En caso de gastos incurridos en el exterior, toda la documentación a presentar debe ser autenticada en el Consulado de la República Bolivariana de Venezuela que se encuentre en el país donde se originó el gasto y, el pago de los servicios causados será reembolsado, en Bolívares y considerando los gastos razonables en la República Bolivariana de Venezuela así como el porcentaje de reembolso especificado en el Plan.

En aquellos casos en que **FONPRES-CIV** lo considere necesario podrá solicitar una segunda opinión médica del caso y designará a un médico para la evaluación médica del Afiliado.. En caso de que esta segunda opinión médica difiera de la original el Afiliado podrá recurrir a una tercera opinión de un médico previamente reconocido y aceptado por **FONPRES-CIV**, los gastos que se generen por opiniones médicas, serán por cuenta del **FONPRES-CIV**.

#### **CLÁUSULA 10 EXÁMEN Y RECONOCIMIENTO MÉDICO ( PLANES I, II Y III )**

**FONPRES-CIV** tiene derecho a someter al Afiliado a los exámenes y reconocimientos médicos necesarios y razonables, al momento de su incorporación en el Plan o para la evaluación de cualquier siniestro presentado por éste, siendo por cuenta del **FONPRES-CIV** los gastos que se originen por tal concepto.

## **CLÁUSULA 11 EXCLUSIONES ( PLANES I, II Y III )**

**FONPRES-CIV no indemnizará el pago de ningún beneficio al Asegurado en cualquiera de los casos siguientes, antes de transcurrir el plazo señalado a continuación:**

### **A. TEMPORALES**

Las indicadas en la Cláusula 4, correspondiente a **PLAZOS DE ESPERA. ( PLANES I, II Y III )**

### **B . PERMANENTES: APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS DEL PLAN**

1. Exámenes realizados con fines de diagnóstico sin que éstos concluyan con el diagnóstico de una enfermedad y con su tratamiento correspondiente cubierto por el Plan. Chequeos ginecológicos. Tratamiento desensibilizante para alergias. Vacunas. Síndromes gripales, virales (cuando no se trate de: Dengue, Herpes, Eipstem Barr y Citomegalovirus),
2. Cirugía Plástica, Cosmética o Reconstructiva que no sea necesaria como consecuencias de un Accidentes o Cáncer, ocurridos en la vigencia del Plan. Tratamientos médicos o quirúrgicos de patología no tumoral de las glándulas mamarias, Condición o enfermedad fibroquística, tratamiento quirúrgico de glándulas supernumerarias. Mastoplastia reductora con fines estéticos y/o funcionales y gigantomastia.
3. Enfermedades y tratamientos odontológicos y periodontológicos, Tratamientos quirúrgicos de distonías miofaciales por mal posición dentaria, Tratamiento o intervenciones de la región cráneo-mandibular (síndrome Temporo-Mandibular) y otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, cráneo, músculos, nervios y otros tejidos en su coyuntura; siempre que no sean como consecuencia de un accidente cubierto y ocurrido durante la vigencia del Plan.
4. Cirugías o Tratamientos Ortopédicos, con el fin de corregir alteraciones o malformaciones, óseas o articulares, no derivadas de accidentes o como consecuencia de alteraciones asociadas al crecimiento, desarrollo o defectos de alineación del esqueleto como Genus varo o valgo, pie plano, pie equino, fibrosis articulares, Hallux valgus).
5. Cirugía de Refracción de la Vista por métodos quirúrgicos. Exámenes de la vista, anteojos, lentes de contacto.
6. Tratamientos y estancias en balnearios, sanatorios, institutos de convalecencia, residencias geriátricas así como las curas termales, de sueño, reposo o descanso.
7. Enfermedades Psiquiátricas y Mentales según la Clasificación Internacional, así como trastornos funcionales de la conducta (neurosis, depresión, ansiedad, psicosis, ataques de pánico). Enfermedades y /o accidentes producidos por el uso o consumo de alcohol, sustancias estupefacientes y psicotrópicas, medicamentos que no estén prescrito por un Médico legalmente autorizado e inscrito en el Ministerio de salud o desarrollo social. Síndrome de Fatiga Crónica. Tratamientos para curar la dependencia del alcohol y sus complicaciones (agudas y crónicas).
8. Tratamientos de Acupuntura, Medicina Naturista o Alternativa, Cámaras Hiperbáricas, Delfinoterapias. Honorarios Médicos por consultas homeopáticas no realizadas por un Médico autorizado y especializado en homeopatía. Medicinas por tratamientos Homeopáticos aún cuando las mismas han sido prescritas por un Médico.
9. Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida y /o Enfermedades relacionadas con el Virus del HIV. Enfermedades de Transmisión Sexual.
10. Maternidad y sus complicaciones, embarazo molar, embarazo ectópico, aborto espontáneo o terapéutico, parto normal, fórceps, parto prematuro, embarazo múltiple y Cesárea. Parto

atendido por comadrona. Todo tratamiento relacionado con el estado de gravidez de la Persona Afiliada y Tratamientos pre y post natales y neonatales; cuando no se contrate la Cobertura Adicional de Maternidad.

11. Tratamientos Médicos para la reducción de peso, quirúrgicos o no, aplicados para la obesidad en cualquier grado.
12. Tratamientos Médicos, quirúrgicos o no para Tumores Benignos menores a 1 cm.
13. La realización de actividades, prácticas, entrenamientos o competencias de deportes de alto riesgo como: deportes de contacto a nivel profesional, caza mayor o a caballo, pesca en alta mar, cualquier deporte submarino o náutico, coleo y rodeo, alpinismo, embarcaciones a remo o a vela; vuelo delta, ultraligeros, ícaros, parapente, globos y aeróstatos, lanzamientos en Benji o paracaidismo, karting, automovilismo, motociclismo, ciclismo de montaña, Scooters, esquí acuático o sobre nieve o cualquier otro deporte de invierno.
14. Daños como consecuencia o se den en el curso de: guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra intestina, guerra civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación de estado de excepción, acto de terrorismo o cualquier acto de cualquier persona que actué en nombre de o en relación con cualquier organización que realice actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.
15. Daños como consecuencia de que el Afiliado participe activamente en motín, conmoción civil, disturbios populares, disturbios laborales y daños maliciosos.
16. Las lesiones producidas por: movimientos sísmicos, inundaciones, tormenta, huracán, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos, así como cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o extraordinario, o de acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados por las autoridades competentes como de "catástrofe o calamidad nacional".
17. Enfermedades Epidémicas declaradas como tales por las autoridades competentes.
18. Contaminación Radioactiva.
19. Accidentes y sus consecuencias, sufridos con anterioridad a la vigencia del Plan.
20. Daños causados voluntariamente a sí mismo, suicidio o tentativa de suicidio y lesiones sufridas por el Afiliado infringidas directamente por el o los Beneficiarios del Plan, homicidio o tentativa de homicidio, únicamente con respecto a los Beneficiarios que participaron en el hecho.
21. Transplante de órganos y todo servicio para o como resultado de un transplante, por el cual el receptor es provisto de de equipo artificial o mecánico o de artefactos diseñados para reemplazar órganos humanos, o cuando el donante es de especie animal. Transplante de órgano cuando la persona afiliada sea donante para terceros.
22. Participación activa del Afiliado en actos delictivos, riñas y alteraciones de orden público.
23. Atención médica, estudios, tratamientos, hospitalización y cirugía por: alteraciones del crecimiento, calvicie.
24. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos y sus consecuencias aplicados para: Infertilidad, esterilización para ambos sexos. Tratamientos para cirugías para optar o para mejorar la función sexual que no sea consecuencia directa de un accidente cubierto por el Plan. Prótesis de pene. Inseminación artificial e implantación artificial de embriones in vitro. Disfunción sexual. Enfermedad Peyrone. Tratamiento o cirugía para optar un cambio de sexo.

- 
25. Tratamiento para: Menarquia, Menopausia, andropausia y las consecuencias que se deriven de todos estos casos. Osteoporosis post - menopáusica.
  26. Tratamientos de terapia ocupacional, educacional o del lenguaje. Medicina Física y de Rehabilitación, que no sea como consecuencia de una accidente, intervención o enfermedad cubierta por el Plan, con un máximo de doce (12) sesiones anuales.
  27. Cualquier tratamiento médico proporcionado por un médico o enfermera que sea pariente cercano del Afiliado, o que viva con él. Enfermeras privadas para el cuidado del paciente, fuera del hospital o clínica.
  28. Gastos de transporte cuando no se trate de Ambulancias vía terrestre en el Territorio Nacional de la República Bolivariana de Venezuela.
  29. Tratamientos no aceptados o avalados por la Federación Médica Venezolana. Cualquier tipo de responsabilidad profesional del personal médico, paramédico o de cualquier Centro Clínico u Hospitalario.
  30. Servicios personales para comodidad del Afiliado, radio, barbería o peluquería, fuente de soda, restaurante, estacionamiento, gastos de cobranza, gastos de facturación, floristería y/u ornamentos, artículos de higiene personal, artículos de uso personal o que no sean de índole médica, cargos en exceso que correspondan a habitaciones especiales o de lujo, las llamadas no locales, llamadas por celulares y todo gasto que no tenga relación con el evento cubierto.
  31. Servicios médicos recibidos en alguna institución hospitalaria del Estado o cualquier otro servicio médico por el cual no se exija pago alguno del Afiliado.
  32. Medicinas sin prescripción facultativa o no relacionadas con una Enfermedad o Accidente tratado, y todos los demás gastos de material médico – quirúrgico, medicinas o instrumentos no desglosados en la facturación con respecto al nombre y cantidad utilizada.
  33. Servicios médicos o medicamentos cuyas facturas presentadas no cumplan con las exigencias del SENIAT.
  34. Alquiler o compra de aparatos, prótesis, equipos y accesorios médicos no requeridos quirúrgicamente para tratamiento de enfermedades.
- 
- 

## **CONDICIONES PARTICULARES**

### **PLANES IV Y V**

#### **CLÁUSULA 1 DEFINICIONES (PLANES IV Y V)**

A los efectos del Plan, queda expresamente convenido que los siguientes términos tendrán la acepción que se les asigna a continuación:

**ACCIDENTE:** Hecho fortuito en el cual el Afiliado sufre una lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Afiliado.

**CENTROS CLÍNICOS U HOSPITALARIOS:** Cualquier Instituto de Salud público o privado, legalmente establecido y autorizado por las autoridades competentes, para prestar servicio de hospitalización y asistencia médica y/o quirúrgica. No serán considerados así, a los efectos de este Plan aquellas instituciones utilizadas exclusivamente como: los institutos o lugares de descanso, centros para tratamientos de drogadictos o alcohólicos, instituciones dedicadas al tratamiento de

— cualquier enfermedad infecto-contagiosa o de desórdenes y enfermedades mentales, instituciones geriátricas, hidroclínicas, spas, y otras instituciones semejantes a las antes indicadas.

**CENTROS CLÍNICOS CONCERTADOS:** Son aquellas clínicas que concertaron con **FONPRES-CIV** costos razonables según el baremo referencial de **FONPRES-CIV**. El porcentaje de reembolso en estas instituciones está indicado en el listado de clínicas del Plan siendo el 100 %

**CERTIFICADO INDIVIDUAL:** Documento que forma parte del Plan, emitido por **FONPRES-CIV**, donde se especifican los datos de identificación del Titular y la de los Dependientes que se hayan inscrito, así como también los datos relativos a la cobertura.

**DONANTE:** Persona viva o fallecida a la cual se le ha extraído uno, o más de uno de los órganos o tejidos de su cuerpo con la finalidad de insertarlos (en forma total o parcial) al cuerpo de otra persona, mediante un procedimiento quirúrgico considerado médicamente necesario.

**EMERGENCIA MÉDICA:** Cualquier enfermedad o lesión súbita y aguda que de no ser tratada de inmediato pone en peligro la vida o integridad física del Afiliado.

**ENFERMEDAD:** Alteración de la salud del Afiliado que origina reducción de su capacidad funcional.

**ENFERMEDAD O MALFORMACIÓN CONGÉNITA:** Es una anomalía anatómica y funcional de un órgano o parte de él, como consecuencia de un trastorno en la formación embrionaria que está presente antes del nacimiento, aún cuando no sean reconocibles en el neonato y su manifestación clínica tenga lugar durante la vida postnatal, incluso en la segunda o tercera infancia y aún en la edad adulta.

**ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Es toda enfermedad diagnosticada o tratada con anterioridad a la fecha en que se haya celebrado la inscripción en el Plan, cuando **FONPRES-CIV** alegue que una determinada enfermedad fue diagnosticada o tratada antes del inicio del Plan, deberá probarlo. El Afiliado estará obligado a someterse a los exámenes que razonablemente le sean requeridos por **FONPRES-CIV**, a costa de éste, con la finalidad de comprobar lo anterior. En caso de dudas se considerará que la enfermedad no es preexistente.

**GASTOS RAZONABLES:** Se consideran gastos razonables los indicados en el **Baremo Referencial de FONPRES-CIV** o en su defecto el costo promedio calculado por **FONPRES-CIV**, de los gastos médicos, quirúrgicos y hospitalarios de centros clínicos u hospitalarios ubicados en una misma área geográfica, que sean de la misma categoría o equivalente a aquella en donde fue atendido el Asegurado, los cuales correspondan a una intervención o tratamiento igual o similar, libre de complicaciones y que de acuerdo a las Condiciones del PLAN, se encuentren cubiertos. Dicho promedio será calculado, sobre la base de las estadísticas de los gastos facturados dentro de los treinta (30) días anteriores a la fecha en que el Afiliado incurrió en dichos gastos, incrementados según el índice de precio al consumidor (IPC) del “Banco Central de Venezuela” registrados en el mismo mes o en su defecto los baremos de los centros hospitalarios que se encuentren vigentes para la mencionada fecha.

**Para aquellos casos atendidos fuera del territorio nacional, se aplicará el Baremo Referencial del FONPRES-CIV y el porcentaje de reembolso será de 80% por ser Clínicas no concertadas.**

**LESIÓN CORPORAL:** Todo daño corporal causado exclusivamente por un hecho violento, accidental, externo y visible, ocurrido al Afiliado y que sea constatable por un médico.

**MATERNIDAD:** Todos aquellos eventos originados por el acto de la concepción bien sea que finalice en: Parto normal o fórceps, parto múltiple, parto prematuro, aborto espontáneo, embarazo ectópico, embarazo molar o cesárea, que ocurran durante la vigencia del Plan.

—— **MÉDICAMENTE NECESARIO:** Son servicios o suministros ordenados por un médico y proporcionados por centros clínicos u hospitalarios o centros de transplantes que cumplen con las siguientes condiciones:

- e. Que sean apropiados y esenciales para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad o lesión del Afiliado.
- f. Que sean cónsonos con las normas médicas farmacológicamente aceptadas.
- g. Que el servicio, tratamiento o suministro proporcionado sea conveniente al estado de salud del Afiliado y no sea de naturaleza experimental o investigativa.
- h. Que tengan el alcance para proporcionar un tratamiento seguro, adecuado y apropiado.

La necesidad médica es avalada por **FONPRES-CIV**, basándose en la definición anterior. El hecho de que un tratamiento, servicio o suministro haya sido prescrito, recomendado, aprobado o suministrado por un médico, no es necesariamente suficiente para considerarlo médicamente necesario.

**MÉDICO:** Profesional de la medicina debidamente titulado y autorizado para ejercer la profesión médica por las autoridades competentes del país donde presta sus servicios, y cuya especialidad médica esté directamente vinculada con la afección o condición del Afiliado y que no tenga parentesco alguno con él.

**PLAZO DE ESPERA:** Es aquel período, dentro de la vigencia del Plan, durante el cual **FONPRES-CIV** no cubre determinados riesgos.

**TRATAMIENTO MÉDICO AMBULATORIO:** Asistencia médica recibida por el Afiliado siendo atendido en un consultorio, una clínica o Institución Hospitalaria por un tiempo menor a veinticuatro (24) horas.

## **CLÁUSULA 2 PERSONAS ADMISIBLES AL PLAN (PLANES IV Y V)**

Son admisibles las siguientes personas:

Titular:

- 5. Podrá suscribir el Plan como Titular, toda persona mayor de dieciocho (18) años de edad, colegiado y solvente con el Colegio de Ingenieros de Venezuela, siempre que sea residente de la República Bolivariana de Venezuela.

Dependientes:

- 6. Cónyuge del Asegurado Titular o quien conviva con él en tal calidad, siempre que sea residente en la República Bolivariana de Venezuela.
- 7. Hijos solteros del Titular o de su cónyuge inscrito en el Plan, que convivan y dependan económicamente de él, con edad hasta 30 años, siempre que sean residentes de la República Bolivariana de Venezuela. Hermanos, sobrinos y nietos hasta 24 años de edad.
- 8. Padres del Asegurado Titular o de su Cónyuge, que convivan y dependan económicamente de alguno de éstos, siempre que sean residente de la República Bolivariana de Venezuela.

## **CLÁUSULA 3 COBERTURA BÁSICA (PLANES IV Y V)**

### **HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y AMBULATORIO**

**FONPRES-CIV** indemnizará al Afiliado los gastos amparados, en exceso del deducible y hasta la cobertura indicada en el Plan, aplicando los gastos razonables y el porcentaje de reembolso que corresponda con la clínica que otorga el servicio.

Los gastos amparados que excedan tanto de los gastos razonables como de la cobertura, así como el Deducible, estarán a cargo del Afiliado.

La cobertura indicada en el Plan es por persona, enfermedad y año.

Se entenderán por gastos amparados los gastos razonables y médicamente necesarios incurridos por el Afiliado que se describen a continuación :

#### Gastos por Estadía Hospitalaria:

Son los gastos por concepto de permanencia en calidad de paciente en el Centro Clínico u Hospitalario. Los gastos cubiertos por este concepto serán hasta por el máximo del costo de una habitación corriente en la institución hospitalaria, excluyéndose expresamente el exceso que corresponda a habitaciones especiales o de lujo, cuyo costo correrá por cuenta del Afiliado.

- Unidad de Cuidados Intensivos.
- Alimentación del Afiliado excepto gastos por concepto de restaurante o fuente de soda.
- Acompañante, siempre que ocupe la misma habitación que el paciente Afiliado. No se considerarán cubiertos los gastos que genere el acompañante por concepto de alimentación y otros.

#### Honorarios Médicos:

Se refiere a los gastos por la atención profesional de los Médicos tratantes y comprende lo siguiente:

- Por atención Quirúrgica: son los gastos en que incurra el Afiliado por concepto de Honorarios Médicos por una Cirugía por el personal médico que actuó profesionalmente en la atención médica prestada. Bajo esta cláusula se entiende como Personal Médico al Cirujano Principal, Primer y Segundo Ayudantes y Anestesiólogo. Los Honorarios Médicos facturados correspondientes al primer Ayudante y Anestesiólogo, serán como máximo el cuarenta por ciento (40%) de los del Cirujano Principal, para cada uno. Los Honorarios Médicos facturados correspondientes al Segundo Ayudante serán como máximo el treinta por ciento (30%) de los del Cirujano Principal.
- Médicos Especialistas para la atención no quirúrgica de Enfermedades.

Si un tratamiento quirúrgico o médico se efectuase mediante intervenciones repetidas, serán consideradas como una sola.

Si en el curso de una hospitalización se efectuasen dos (2) o más intervenciones en uno o más órganos relacionados, el pago de los honorarios será jerarquizado, indemnizándose de la siguiente manera: el cien por ciento (100%) de la de mayor costo, el cincuenta por ciento (50%) de la siguiente en costo, veinte y cinco por ciento (25%) del costo de cada una de las subsiguientes, sin exceder en ningún caso de la cobertura indicada en el Cuadro de beneficios del Plan contratado.

Si al Afiliado en el curso de una hospitalización se le efectuasen dos (2) o más intervenciones quirúrgicas de varios órganos no relacionados donde exista más de un acto quirúrgico, la indemnización por honorarios médicos será la que resulte de considerar las intervenciones como actos médicos independientes.

En caso de Cirugía plástica, cosmética o reconstructiva de lesiones o defectos, necesarias como consecuencia de accidentes ocurridos y cubiertos durante la vigencia del Plan; la intervención quirúrgica a que dé lugar, deberá ser realizada dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes a la ocurrencia de dicho accidente, de superarse dicho lapso, no tendrán cobertura.

Gastos Clínicos y Especiales de Diagnóstico:

- Sala de Operaciones y Cuarto de Recuperación.
- Derecho y Material de Anestesia.
- Oxígeno y Gases.
- Banco de Sangre y Transfusiones de Sangre.
- Medicinas autorizadas por prescripción médica y exclusivamente relacionadas con el tratamiento de la enfermedad o lesión que causa el reclamo.
- Material Quirúrgico y de Cura: serán indemnizados contra la presentación del detalle del consumo suministrado por la institución Clínica u Hospitalaria, utilizados y necesarios para el tratamiento de la enfermedad o lesión que causa el reclamo.
- Terapia Respiratoria.
- Traslado en Ambulancia terrestre.
- Monitoreo (Electrocardiografía, Presión Arterial Invasiva o no Invasiva, Saturación de Oxígeno, Presión Intracraneal), Dinamap.
- Prótesis Internas Funcionales, lentes intraoculares, marca pasos y equipos ortopédicos para uso permanente, serán cubiertos aplicando el **Baremo FONPRES-CIV** y de acuerdo con la siguiente tabla:

Años de afiliación al Plan FONPRES (*):	1	2	3	4	5
Porcentaje de cobertura (%):.....:	0	25	50	75	100
- Fisioterapia y Rehabilitación a consecuencia de accidentes o enfermedades cubiertas por el Plan.
- Sala de Emergencia.
- Procedimientos de Imagenología.
- Exámenes de Laboratorio y Estudios Microbiológicos.
- Exámenes Especiales y Estudios Anatomopatológicos.
- Quimioterapia y Radioterapia.
- Transplante de órganos, serán cubiertos aplicando el **Baremo FONPRES-CIV** y de acuerdo con la siguiente tabla:

Años de afiliación al Plan FONPRES (*):	1	2	3	4	5
Porcentaje de cobertura (%):.....:	0	25	50	75	100

Queda entendido que tales gastos, sólo serán cancelados en los casos en que el Afiliado haya recibido tratamiento médico para la curación de una enfermedad, secuela a la salud por causa de accidente o en el caso de realizarse una intervención quirúrgica prescrita por el Médico Tratante. **En ningún caso se indemnizarán los gastos originados por exámenes motivados a chequeos médicos ni por exámenes y estudios realizados sin el debido respaldo de un tratamiento médico acorde con la enfermedad.**

Gastos Ambulatorios:

Son los gastos por concepto de tratamiento médico ambulatorio, que comprende: honorarios médicos, gastos de medicinas, exámenes de laboratorio y estudios radiológicos, como consecuencia del tratamiento de una enfermedad o accidente que esté amparado por el Plan.

**CLÁUSULA 4 PLAZOS DE ESPERA (PLANES IV Y V)**

Este plazo comenzará a contarse a partir de la fecha efectiva de inclusión de un nuevo Afiliado.

Para los gastos médicos ocasionados por las enfermedades y/o intervenciones quirúrgicas descritas a continuación, se aplicarán los siguientes plazos de espera:

- Tratamiento médico y/o quirúrgico derivado de accidentes, meningoencefalitis, apendicitis, fiebre reumática, neumonía, gastroenteritis, absceso, pielonefritis y dengue hemorrágico. Si al ocurrir un accidente existiese una enfermedad y ésta agravase las consecuencias del mismo, o el accidente agravase la enfermedad, el caso será considerado y la aplicación de los plazos de espera, como un caso de enfermedad y no accidente. Enfermedades y/o Malformaciones Congénitas del Recién nacido, siempre que se hubiese contratado la Cobertura Opcional de Maternidad ..... **Sin Plazo de Espera**
- Enfermedades y/o Malformaciones Congénitas del Recién nacido (sin que se hubiese contratado la cobertura adicional de maternidad), Histerectomía, Mastectomía, Amigdalectomía, Hemorroides, Várices, Vías biliares, Hernias, Enfermedades Cardiovasculares, Cataratas, Varicoceles, Glaucoma... ..... **Cuatro(4) Meses**
- Para el resto de tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas electivas **Cuatro (4) Meses**
- Embarazo o parto, así como sus complicaciones, siempre que se hubiese contratado la Cobertura Opcional de Maternidad)..... **Once (11) Meses**
- Enfermedades diagnosticadas o tratadas antes del 1º de enero de 2012..... **Doce (12) Meses**

#### **CLÁUSULA 5 SOLICITUDES Y CERTIFICADOS INDIVIDUALES (PLANES IV Y V)**

El Titular para ingresar en el Plan deberá llenar una Solicitud en la que hará constar sus datos personales y la de sus dependientes. Igualmente lo hará al incluir cualquier familiar, en cuyo caso, se deberá enviar la Solicitud al FONPRES-CIV en un plazo de quince (15) días hábiles, contados a partir de la fecha de elegibilidad (nacimientos, nupcias, entre otros). Cuando FONPRES-CIV acepte la Solicitud, emitirá el Certificado correspondiente.

#### **CLÁUSULA 6 FECHA DE EFECTIVIDAD DEL PLAN (PLANES IV Y V)**

La fecha efectiva de comienzo del Plan será:

- c) En la fecha de otorgamiento de este Plan, para el grupo inicial.
- d) La fecha de recepción de la Solicitud para entrantes tardíos, siempre que sea aprobada por Selección de riesgo del **FONPRES-CIV**.

#### **CLÁUSULA 7 TERMINACIÓN DE LA COBERTURA PARA CADA AFILIADO (PLANES IV Y V)**

La Cobertura del Plan terminará para el Titular y/o Dependientes:

- 4. Cuando no se pague el aporte correspondiente en la fecha, forma y frecuencia convenida.
- 5. Cuando así lo decida el Titular.
- 6. Cuando culmine la relación del Afiliado con el **FONPRES-CIV**.

En todos los casos citados en este artículo, la **FONPRES-CIV** solo reintegrará la parte no consumida, de los Aportes, si corresponde.

#### **CLÁUSULA 8 FORMA DE INDEMNIZACIÓN (PLANES IV Y V)**

La **FONPRES-CIV** pagará la indemnización que corresponda bajo cualquiera de las siguientes opciones:

2. Mediante el reembolso al Titular de los gastos incurridos en caso de atención médica que hubiese sido hecha sin el uso del servicio de Carta Aval o Ingreso por Emergencia. En caso de que el Titular hubiere fallecido antes de haberse hecho efectivo el pago, el reembolso se hará al Afiliado que recibió la atención médica ó a la persona que éste autorice para tal fin.
3. Mediante la prestación del servicio de salud que requiera el Afiliado a través de un Médico tratante o de un Centro Clínico u Hospitalario con los cuales **FONPRES-CIV** haya suscrito convenios que aseguren la prestación de los servicios previstos en el Plan, ya sea mediante Carta Aval o Certificación de Beneficios en caso de Ingreso por Emergencia.

## **CLÁUSULA 9 PROCEDIMIENTO EN CASO DE RECLAMO (PLANES IV Y V)**

Las reclamaciones según el presente Plan se procesarán sobre la base de la presentación de los documentos originales concernientes a servicios expresamente cubiertos por el Plan. Para tramitar un reclamo Titular, o el Beneficiario deberá(n):

2. Dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de terminación de la hospitalización y/o intervención quirúrgica, o del fallecimiento del Afiliado, presentar en original y fotocopia los siguientes recaudos:
  - e) Planilla de aviso de declaración e informe de siniestro.
  - f) Facturas de los gastos incurridos emitida por el Centro Clínico u Hospitalario con sus respectivos récipes médicos.
  - g) Ordenes de exámenes practicados con sus respectivos resultados.
  - h) Informe médico detallado.

### **Documentación Adicional:**

- c) **FONPRES-CIV** podrá solicitar documentos adicionales a los descritos anteriormente, dicha solicitud debe efectuarse como máximo dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la fecha en que se entregó, a satisfacción del **FONPRES-CIV**, el último de los documentos requeridos en párrafo anterior. En este caso, se establece un plazo de quince (15) días hábiles para la presentación de los recaudos solicitados, contados a partir de la fecha de solicitud de los mismos.
- d) En caso de gastos incurridos en el exterior, toda la documentación a presentar debe ser autenticada en el Consulado de la República Bolivariana de Venezuela que se encuentre en el país donde se originó el gasto y, el pago de los servicios causados será reembolsado, en Bolívares y considerando los gastos razonables en la República Bolivariana de Venezuela así como el porcentaje de reembolso especificado en el Plan.

En aquellos casos en que **FONPRES-CIV** lo considere necesario podrá solicitar una segunda opinión médica del caso y designará a un médico para la evaluación médica del Afiliado.. En caso de que esta segunda opinión médica difiera de la original el Afiliado podrá recurrir a una tercera opinión de un médico previamente reconocido y aceptado por **FONPRES-CIV**, los gastos que se generen por opiniones médicas, serán por cuenta del **FONPRES-CIV**.

## **CLÁUSULA 10 EXÁMEN Y RECONOCIMIENTO MÉDICO (PLANES IV Y V)**

**FONPRES-CIV** tiene derecho a someter al Afiliado a los exámenes y reconocimientos médicos necesarios y razonables, al momento de su incorporación en el Plan o para la evaluación de cualquier

— siniestro presentado por éste, siendo por cuenta del **FONPRES-CIV** los gastos que se originen por tal concepto.

## **CLÁUSULA 11 EXCLUSIONES (PLANES IV Y V)**

**FONPRES-CIV no indemnizará el pago de ningún beneficio al Asegurado en cualquiera de los casos siguientes, antes de transcurrir el plazo señalado a continuación:**

### **B. TEMPORALES**

Las indicadas en la Cláusula 4, correspondiente a **PLAZOS DE ESPERA. (PLANES IV Y V)**

### **B . PERMANENTES: APLICABLES A TODAS LAS COBERTURAS DEL PLAN**

- 35.** Exámenes realizados con fines de diagnóstico sin que éstos concluyan con el diagnóstico de una enfermedad y con su tratamiento correspondiente cubierto por el Plan. Chequeos ginecológicos. Tratamiento desensibilizante para alergias. Vacunas. Síndromes gripales, virales (cuando no se trate de: Dengue, Herpes, Eipstem Barr y Citomegalovirus),
- 36.** Cirugía Plástica, Cosmética o Reconstructiva que no sea necesaria como consecuencias de un Accidentes o Cáncer, ocurridos en la vigencia del Plan. Tratamientos médicos o quirúrgicos de patología no tumoral de las glándulas mamarias, Condición o enfermedad fibroquística, tratamiento quirúrgico de glándulas supernumerarias. Mastoplastia reductora con fines estéticos y/o funcionales y gigantomastia.
- 37.** Enfermedades y tratamientos odontológicos y periodontológicos, Tratamientos quirúrgicos de distonías miofaciales por mal posición dentaria, Tratamiento o intervenciones de la región cráneo-mandibular (síndrome Temporo-Mandibular) y otras condiciones relacionadas con la unión entre la mandíbula, cráneo, músculos, nervios y otros tejidos en su coyuntura; siempre que no sean como consecuencia de un accidente cubierto y ocurrido durante la vigencia del Plan.
- 38.** Cirugías o Tratamientos Ortopédicos, con el fin de corregir alteraciones o malformaciones, óseas o articulares, no derivadas de accidentes o como consecuencia de alteraciones asociadas al crecimiento, desarrollo o defectos de alineación del esqueleto como Genus varo o valgo, pie plano, pie equino, fibrosis articulares, Hallux valgus).
- 39.** Cirugía de Refracción de la Vista por métodos quirúrgicos. Exámenes de la vista, anteojos, lentes de contacto.
- 40.** Tratamientos y estancias en balnearios, sanatorios, institutos de convalecencia, residencias geriátricas así como las curas termales, de sueño, reposo o descanso.
- 41.** Enfermedades Psiquiátricas y Mentales según la Clasificación Internacional, así como trastornos funcionales de la conducta (neurosis, depresión, ansiedad, psicosis, ataques de pánico). Enfermedades y /o accidentes producidos por el uso o consumo de alcohol, sustancias estupefacientes y psicotrópicas, medicamentos que no estén prescrito por un Médico legalmente autorizado e inscrito en el Ministerio de salud o desarrollo social. Síndrome de Fatiga Crónica. Tratamientos para curar la dependencia del alcohol y sus complicaciones (agudas y crónicas).
- 42.** Tratamientos de Acupuntura, Medicina Naturista o Alternativa, Cámaras Hiperbáricas, Delfinoterapias. Honorarios Médicos por consultas homeopáticas no realizadas por un

Médico autorizado y especializado en homeopatía. Medicinas por tratamientos Homeopáticos aún cuando las mismas han sido prescritas por un Médico.

43. Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida y /o Enfermedades relacionadas con el Virus del HIV. Enfermedades de Transmisión Sexual.
44. Maternidad y sus complicaciones, embarazo molar, embarazo ectópico, aborto espontáneo o terapéutico, parto normal, fórceps, parto prematuro, embarazo múltiple y Cesárea. Parto atendido por comadrona. Todo tratamiento relacionado con el estado de gravidez de la Persona Afiliada y Tratamientos pre y post natales y neonatales; cuando no se contrate la Cobertura Adicional de Maternidad.
45. Tratamientos Médicos para la reducción de peso, quirúrgicos o no, aplicados para la obesidad en cualquier grado.
46. Tratamientos Médicos, quirúrgicos o no para Tumores Benignos menores a 1 cm.
47. La realización de actividades, prácticas, entrenamientos o competencias de deportes de alto riesgo como: deportes de contacto a nivel profesional, caza mayor o a caballo, pesca en alta mar, cualquier deporte submarino o náutico, coleo y rodeo, alpinismo, embarcaciones a remo o a vela; vuelo delta, ultraligeros, ícaros, parapente, globos y aeróstatos, lanzamientos en Benji o paracaidismo, karting, automovilismo, motociclismo, ciclismo de montaña, Scooters, esquí acuático o sobre nieve o cualquier otro deporte de invierno.
48. Daños como consecuencia o se den en el curso de: guerra, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas (haya habido declaración de guerra o no), insubordinación militar, levantamiento militar, insurrección, rebelión, revolución, guerra intestina, guerra civil, poder militar o usurpación de poder, proclamación de estado de excepción, acto de terrorismo o cualquier acto de cualquier persona que actué en nombre de o en relación con cualquier organización que realice actividades dirigidas a la destitución por la fuerza del gobierno o influenciarlo mediante el terrorismo o la violencia.
49. Daños como consecuencia de que el Afiliado participe activamente en motín, conmoción civil, disturbios populares, disturbios laborales y daños maliciosos.
50. Las lesiones producidas por: movimientos sísmicos, inundaciones, tormenta, huracán, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos, así como cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o extraordinario, o de acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados por las autoridades competentes como de "catástrofe o calamidad nacional".
51. Enfermedades Epidémicas declaradas como tales por las autoridades competentes.
52. Contaminación Radioactiva.
53. Accidentes y sus consecuencias, sufridos con anterioridad a la vigencia del Plan.
54. Daños causados voluntariamente a sí mismo, suicidio o tentativa de suicidio y lesiones sufridas por el Afiliado infringidas directamente por el o los Beneficiarios del Plan, homicidio o tentativa de homicidio, únicamente con respecto a los Beneficiarios que participaron en el hecho.
55. Participación activa del Afiliado en actos delictivos, riñas y alteraciones de orden público.
56. Atención médica, estudios, tratamientos, hospitalización y cirugía por: alteraciones del crecimiento, calvicie.
57. Tratamientos médicos y/o quirúrgicos y sus consecuencias aplicados para: Infertilidad, esterilización para ambos sexos. Tratamientos para cirugías para optar o para mejorar la función sexual que no sea consecuencia directa de un accidente cubierto por el Plan. Prótesis

de pene. Inseminación artificial e implantación artificial de embriones in vitro. Disfunción sexual. Enfermedad Peyrone. Tratamiento o cirugía para optar un cambio de sexo.

- 58.** Tratamiento para: Menarquia, Menopausia, andropausia y las consecuencias que se deriven de todos estos casos. Osteoporosis post - menopáusica.
- 59.** Tratamientos de terapia ocupacional, educacional o del lenguaje. Medicina Física y de Rehabilitación, que no sea como consecuencia de una accidente, intervención o enfermedad cubierta por el Plan, con un máximo de doce (12) sesiones anuales.
- 60.** Cualquier tratamiento médico proporcionado por un médico o enfermera que sea pariente cercano del Afiliado, o que viva con él. Enfermeras privadas para el cuidado del paciente, fuera del hospital o clínica.
- 61.** Gastos de transporte cuando no se trate de Ambulancias vía terrestre en el Territorio Nacional de la República Bolivariana de Venezuela.
- 62.** Tratamientos no aceptados o avalados por la Federación Médica Venezolana. Cualquier tipo de responsabilidad profesional del personal médico, paramédico o de cualquier Centro Clínico u Hospitalario.
- 63.** Servicios personales para comodidad del Afiliado, radio, barbería o peluquería, fuente de soda, restaurante, estacionamiento, gastos de cobranza, gastos de facturación, floristería y/u ornamentos, artículos de higiene personal, artículos de uso personal o que no sean de índole médica, cargos en exceso que correspondan a habitaciones especiales o de lujo, las llamadas no locales, llamadas por celulares y todo gasto que no tenga relación con el evento cubierto.
- 64.** Servicios médicos recibidos en alguna institución hospitalaria del Estado o cualquier otro servicio médico por el cual no se exija pago alguno del Afiliado.
- 65.** Medicinas sin prescripción facultativa o no relacionadas con una Enfermedad o Accidente tratado, y todos los demás gastos de material médico – quirúrgico, medicinas o instrumentos no desglosados en la facturación con respecto al nombre y cantidad utilizada.
- 66.** Servicios médicos o medicamentos cuyas facturas presentadas no cumplan con las exigencias del SENIAT.
- 67.** Alquiler o compra de aparatos, prótesis, equipos y accesorios médicos no requeridos quirúrgicamente para tratamiento de enfermedades.