

CONDICIONES
GENERALES
GLOBAL SELECT
HEALTH PLAN



CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA GLOBAL SELECT HEALTH PLAN

Esta **póliza** es un **contrato** de seguro entre el **Asegurado Titular** y la **Compañía** con validez por cada **año póliza**.

Este **contrato** de seguro se compone de y constituye parte integrante del **contrato** lo siguiente:

- Condiciones Generales de la **póliza**
- **Condiciones especiales**
- **Condiciones particulares**
- **Solicitud de seguro de salud**
- **Endosos** y anexos adheridos a la **póliza**

En este documento, y tal como se describe en el numeral 3 “Definiciones”, el término “**Compañía**” se refiere a Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros, y el término “**Asegurado Titular**” se refiere al **asegurado** principal nombrado en la **solicitud de seguro de salud**. Previo al pago de la prima, la **Compañía** se compromete a cubrir al **Asegurado Titular** los beneficios estipulados en esta **póliza** y sujeto a los términos y condiciones de la misma.

Los términos definidos en las Definiciones corresponden a los términos destacados en negrilla en este documento.

1. AMPARO BÁSICO

La **Compañía** únicamente cubrirá los gastos relacionados con los **beneficios cubiertos**, de conformidad con lo establecido en la **Tabla de Beneficios**.

1.1 COBERTURA Y LÍMITE DE LOS BENEFICIOS

La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de esta **póliza** está sujeta a los términos y condiciones de la misma. Hay tres tipos de limitaciones de beneficios que aparecen en la **Tabla de Beneficios**:

- El “límite máximo” – la máxima cantidad que la **Compañía** pagará en total por todos los beneficios, por cada **asegurado**, por cada **año póliza**
- “De por vida” – la cantidad máxima del beneficio que la **Compañía** pagará por cada **asegurado** durante su vida
- Limitaciones a los beneficios por sesiones, visitas o días o “sub-límites” – la cantidad máxima que la **Compañía** pagará por ciertos beneficios específicos listados en la **Tabla de Beneficios**.

Todos los límites de los **beneficios cubiertos** se aplican de forma individual para cada **asegurado**. Algunos límites aplican por **año póliza**, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, el beneficio ya no estará disponible hasta que se renueve la **póliza** de seguro. Otros límites y sub-límites aplican de forma vitalicia, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, no se pagarán más beneficios, independientemente de la renovación de la **póliza**.

1.2 BENEFICIOS DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES

A menos de que se especifique lo contrario, esta **póliza** proporciona cobertura en el exterior únicamente dentro de la **red de proveedores internacionales de Bupa** correspondiente a este producto, excepto para emergencias, las cuales están cubiertas bajo la provisión de “**tratamiento médico de emergencia**”.

- (a) La **red de proveedores internacionales de Bupa** aplicable a este producto tiene vigencia anual y está disponible a través de la **Compañía** o en su página de Internet.
- (b) Para asegurar que el proveedor de servicios médicos forme parte de la red de proveedores, todo tratamiento médico deberá ser notificado por el **asegurado** y coordinado por la **Compañía**.
- (c) A menos de que se especifique lo contrario, la cobertura de esta **póliza** dentro del Ecuador es de libre elección de proveedores médicos.

1.3 BENEFICIOS CUBIERTOS

La **Tabla de Beneficios** proporciona una explicación respecto de lo que está cubierto bajo la **póliza** y los límites de los beneficios. La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la **póliza** está sujeta a los términos y condiciones de esta **póliza**. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por **asegurado**, por **año póliza**.

Todas las cantidades relativas a los **beneficios cubiertos** y **deducibles** se entenderán referidas a dólares, moneda de curso legal de los Estados Unidos de América.

La **Compañía** pagará los gastos derivados de los **beneficios cubiertos** después de satisfecho el **deducible** correspondiente. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios están sujetos a **deducible**. Todos los **beneficios cubiertos** serán pagados por la **Compañía** considerando el gasto **usual, acostumbrado y razonable** para dicho **tratamiento** o servicio en el país donde se recibe dicho servicio médico cubierto.

A los **beneficios cubiertos** pueden aplicarse exclusiones o restricciones específicas de cada **asegurado**. Favor de consultar el numeral 2 Exclusiones y limitaciones de las Condiciones Generales de la **póliza** antes de solicitar la cobertura de alguno de los beneficios que se describen en la **Tabla de Beneficios**.

La **Compañía** sólo cubrirá como parte de los **beneficios cubiertos** aquellos procedimientos médicos que no sean experimentales; esto es que estén aprobados por la FDA (Food and Drug Administration de los Estados Unidos de América) o por el Ministerio de Salud de la República de Ecuador o aprobados por la autoridad de salud competente en el país donde se recibe el **tratamiento** médico.

La suma asegurada es de dos millones de dólares (US\$2,000,000). Todos los beneficios siguientes, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al **límite máximo** total anual de la **póliza**.

1.4 TABLA DE BENEFICIOS Y CONDICIONES GENERALES

| 1.4.1 HOSPITALIZACIÓN Y TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL | COBERTURA |
|---|-------------------------|
| <p>Para todos los costos de pacientes internados y pacientes ambulatorios atendidos en el hospital</p> <p>Alojamiento en el hospital, alimentos e interconsultas La Compañía pagará los gastos generados por la hospitalización y tratamiento hospitalario del asegurado, siempre y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • exista una necesidad médica de permanecer en el hospital, • el tratamiento sea proporcionado o administrado por un especialista, y • la duración de su estadía sea médicamente justificada. <p>La Compañía no pagará por gastos extras de una habitación ejecutiva, suite, habitación de lujo o similares. Si los gastos del tratamiento están ligados a un tipo de habitación, la Compañía pagará el costo del tratamiento al precio que se cobraría si ocupara una habitación privada. Para pacientes internados por 5 noches o más, la Compañía podrá solicitar un reporte médico antes de la quinta noche, confirmando el diagnóstico, el tratamiento recibido, el tratamiento planificado y la fecha en la que se dará de alta. La Compañía pagará hasta US\$20 por noche para gastos personales, tales como periódicos, renta de servicio de televisión y comidas para visitas.</p> | 100% habitación privada |
| <p>Cama extra y alimentación en el hospital para acompañante La Compañía cubrirá los gastos de cama extra y alimentación para una persona acompañante, cuando el asegurado esté recibiendo un tratamiento cubierto. Los gastos de alimentación se cubrirán únicamente cuando la atención sea recibida en cualquier hospital de la red pública del Ecuador.</p> | 100% para una persona |
| <p>Derecho a sala, insumos, materiales clínicos y medicamentos La Compañía cubrirá los gastos generados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la sala de operaciones, • la sala de recuperación, • medicamentos y material quirúrgico utilizado en la sala de operaciones o en la sala de recuperación, y • medicamentos y material de curación utilizados mientras el asegurado esté internado en el hospital. <p>En todos los casos, los gastos generados deberán de estar médicamente justificados.</p> | 100% |
| <p>Cuidados intensivos La Compañía cubrirá los gastos de tratamiento en la Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI), Unidad Coronaria y Unidad de Cuidados Intermedios (UCI) cuando sea médicamente necesario o cuando sea una parte esencial del tratamiento.</p> | 100% |
| <p>Cirugía, incluyendo honorarios de equipo médico quirúrgico La Compañía pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios del cirujano, ayudante, instrumentista quirúrgico y anestesiólogo, así como los gastos pre y post operatorios que se generen dentro de la hospitalización cubierta por esta póliza. Los honorarios de médicos, cirujanos, anestesistas, segundo cirujano, cirujanos asistentes, especialistas y cualquier otro honorario médico solamente están cubiertos cuando sean médicamente necesarios durante la cirugía o tratamiento.</p> | 100% |
| <p>Exámenes de patología, radiología y diagnóstico La Compañía cubrirá el costo de estudios de laboratorio, imagenología y exámenes de diagnóstico, siempre y cuando sean prescritos por un especialista para ayudar a diagnosticar o evaluar el estado de salud cuando el asegurado esté hospitalizado.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 2.15 y 2.28.</p> | 100% |

| | |
|--|--|
| <p>Implantes prostéticos y órtesis</p> <p>La Compañía cubrirá los gastos relacionados con los siguientes implantes prostéticos y órtesis: Implantes prostéticos (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> • para reemplazar articulación o ligamento • para reemplazar válvula cardiaca • para reemplazar la aorta o un vaso sanguíneo arterial • para reemplazar un músculo del esfínter • para reemplazar el cristalino o la córnea del ojo • para controlar incontinencia urinaria o control de la vejiga • marcapasos (la disponibilidad del desfibrilador cardiaco interno está sujeta a pre-aprobación) • para remover exceso de líquidos en el cerebro • implante coclear, la Compañía pagará el mantenimiento subsecuente y los reemplazos para restablecer la función de las cuerdas bucales cuando son afectadas como consecuencia de una cirugía por cáncer. <p>Órtesis (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> • una rodillera que es parte esencial de una operación quirúrgica para la reparación de un ligamento cruzado • soporte en la columna vertebral que sea requerido como consecuencia de una operación quirúrgica de columna vertebral. • fijador externo que se requiera como consecuencia de una fractura expuesta o por una cirugía en cabeza o cuello | <p>100%</p> |
| <p>Cirugía reconstructiva o correctiva</p> <p>La Compañía cubrirá los gastos relacionados con cualquier tratamiento para restaurar la apariencia física del asegurado después de un accidente, enfermedad o dolencia, lesión o cirugía. En caso de tratarse de una condición preexistente declarada, la cirugía reconstructiva estará cubierta bajo la suma asegurada para condiciones preexistentes y de acuerdo con lo indicado en las condiciones particulares de la póliza.</p> <p>El asegurado deberá comunicarse con la Compañía para recibir pre-aprobación antes de someterse al tratamiento. En caso de no haberse notificado, se aplicará un coaseguro adicional del 30%, como se indica en el numeral 15 de estas Condiciones Generales.</p> <p>Nota: Si el médico del asegurado recomienda tratamiento cosmético para corregir un problema funcional, el asegurado deberá comunicarse con la Compañía para recibir la pre-aprobación, ya que el caso será evaluado por el equipo médico de la Compañía. De ser aprobado, los beneficios se pagarán de acuerdo con las reglas y beneficios establecidos en esta Tabla de Beneficios.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 2.18 y 2.29.</p> | <p>100%</p> |
| <p>1.4.2 CUIDADOS PARA PACIENTES INTERNADOS Y/O PACIENTES AMBULATORIOS</p> | |
| <p>Imagenología avanzada</p> <p>La Compañía cubrirá los gastos de estudios de imágenes avanzadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • estudios de imagen por resonancia magnética (IRM) • tomografía computarizada (TC) • tomografía por emisión de positrones (PET) <p>Los estudios deberán ser prescritos por el médico o doctor del asegurado como parte del diagnóstico o tratamiento de condiciones cubiertas.</p> | <p>COBERTURA</p> <p>100%</p> |
| <p>Condiciones congénitas y/o hereditarias</p> <p>La cobertura para condiciones congénitas y/o hereditarias bajo esta póliza es la siguiente:</p> <p>(a) Beneficio máximo definido para esta cobertura cuyas condiciones se manifiesten antes de que el asegurado cumpla los dieciocho (18) años de edad, incluyendo cualquier otro beneficio ya pagado bajo alguna otra póliza o anexo adicional de la Compañía, después de satisfacer el deducible correspondiente.</p> <p>(b) Cobertura para condiciones que se manifiesten en el asegurado a los dieciocho (18) años de edad o posteriormente.</p> <p>(c) Cobertura para condiciones congénitas y/o hereditarias consideradas enfermedades raras y huérfanas o enfermedades catastróficas que sean tratadas en Ecuador.</p> <p>Si el recién nacido es producto de una maternidad cubierta, la cobertura será de acuerdo a las condiciones y monto asegurado indicado en este beneficio.</p> <p>En caso de tratarse de una condición preexistente declarada, la condición congénita o hereditaria estará cubierta bajo la suma asegurada para condiciones preexistentes y de acuerdo con lo indicado en las condiciones particulares de la póliza.</p> | <p>(a) US\$200,000 de por vida</p> <p>(b) US\$500,000 de por vida</p> <p>(c) US\$1,000,000 de por vida</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Tratamiento integral contra el cáncer y rehabilitación</p> <p>La Compañía cubrirá los gastos derivados de cualquier tratamiento contra el cáncer, una vez que sea diagnosticado, incluyendo los honorarios que se relacionen específicamente para planificar y llevar a cabo el tratamiento contra el cáncer. Lo anterior incluye exámenes de laboratorio, estudios de imagenología para diagnóstico, consultas y medicamentos recetados. El asegurado deberá comunicarse con la Compañía para recibir pre-aprobación antes de someterse al tratamiento. En caso de no haberse notificado, se aplicará un coaseguro adicional del 30%, como se indica en el numeral 15 de estas Condiciones Generales.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar el numeral 2.31.</p> <p>La Compañía no cubre los gastos relacionados con tratamientos o medicamentos experimentales cuando sean suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.</p> | <p>100%</p> |
| <p>Trasplantes</p> <p>La Compañía cubrirá todos los gastos médicos relacionados con el trasplante, incluyendo consultas con médicos o especialistas y tratamiento médico cuando el asegurado se encuentre internado en el hospital o como paciente ambulatorio, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada y certificada para los siguientes trasplantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • córnea • intestino delgado • riñón • riñón/páncreas • hígado • corazón • pulmón • corazón/pulmón • médula ósea <p>Los gastos de los medicamentos contra el rechazo y gastos médicos para trasplante de médula ósea y trasplantes de células madres periféricas, con o sin altas dosis de quimioterapia para tratar el cáncer, están cubiertos bajo el beneficio de tratamiento de cáncer.</p> <p>La Compañía cubrirá los gastos del donante para cada condición médica que requiera de un trasplante, tanto si el donante está asegurado o no, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la recolección del órgano, ya sea de un donante vivo o muerto, • los gastos por compatibilidad de tejidos • los gastos de hospital/operación del donante, y • cualquier complicación del donante. <p>Este beneficio se encuentra sujeto a pre-aprobación de la Compañía. En caso de no haberse notificado, se aplicará un coaseguro adicional del 30%, como se indica en el numeral 15 de estas Condiciones Generales.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar el numeral 2.24.</p> | <p>En Ecuador, hasta 100% de la suma asegurada, de por vida</p> <p>Fuera de Ecuador, hasta US\$500,000 por diagnóstico, de por vida</p> |
| <p>Diálisis renal</p> <p>La Compañía pagará la diálisis renal para paciente hospitalizado o paciente ambulatorio.</p> | <p>100%</p> |
| <p>Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (período de carencia de 90 días en hospitalario y 30 días en ambulatorio)</p> <p>La Compañía cubrirá la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los gastos derivados de la infección de VIH y SIDA, siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes de completar el período de espera. En caso de tratarse de una condición preexistente declarada, el SIDA/VIH estará cubierto bajo la suma asegurada para condiciones preexistentes y de acuerdo con lo indicado en las condiciones particulares de la póliza.</p> | <p>US\$300,000 de por vida</p> |
| <p>Enfermedades de transmisión sexual diferentes al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (período de carencia de 90 días en hospitalario y 30 días en ambulatorio)</p> <p>La Compañía cubrirá el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual diferentes a las del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) hasta el máximo indicado en esta Tabla de Beneficios.</p> | <p>US\$50</p> |
| <p>Tratamiento dental relacionado con accidentes</p> <p>La Compañía cubrirá los gastos generados por el tratamiento dental médicamente necesario derivado de un accidente cubierto, siempre y cuando el primer gasto se genere dentro de los 30 días siguientes al accidente.</p> | <p>100%</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Cobertura para actividades y deportes peligrosos Los costos relacionados con tratamientos derivados de la práctica de actividades y deportes peligrosos de forma amateur están cubiertos bajo esta póliza.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar el numeral 2.3.</p> | 100% |
| <p>Condiciones preexistentes Beneficio de ley para condiciones preexistentes, de acuerdo con lo establecido en el literal (c) de la cláusula 1.5 de esta póliza.</p> | Hasta 20 salarios básicos unificados por año |
| <p>1.4.3 TRATAMIENTO AMBULATORIO</p> | COBERTURA |
| <p>Cirugía ambulatoria La Compañía cubrirá los gastos relacionados con cirugía ambulatoria.</p> | 100% |
| <p>Exámenes de patología, radiología y diagnóstico La Compañía pagará los gastos derivados de exámenes de diagnóstico y laboratorio cuando dichos estudios sean prescritos por un médico o doctor para documentar el diagnóstico o para evaluar su estado de salud posterior a un tratamiento médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Estudios de laboratorio, exámenes de patología e imagenología Exámenes de diagnóstico <p>Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 2.15 y 2.28.</p> | 100% |
| <p>Honorarios médicos La Compañía pagará los honorarios por concepto de consulta con especialistas, médicos o doctores para:</p> <ul style="list-style-type: none"> Proponer un tratamiento Dar seguimiento al tratamiento recibido previamente Recibir consultas o tratamientos pre y post hospitalarios Prescribir medicamentos Efectuar el diagnóstico relacionado con los síntomas manifestados <p>Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 2.9, 2.11 y 2.30.</p> | 100% |
| <p>Enfermeros profesionales La Compañía cubrirá los gastos relacionados al cuidado de enfermeros profesionales calificados ante la autoridad nacional competente, o ante la autoridad competente donde se reciba el tratamiento o servicio, para administrar medicamentos por inyección, colocar vendajes o brindar un servicio que requiere especialización y sea médicamente necesario.</p> | 100%, máximo 15 visitas |
| <p>Consultas medicina alternativa y ancestral Consultas y tratamiento con profesionales calificados en naturopatía, homeopatía y medicina china debidamente registrados para ejercer en el país donde se recibe el tratamiento.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 2.22 y 2.23.</p> | US\$50 |
| <p>Medicamentos y materiales de curación con receta médica La Compañía pagará los medicamentos y materiales de curación con receta médica siempre que sean prescritos por un médico o doctor de forma previa y que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia.</p> | Plan 1: 80% hasta US\$5,000; 100% después de US\$5,000 Planes 2 al 5: 100% |
| <p>Equipo médico durable y suministro de los equipos La Compañía cubrirá los gastos derivados de la utilización de equipo médico durable y suministro de los equipos y sus componentes, siempre y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> sea prescrito por un médico cumpla con la definición de equipo médico durable y suministro de los equipos <p>La Compañía no pagará por los componentes que no sean indispensables para el uso del equipo médico durable y suministro de los equipos.</p> | US\$8,000 |
| <p>1.4.4 SALUD MENTAL</p> | COBERTURA |
| <p>Salud mental durante la hospitalización La Compañía pagará los gastos derivados del tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, siempre y cuando sea médicamente necesario producto de una enfermedad o dolencia cubierta, y la terapia se otorgue durante la estadía en el hospital. Cualquier tratamiento psiquiátrico y/o psicológico cuando el asegurado esté hospitalizado durante cinco (5) días o más requiere de pre-aprobación de la Compañía. En caso de no haberse notificado, se aplicará un coaseguro adicional del 30%, como se indica en el numeral 15 de estas Condiciones Generales.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar el numeral 2.37.</p> | 100%, máximo 90 visitas de por vida |

| | |
|---|--------------------------------|
| <p>Salud mental en ambulatorio La Compañía pagará los honorarios en el consultorio del psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta. Exclusiones y restricciones: Consultar los numerales 2.26 y 2.37.</p> | <p>100%, máximo 15 visitas</p> |
| <p>1.4.5 TRANSPORTE Y VIAJES</p> | <p>COBERTURA</p> |
| <p>Viajes de traslado sin costo de prima adicional La cobertura por evacuación cubre los gastos razonables de viaje de traslado del asegurado al lugar más cercano en donde pueda recibir tratamiento apropiado, cuando el tratamiento que necesita no está disponible en un lugar cercano. Para todos los traslados médicos y evacuaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el asegurado y/o el prestador de servicios debe contactar a la Compañía para recibir pre-aprobación antes de su traslado, • el tratamiento debe ser recomendado por el especialista o médico tratante del asegurado, • el tratamiento no debe estar disponible en un lugar cercano, • el tratamiento debe estar cubierto bajo esta póliza, • el asegurado y/o el especialista o médico tratante coordinará el traslado, y • el beneficio aplica para tratamiento en hospital, tanto como paciente ambulatorio u hospitalizado. La evacuación podrá ser autorizada si el asegurado necesita imagenología avanzada o tratamiento contra el cáncer, como radioterapia o quimioterapia. <p>La Compañía no es el proveedor de traslado y otros servicios establecidos en la sección de Viajes de traslado, pero siempre estará con el asegurado para apoyarle.</p> <p>Exclusiones y restricciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Compañía no pagará por noches extra en el hospital cuando el asegurado ya no esté recibiendo tratamiento activo que requiera que esté hospitalizado; por ejemplo, cuando está esperando su vuelo de regreso. • La Compañía no aprobará un viaje de traslado que, dentro de la opinión razonable de la Compañía, sea inapropiado basado en prácticas médicas y clínicas establecidas. Adicionalmente, la Compañía se reserva el derecho de realizar una investigación del caso cuando sea razonable. La evacuación o repatriación no será autorizada si va en contra de la recomendación del equipo médico de la Compañía. • La Compañía no podrá autorizar una evacuación o repatriación cuando la situación local lo haga imposible, sea irrazonablemente peligroso, o el área lo haga impráctico; por ejemplo, una plataforma petrolera, dentro de una zona de guerra, en áreas geográficamente remotas, o rescate en alta montaña. Tales intervenciones dependen y están sujetas a los recursos disponibles local y/o internacionalmente y deberán permanecer dentro del marco nacional e internacional legal y regulatorio. Las intervenciones pueden estar sujetas al otorgamiento de autorizaciones requeridas que son emitidas por diversas autoridades involucradas, que podrán estar fuera del control o influencia de la Compañía o de nuestros socios proveedores de servicios. • La Compañía no será responsable por cualquier retraso o restricción en conexión con el viaje de traslado ocasionado por condiciones climatológicas, problemas mecánicos, restricciones impuestas por autoridad pública o por el piloto o cualquier otra condición fuera del control de la Compañía. • La Compañía solo pagará por los viajes de traslado pre-aprobados por la Compañía. | |
| <p>Evacuación médica sin costo de prima adicional Evacuación médica hospitalaria: La Compañía cubrirá los gastos de viaje de traslado para una evacuación médica cuando el asegurado se encuentre hospitalizado para recibir atención médica hacia el lugar apropiado más cercano en donde el tratamiento médico necesario esté disponible (en territorio nacional o en el extranjero) y el regreso al lugar de donde fue trasladado. Deberá obtenerse pre-aprobación de la Compañía, y el viaje de regreso debe realizarse dentro de los catorce (14) días siguientes al final del tratamiento. En caso de no haberse notificado, se aplicará un coaseguro adicional del 30%, como se indica en el numeral 15 de estas Condiciones Generales. La Compañía cubrirá los costos para el viaje de regreso que sean más económicos entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o • El costo de un boleto comercial por una aerolínea en clase turista. <p>La Compañía no pagará ningún otro costo relacionado con el traslado, como gastos de traslado diferentes a los aquí mencionados o el alojamiento de hotel.</p> | <p>100%</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Costos de viaje de traslado para un acompañante (por evacuación) sin costo de prima adicional</p> <p>La Compañía cubrirá los costos razonables de viaje de traslado para un familiar cercano del asegurado (esposo(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) para que le acompañe si existe una necesidad razonable para ello. La Compañía considera como ‘necesidad razonable’ cuando el asegurado necesita de alguien que le acompañe por una de las siguientes razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • necesita asistencia para subir o bajar de un transporte, • necesita ser trasladado por una distancia larga (por lo menos 1,000 millas o 1,600 kilómetros), • no hay acompañamiento médico disponible, o • en el caso de una enfermedad o dolencia aguda y seria <p>La persona acompañante puede viajar en un tipo de transporte diferente que el asegurado que requiere el tratamiento, dependiendo de los requerimientos médicos.</p> <p>La Compañía cubrirá los costos razonables de traslado para el viaje de regreso al lugar de donde se originó el traslado, cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • esto sea pre-aprobado por la Compañía, y • el viaje de regreso se realice dentro de los catorce (14) días siguientes al final del tratamiento, • en caso de no haberse notificado, se aplicará un coaseguro adicional del 30%, como se indica en el numeral 15 de estas Condiciones Generales. <p>La Compañía cubrirá los costos para el viaje de regreso que sean más económicos entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • el costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o • el costo de un boleto en una aerolínea comercial en clase turista. <p>La Compañía no cubrirá los costos del viaje para el acompañante cuando la evacuación o repatriación se haga para que el asegurado reciba tratamiento como paciente ambulatorio.</p> | 100% |
| <p>Costos de alimentación y transporte para acompañante sin costo de prima adicional</p> <p>La Compañía cubrirá los costos de alimentación y transporte indispensables de un familiar (esposo(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) que esté autorizado para viajar con el asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • únicamente durante una evacuación, y • por hasta diez (10) días o hasta el día de alta del asegurado, cualquiera que sea primero, mientras el familiar del asegurado se encuentre fuera de su país de residencia habitual. <p>La Compañía no cubrirá los costos del acompañante cuando la evacuación se haga para que el asegurado reciba tratamiento como paciente ambulatorio.</p> | US\$100 por día, máximo 10 días por año póliza |
| <p>Costos de viaje de traslado de niños sin costo de prima adicional</p> <p>La Compañía cubrirá los costos de viaje de traslado razonables para que los hijos del asegurado sean trasladados junto con el asegurado en caso de su evacuación o repatriación, siempre y cuando los hijos sean menores de dieciocho (18) años, y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sea médicamente necesario que el asegurado (el padre o madre o guardián de los niños), sea evacuado o repatriado, • el (la) esposo(a), pareja u otro guardián que comparta la custodia de los niños, esté acompañando también al asegurado, y • de no trasladarlos, los niños quedarían sin un padre, madre o apoderado, y • esto sea pre-aprobado por la Compañía. En caso de no haberse notificado, se aplicará un coaseguro adicional del 30%, como se indica en el numeral 15 de estas Condiciones Generales. | 100% |
| <p>Ambulancia aérea local</p> <p>La Compañía cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia aérea local utilizada para transportar al asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de la ubicación de un accidente o centro de esquí al hospital, o • para el traslado de un hospital a otro <p>Será procedente esta cobertura cuando la ambulancia aérea sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • médicamente necesaria, • utilizada para distancias cortas de hasta 100 millas/160 kilómetros, y • relacionada al tratamiento cubierto que el asegurado necesite recibir en el hospital <p>Este beneficio debe ser pre-aprobado por la Compañía. En caso de no haberse notificado, se aplicará un coaseguro adicional del 30%, como se indica en el numeral 15 de estas Condiciones Generales.</p> | 100% |
| <p>Ambulancia terrestre local</p> <p>La Compañía cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia terrestre local utilizada para transportar al asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de la ubicación de un accidente al hospital, • para el traslado de un hospital a otro, o • de su casa al hospital <p>Cuando una ambulancia terrestre local sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> • médicamente necesaria, y • relacionada al tratamiento cubierto y que el asegurado necesite recibir en el hospital | 100% |

| | |
|--|---|
| <p>Repatriación de restos mortales sin costo de prima adicional</p> <p>La Compañía cubrirá los gastos razonables para el traslado del cuerpo o restos mortales cremados del asegurado a su país de nacionalidad o a su país de residencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • en el caso de su fallecimiento mientras esté fuera de su país de residencia, y • sujeto a los requerimientos y restricciones de la aerolínea <p>La Compañía sólo pagará por los arreglos reglamentarios, como la cremación, urna, embalsamamiento y ataúd de zinc cuando sea requerido por las autoridades de la aerolínea para poder llevar a cabo el traslado.</p> <p>La Compañía no pagará por ningún otro costo relacionado con el entierro o la cremación, el costo de ataúd para entierro, etc., ni los costos de traslado para que alguien recolecte o acompañe los restos mortales del asegurado.</p> | 100% |
| <p>1.4.6 TRATAMIENTO PREVENTIVO, ADICIONAL A LAS PRESTACIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA INCLUIDAS EN TARIFA CERO</p> | COBERTURA |
| <p>Examen de salud general (período de carencia de 10 meses)</p> <p>La Compañía pagará por un examen de salud general una vez que el asegurado haya estado cubierto bajo esta póliza por 10 meses consecutivos. No aplica deducible.</p> <p>El examen de salud general normalmente incluye varios exámenes de rutina realizados para evaluar el estado de salud.</p> | US\$400 |
| <p>1.4.7 REHABILITACIÓN Y CUIDADOS PALIATIVOS</p> | COBERTURA |
| <p>Enfermería en casa</p> <p>La Compañía cubrirá los gastos de enfermería en casa para el asegurado después de su tratamiento en el hospital cubierto por esta póliza cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sea prescrito por el médico del asegurado, • comience inmediatamente después de que el asegurado salga del hospital, • reduzca la duración de la estadía del asegurado en el hospital, • sea proporcionada en casa del asegurado por un(a) enfermero(a) profesional calificado(a) ante la autoridad nacional competente, o ante la autoridad competente donde se reciba el tratamiento o servicio, y • sea necesaria para proporcionar cuidados médicos, (no incluye cuidados personales o asistenciales). <p>El asegurado deberá comunicarse con la Compañía para recibir pre-aprobación antes de recibir este beneficio. En caso de no haberse notificado, se aplicará un coaseguro adicional del 30%, como se indica en el numeral 15 de estas Condiciones Generales.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar el numeral 2.18.</p> | US\$300 por día, máximo 30 días |
| <p>Centro para pacientes terminales y cuidados paliativos</p> <p>Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal. Derivado de esta cobertura, la Compañía pagará servicios de centros para pacientes terminales y cuidados paliativos si recibe un diagnóstico de enfermedad terminal y si el asegurado ya no puede recibir tratamiento que conduzca a su recuperación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • alojamiento en centro para pacientes terminales • cuidados de enfermero(a) profesional calificado(a) ante la autoridad nacional competente, o ante la autoridad competente donde se reciba el tratamiento o servicio. • medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal • cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales | 100% |
| <p>Rehabilitación (rehabilitación multidisciplinaria)</p> <p>La Compañía pagará por la rehabilitación, incluyendo habitación, alimentos y una combinación de terapias físicas, ocupacionales, cardíacas y de fonoaudiología, después de un acontecimiento. La Compañía pagará por rehabilitación únicamente cuando el asegurado haya recibido pre-aprobación al inicio del tratamiento. En caso de no haberse notificado, se aplicará un coaseguro adicional del 30%, como se indica en el numeral 15 de estas Condiciones Generales. La Compañía sólo cubrirá los gastos por rehabilitación cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sea considerada médicamente necesaria, después de revisar la información médica correspondiente, y • Sea parte del tratamiento recibido para dicha condición cubierta bajo la póliza <p>Nota: Para que la Compañía pueda otorgar una pre-aprobación, el especialista deberá proporcionar la información clínica completa del asegurado, incluyendo el diagnóstico, el tratamiento recibido o por recibir, y la fecha planeada o propuesta para darle de alta si el asegurado se encuentra internado para recibir rehabilitación.</p> <p>Exclusiones y restricciones: Consultar el numeral 2.18.</p> | US\$300 por terapia, máximo 30 terapias |

1.4.8 BENEFICIOS ADICIONALES

Cobertura extendida para **dependientes** elegibles debido al fallecimiento del **Asegurado Titular**

En caso de que fallezca el **Asegurado Titular**, la **Compañía** otorgará cobertura a los **asegurados dependientes** sin costo alguno durante un (1) año contado a partir de la fecha de fallecimiento del **Asegurado Titular**. Este beneficio aplica solamente a los **dependientes** cubiertos bajo la **póliza** existente y terminará automáticamente para los **dependientes** sobrevivientes para los cuales se haya emitido su propia **póliza** por separado.

ESTA COBERTURA NO SERÁ PROCEDENTE SI LOS BENEFICIARIOS DEL **ASEGURADO TITULAR** SOLICITAN LA DEVOLUCIÓN DE LA PRIMA NO DEVENGADA POR FALLECIMIENTO, Y DICHA DEVOLUCIÓN ES EFECTUADA EN TÉRMINOS DE LAS CONDICIONES GENERALES.

Incorporación del recién nacido en la póliza

Para que el **recién nacido** disfrute de cobertura bajo esta **póliza** sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo, al menos uno de los padres del **recién nacido** debe tener por lo menos 10 meses cumplidos de cobertura continua bajo esta **póliza**. El **Asegurado Titular** deberá presentar dentro de los primeros 90 días después del parto un acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del **recién nacido**, su sexo, talla y peso, la fecha de su nacimiento y el nombre de los padres.

Se requerirá la presentación de una **solicitud de seguro de salud** para incluir al **recién nacido** en la **póliza**, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo si:

- (a) la notificación no es recibida durante los 90 días después del parto, o
- (b) ninguno de los padres ha cumplido los 10 meses de cobertura continua bajo esta **póliza**, o
- (c) el **recién nacido** es adoptado o ha nacido de una maternidad subrogada.

La incorporación del **recién nacido** en la **póliza** queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente.

Realizada la evaluación de riesgo, de ser el caso, las **condiciones preexistentes** declaradas estarán cubiertas bajo la suma asegurada para **condiciones preexistentes** y de acuerdo con lo indicado en las **condiciones particulares** de la **póliza**.

El realizar una evaluación de riesgo no significa que se va a negar la cobertura.

Prestaciones de prevención primaria incluidas en tarifa cero (período de carencia 30 días)

Se otorga cobertura bajo tarifa cero, dentro del territorio ecuatoriano, en la red ambulatoria definida por Bupa Ecuador y de acuerdo con los costos establecidos en el tarifario de prestaciones para el sistema nacional de salud. El detalle de las coberturas de esta prestación se encuentra en el Anexo 1 que forma parte integrante de esta **póliza**.

Métodos anticonceptivos (período de carencia 30 días)

Se otorga cobertura para métodos anticonceptivos hasta un límite por **año póliza** de US\$50 por **asegurado**.

Desórdenes del sueño (período de carencia 30 días)

Tratamiento para el insomnio, apnea de sueño, ronquidos, o cualquier otro problema relacionado con el sueño, hasta un límite por **año póliza** de US\$50 por **asegurado**.

1.4.9 AMPAROS OPCIONALES

Este producto no contempla ninguna cobertura opcional adicional.

1.5 COBERTURA PARA CONDICIONES PREEXISTENTES

Se considerará preexistente cualquier **enfermedad**, patología o condición de salud que haya sido conocida por la o el usuario, beneficiario, afiliado, dependiente o **asegurado** y diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción del **contrato** o a la incorporación de la o el beneficiario. Se proporciona cobertura para todas las **condiciones preexistentes** que el **asegurado** haya declarado en su **solicitud de seguro de salud**, por **asegurado**, de acuerdo a las siguientes condiciones:

- (a) Estarán cubiertas inmediatamente cuando el **asegurado** haya estado libre de **síntomas, signos o tratamiento** durante un período de cinco (5) años antes de la **fecha del inicio de vigencia**, a menos que sean limitadas al menor de los beneficios estipulado por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, indicado en el inciso (c). Por favor consulte su **Tabla de Beneficios**.
- (b) Estarán cubiertas después de un **período de carencia** de veinticuatro (24) meses de la **fecha del inicio de vigencia**, cuando el **asegurado** presente **síntomas, signos o tratamiento** en cualquier momento durante un período de cinco (5) años antes de la **fecha del inicio de vigencia**, a menos que sean limitadas al menor de los beneficios estipulado por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, indicado en el inciso (c). Por favor consulte su **Tabla de Beneficios**.
- (c) Beneficio de ley para **condiciones preexistentes**: Las preexistencias especificadas en las **Condiciones Particulares** estarán cubiertas después de un **período de carencia** de veinticuatro (24) meses contados a partir de la **fecha del inicio de vigencia** hasta veinte (20) salarios básicos unificados por año.
- (d) Las preexistencias no declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro de salud nunca estarán cubiertas durante el tiempo en que la **póliza** se encuentre en vigor. Además, la **Compañía** se reserva el derecho de dar por terminado el **contrato** de seguro con base en la omisión de dicha información por parte del **Asegurado Titular** de conformidad con el Código de Comercio, el Código Orgánico Monetario y Financiero (Libro III: Ley General Seguros), publicado en el registro oficial No. 332, del 12 de septiembre del 2014, y la Codificación de Resoluciones emitido por la Superintendencia de Bancos y Junta Bancaria.
- (e) La **Compañía** podrá presentar reclamo administrativo, en la forma prevista en esta ley, para alegar preexistencia no declarada al tiempo de la contratación, cuando considerare que el titular, usuario, beneficiario, afiliado, dependiente o **asegurado** conocía la existencia de su enfermedad, patología o condición de salud, por presentar manifestaciones clínicas y alteraciones físicas que por sus **signos y síntomas** característicos y evidentes, no pudieron pasar desapercibidos, en cuyo caso, la autoridad competente dirimirá el mismo, en mérito al expediente y a las pruebas actuadas.

1.6 COBERTURA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Las coberturas para personas con discapacidad estarán disponibles siempre que el **asegurado** sea calificado como persona discapacitada por la autoridad nacional competente de acuerdo con los lineamientos regulatorios de elegibilidad indicados en la Ley Orgánica de Discapacidades publicada el 25 de septiembre de 2012 y sus normas reglamentarias.

- Las **condiciones preexistentes**, incluyendo las enfermedades graves, catastróficas o degenerativas que sobrevengan como consecuencia de la discapacidad, serán cubiertas con un monto de cobertura mínima de veinte (20) salarios básicos unificados por año. Esta cobertura surtirá efecto transcurrido un período de espera estipulado en la Ley Orgánica de Discapacidades, contados desde la fecha de emisión de la **póliza** de seguro. Este límite no aplicará en caso de discapacidad superviniente.
- Las **condiciones preexistentes** relacionadas con la discapacidad serán cubiertas aun cuando la persona cambie de programa de salud o plan de medicina prepagada o compañía aseguradora o empresa de medicina prepagada.
- La cobertura de cualquier condición médica y/o **condición preexistente** que no sea consecuencia de la discapacidad no estará sujeta a lo dispuesto en esta cláusula sino a las condiciones generales de la **póliza**.
- Las **pólizas** suscritas con personas con discapacidad tendrán una duración de al menos tres (3) años. En el caso de cancelación anticipada no motivada por parte del **asegurado**, el **asegurado** o afiliado perderá el derecho a la continuidad de cobertura prevista en el Artículo 25 de la Ley Orgánica de Discapacidades.

En caso de **pólizas** grupales, al cancelar anticipadamente la **póliza** el **contratante**, la persona con discapacidad podrá suscribir con la **Compañía** una **póliza** individual por el tiempo remanente de los tres (3) años.

La cuantía de las primas para personas con discapacidad es igual a las fijadas para las **pólizas** emitidas a favor de personas sin discapacidad.

2. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

En esta sección de exclusiones y limitaciones encontrará un listado de los **tratamientos**, condiciones y situaciones específicas que no están cubiertas por la **Compañía** como parte de su seguro de salud.

2.1 CONDICIONES PREEXISTENTES

Estarán excluidas las condiciones preexistentes no declaradas.

2.2 EXCLUSIONES GENERALES

Las exclusiones en esta sección corresponden además de cualquier exclusión y limitación personal, tal como se ha explicado anteriormente.

Para todas las exclusiones en esta sección, y para cualquier exclusión o limitación personal especificada en el documento de Condiciones Particulares, la **Compañía** no proporciona cobertura o beneficios, así como tampoco para las exclusiones y limitaciones que aparecen en la **Tabla de Beneficios**, ni para las **condiciones preexistentes** que estén directamente relacionados con:

- **Condiciones preexistentes no declaradas al momento de contratar la póliza o sus complicaciones;**
- **Enfermedades o dolencias y tratamientos excluidos;**
- **Gastos adicionales o incrementados que resulten de enfermedades o dolencias y tratamientos excluidos,**
- **Complicaciones que resulten de enfermedades o dolencias y tratamientos excluidos, y**
- **Los servicios y tratamientos realizados en el exterior que no se lleven a cabo dentro de la red de proveedores internacionales de Bupa, excepto en los casos especificados bajo la cobertura de tratamiento de emergencia.**

2.3 ACTIVIDADES Y DEPORTES PELIGROSOS

Tratamiento por cualquier lesión que resulte de participar en cualquier actividad o deporte peligroso, siempre y cuando no sea la profesión y fuente principal de ingresos del asegurado.

2.4 ADMISIÓN ELECTIVA

La admisión electiva en un hospital por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por la Compañía.

2.5 ALMACENAMIENTO DE TEJIDOS

Extracción y almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre de cordón umbilical, o cualquier otro tipo de tejido o célula. También están excluidos los gastos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la crio-preservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.

Nota: La Compañía cubrirá los gastos relacionados con trasplantes de médula ósea y trasplantes de células madre de sangre periférica cuando son realizados como parte del tratamiento de cáncer. Esto está cubierto bajo el beneficio de tratamiento de cáncer.

2.6 CIRUGÍAS Y TRATAMIENTOS PARA CAMBIO DE SEXO

Cualquier gasto por cambio o transformación de sexo y las complicaciones surgidas u ocasionadas directa o indirectamente de dichas cirugías o tratamientos, excepto reasignación de sexo por condiciones congénitas cubiertas bajo la póliza.

2.7 CLINICAS DE HIDROTERAPIA, NATURISTAS, ETC.

Tratamientos o servicios recibidos en una clínica de hidroterapia o naturista, spa, o en cualquier establecimiento similar que no sea un hospital.

2.8 CONFLICTO Y DESASTRE

Contaminación nuclear o química, guerra declarada o no, acto de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, huelga, desordenes obrero-patronales, alborotos o desórdenes populares, alteración de orden público, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, golpes de Estado, ley marcial, poder usurpado o de facto, motín,

conmoción civil, actos de terrorismo y eventos similares y las acciones destinadas a evitarlas o contenerlas, si el asegurado:

- ha puesto su vida en peligro al entrar en una zona de conflicto conocida,
- ha participado activamente, o
- ha demostrado un comportamiento negligente con su seguridad personal.

2.9 CONTROL DE NATALIDAD

Terminación del embarazo (a menos que exista una amenaza a la salud de la madre), planeación familiar, tal como consultas de la asegurada con su médico para discutir si embarazarse o utilizar métodos anticonceptivos, con excepción de lo estipulado en las prestaciones de prevención primaria incluidas en tarifa cero y en la provisión de métodos anticonceptivos.

2.10 DEPÓSITOS/PAGOS POR ADELANTADO

Depósitos y/o pagos por adelantado para el costo de cualquiera de los beneficios cubiertos.

2.11 DISFUNCIONES SEXUALES

Consultas y tratamientos relacionados con disfunciones sexuales, excepto cuando sean derivados de una condición cubierta bajo la póliza

2.12 EMBARAZO Y PARTO

Todo tratamiento o servicio relacionado con el embarazo, el parto y sus complicaciones, así como todo tratamiento o servicio relacionado con el cuidado del recién nacido.

2.13 ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y ENFERMEDADES PANDÉMICAS

No está cubierto el tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o enfermedad pandémica, así como tampoco están cubiertas las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o enfermedad pandémica.

2.14 EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL

Equipo de riñón artificial personal para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por la Compañía.

2.15 EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO PARA TRABAJO O VIAJES

Cualquier examen médico o de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del asegurado para trabajar o viajar.

2.16 GASTOS DE REGISTRO/ADMINISTRACIÓN

Gastos de registro/administración en hospitales o instituciones similares (a menos que la Compañía, dentro de su discreción razonable, considere que esos gastos son adecuados y usuales, aceptados por la práctica del país que sea relevante). No aplicable para proveedores del Ecuador.

2.17 GASTOS EXCESIVOS

Cualquier cantidad o gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro para el área geográfica en particular o nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.

2.18 GASTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS

El tratamiento de cualquier lesión, enfermedad o dolencia, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:

- Que no sea médicamente necesario, o**
- Para un asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico o doctor o profesional acreditado, o**
- Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor, o**
- Que está relacionado con el cuidado asistencial, excepto cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios, o**
- Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es médicamente necesario el uso de instalaciones hospitalarias.**

2.19 MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE LA VIDA

La Compañía no pagará el mantenimiento artificial de vida dentro de una institución hospitalaria (independientemente de la causa: muerte cerebral, estado vegetativo persistente, coma, trauma, etc.), incluyendo ventilación mecánica, alimentación parenteral o por gastrostomía, diálisis o cualquier otro procedimiento relacionado, cuando no se espere que dichos tratamientos resulten en la recuperación del asegurado o en la restauración de su salud.

La Compañía se reserva el derecho de convocar a un panel de expertos en búsqueda de una segunda opinión para corroborar el pronóstico.

2.20 MATERNIDAD SUBROGADA

Tratamiento directamente relacionado con la maternidad subrogada. Esta exclusión es aplicable tanto si la Asegurada actúa como madre sustituta, o cuando una tercera persona actúa como tal para el asegurado.

2.21 MEDICAMENTOS SIN RECETA

Medicamentos de venta libre o medicamentos que pueden obtenerse sin receta o medicamentos que no fueron recetados.

2.22 MEDICINA ALTERNATIVA

Tratamiento quiropráctico u homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa, excepto como se ha estipulado bajo la cobertura de esta póliza.

2.23 MEDICAMENTOS COLOQUIALMENTE CONOCIDOS COMO CHINOS

Cualquiera de los siguientes medicamentos chinos tradicionales: hongo cordyceps, hongo ganoderma, astas de ciervo, cubilose; ejiao; hipocampos; ginseng; ginseng rojo; ginseng americano; ginseng radix silverstris; polvo de astas de antílope; placenta humana; hongo agaricus blazei murill; almizcle; polvo de perla; cuerno de rinoceronte; sustancias del elefante asiático, oso malayo, tigre y otras especies en peligro de extinción.

2.24 ÓRGANOS MECÁNICOS O ANIMALES

Órganos mecánicos o animales, excepto cuando se utiliza temporalmente un aparato mecánico para mantener la función corporal mientras se espera un trasplante. También se excluye la compra de un órgano donado de cualquier fuente y la recolección o almacenamiento de células madre como una medida preventiva contra posibles enfermedades o dolencias futuras.

2.25 PODOLOGÍA

Cuidado podológico o podiátrico que sea cosmético o que no sea médicamente necesario, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.

2.26 DESÓRDENES DE LA CONDUCTA O DEL DESARROLLO

No se cubrirán tratamientos relacionados con dificultades del aprendizaje, problemas relacionados con el desarrollo físico, desórdenes de la conducta, problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, evaluaciones psicopedagógicas, exámenes psicométricos, terapias con fines psicoeducacionales o psicopedagógicos, ni tratamientos del desarrollo infantil. Los diagnósticos y tratamientos de autismo quedan limitados a la cobertura bajo el beneficio de autismo cuando se especifique cobertura en la Tabla de Beneficios.

2.27 PROFESIONAL O PROVEEDOR MÉDICO O INSTALACIONES MÉDICAS NO AUTORIZADAS POR LAS AUTORIDADES COMPETENTES

Tratamiento realizado por un profesional o proveedor médico no reconocido o tratamiento realizado en instalaciones médicas no reconocidas, por la autoridad nacional competente del país en el cual se esté realizando el tratamiento.

2.28 PRUEBAS GENÉTICAS

Los exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el asegurado es susceptible o no de desarrollar una enfermedad o padecimiento y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de exámenes de diagnóstico.

2.29 TRATAMIENTO COSMÉTICO

Cirugía que no sea médicamente necesaria y tratamiento para alterar la apariencia del asegurado que sea considerada cosmética, tanto si se requiere o no por razones psicológicas.

2.30 TRATAMIENTO DE FERTILIDAD

Tratamiento para asistir en la reproducción, como:

- fertilización in-vitro (IVF)
- transferencia intratubárica de gametos (GIFT)
- transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT)
- inseminación artificial (IA)
- tratamiento de medicamentos recetados
- traslado del embrión (de una ubicación física a otra)
- gastos relacionados con la donación de óvulos y/o semen

2.31 TRATAMIENTO EXPERIMENTAL

La Compañía no pagará por tratamientos o medicamentos que dentro de sus lineamientos sean considerados experimentales. La Compañía tampoco pagará por medicamentos y equipo utilizado para propósitos que no sean aquellos definidos por su licencia, a menos de que esto sea pre-aprobado.

La Compañía no pagará por cualquier costo relacionado con tratamientos o medicamentos experimentales si éstos son suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.

2.32 TRATAMIENTO MAXILAR

Tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, desórdenes cráneo-mandibulares, u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula, que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación, excepto cuando sean originadas por una condición cubierta bajo esta póliza.

2.33 TRATAMIENTO POR OBESIDAD

Se excluyen los medicamentos. Los gastos asociados con cirugías por obesidad están cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios, sujetos a los términos y condiciones de la póliza.

2.34 TRATAMIENTO REALIZADO POR FAMILIARES

Cualquier tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos, o hijos de cualquier asegurado bajo esta póliza.

2.35 TRASTORNOS REFRACTIVOS

Tratamientos, equipos o cirugías para corregir la visión, como tratamiento de láser, queratotomía radial (RK) y queratotomía fotoretractiva (PRK).

2.36 TRATAMIENTOS PROVENIENTES DE SINIESTROS OCURRIDOS EN PAÍSES DE LISTA OFAC

Tratamientos que provengan de siniestros ocurridos en alguno de los países sancionados que aparecen en la lista elaborada por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC) dependiente del gobierno de los Estados Unidos de América, disponible en www.treasury.gov/about/organizational-structure/offices/Pages/Office-of-Foreign-Assets-Control.aspx, en concordancia con las normas de Prevención de Lavado de Activos, Financiamiento del Terrorismo y Otros delitos aplicables en el Ecuador.

2.37 TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLÓGICO

No se cubrirán procedimientos de diagnóstico o tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos durante una hospitalización cuando la razón principal de la hospitalización sea para diagnosticar o tratar una condición primariamente de origen mental. Tampoco está cubierto el síndrome de fatiga crónica.

2.38 TRATAMIENTO PARA EL CRECIMIENTO

Cualquier gasto relacionado con la hormona del crecimiento para el tratamiento de talla corta constitucional, excepto en casos de enfermedades consideradas catastróficas o enfermedades raras y huérfanas, tal como se definen en el Artículo 3 Definiciones de estas Condiciones Generales, y siempre que dichos tratamientos sean médicamente necesarios y pre-aprobados por la Compañía.

3. DEFINICIONES

ACCIDENTE

Daño o lesión corporal causado involuntariamente por un evento externo, violento, súbito y fortuito. No se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica se realiza después de 30 (treinta) días posteriores a la fecha del acontecimiento.

ACTIVIDADES Y DEPORTES PELIGROSOS

Cualquier actividad o deporte que expone al participante a cualquier daño o peligro previsible. Algunos ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5, pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de treinta (30) metros, puentismo (bungee jumping), la participación en cualquier deporte extremo, o la participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.

AMBULANCIA AÉREA

Transporte aéreo de **emergencia** desde el **hospital** donde el **asegurado** está ingresado, hasta el **hospital** más cercano donde se le puede proporcionar el **tratamiento** adecuado.

AMBULANCIA TERRESTRE

Unidad móvil especializada para el transporte de **emergencia** del **asegurado** hacia un **hospital**.

AÑO CALENDARIO

Del 1 de enero al 31 de diciembre del mismo año.

AÑO PÓLIZA

El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de efectividad de la **póliza**, y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.

ASEGURADO

La persona para quien se ha completado una **solicitud de seguro de salud**, para quien se ha pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por la **Compañía**. El término "asegurado" incluye al **Asegurado Titular** y a todos los **dependientes** cubiertos bajo esta **póliza**.

ASEGURADO TITULAR

La persona solicitante nombrada en la **solicitud de seguro de salud**. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.

BENEFICIOS CUBIERTOS

Tratamiento y beneficios que aparecen como cubiertos en la **Tabla de Beneficios** de la **póliza** Global Select Health Plan.

COASEGURO

Es el porcentaje de las facturas médicas de ciertos beneficios que el **asegurado** debe pagar en adición al **deducible**.

COMPAÑÍA

Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros, sociedad anónima inscrita con el Registro Único de Contribuyente (RUC) 1791782402001.

CONDICIÓN PREEXISTENTE

Son aquellas **enfermedades o dolencias** o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el **asegurado** o por quien contrata en su favor previamente a la celebración del **contrato**, o cuya existencia se compruebe mediante un resumen clínico o diagnóstico realizado por un **médico o doctor** legalmente autorizado, o bien, que hubiesen sido diagnosticados mediante pruebas de laboratorio o de patología, o por cualquier otro medio de diagnóstico reconocido, dentro de los cinco (5) años previos al inicio de vigencia de la **póliza**.

Cuando la **Compañía** cuente con pruebas documentales de que el **asegurado** efectuó cualquier gasto para recibir un diagnóstico de la **enfermedad o dolencia** de que se trate, podrá solicitar al **asegurado** el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la solicitud de reembolso. También se consideran preexistentes aquellas **enfermedades o dolencias** por los que previamente a la celebración del **contrato**, el **asegurado** haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir el **tratamiento** médico de la **enfermedad o dolencia** de que se trate.

La **Compañía** podrá requerir al solicitante y/o cualquiera de los **asegurados** que se someta a un examen médico. Al **asegurado** que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele lo indicado en la exclusión de preexistencia respecto de **enfermedad o dolencia** alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

CONDICIONES ESPECIALES

Se denominan cláusulas, condiciones o estipulaciones especiales a las que amplían, condicionan, delimitan, modifican o suprimen riesgos, extienden o restringen las coberturas previstas en las condiciones generales de las **pólizas**, o instituyen nuevas condiciones de protección, sin que contengan disposiciones expresamente prohibidas por la Ley General de Seguros y su reglamento general, la Legislación sobre el Contrato de Seguro y, los principios de la técnica de los seguros. Las condiciones especiales prevalecerán sobre las condiciones generales.

CONDICIONES PARTICULARES

Son reglas o estipulaciones que se han convenido por mutuo acuerdo entre las partes contratantes y fijan los elementos de la relación singular acordada.

CONTRATANTE

La persona que firma la **solicitud de seguro de salud** para obtener cobertura, y que se obliga al pago de la prima.

CONTRATO

El presente **contrato** celebrado entre la **Compañía** y el **asegurado**, bajo el cual la **Compañía** se obliga, mediante el pago de una prima, a pagar al **Asegurado Titular** por gastos relacionados con los **beneficios cubiertos** en que incurra.

CONVIVIENTE

Persona del sexo opuesto, o del mismo sexo, con quien el **Asegurado Titular** ha establecido una unión estable y monógama, libres de vínculo matrimonial que formen un hogar de hecho, por el lapso y bajo las condiciones y circunstancias que señale la ley, con los mismos derechos y obligaciones que tienen las familias constituidas mediante matrimonio.

CUIDADO ASISTENCIAL

Ayuda para realizar actividades cotidianas (bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.) que debe ser proporcionada por un **técnico de la salud o asistente de enfermería**.

CUIDADOS INTENSIVOS

Los cuidados intensivos incluyen Unidad de Alta Dependencia: una unidad que provee un nivel de **tratamiento** y monitoreo médico superior; unidad de tratamiento intensivo/unidad de cuidados intermedios (UTI/UCI): una unidad que provee de cuidados del más alto nivel; Unidad Coronaria: una unidad que provee de cuidados cardiacos del más alto nivel; Unidad de Cuidados Neonatales: una unidad que provee el mejor cuidado para los **recién nacidos**.

DEDUCIBLE

La cantidad anual de los gastos cubiertos que debe ser pagada por el **asegurado** por cada **año póliza**, y que debe ser cubierta antes de que los beneficios de la **póliza** sean pagaderos, salvo que expresamente se indique lo contrario. Los gastos incurridos en el **país de residencia** están sujetos al deducible en el **país de residencia**. Los gastos incurridos fuera del **país de residencia** están sujetos al deducible fuera del **país de residencia**.

DEPENDIENTE

Cualquier otra persona diferente del **Asegurado Titular** cubierta bajo esta **póliza** y, nombrada en las **Condiciones Particulares**.

DONANTE

Persona viva o fallecida de quien se ha removido uno o más órganos o tejido para ser trasplantados en el cuerpo de otra persona (receptor).

EMERGENCIA

Enfermedad o dolencia que se manifiesta por **signos** o **síntomas** agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida y/o integridad física del **asegurado** si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.

ENDOSO

Documento que forma parte integrante de la **póliza** que puede ser emitido con posterioridad al inicio de vigencia y que aclara, explica o modifica las Condiciones Generales. Lo estipulado en un endoso siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.

ENFERMEDAD CATASTRÓFICA

Es aquella que cumple con las siguientes características:

- Que implique un alto riesgo para la vida de la persona;
- Que sea una **enfermedad** crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente, y
- Que su **tratamiento** pueda ser programado o que el valor promedio de su **tratamiento** mensual sea mayor al determinado en el Acuerdo Ministerial de la Autoridad Sanitaria.

ENFERMEDAD EPIDÉMICA

La incidencia de más casos de lo esperado de cierta **enfermedad** o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América, o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local) donde se desarrolle la epidemia. Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.

ENFERMEDAD O DOLENCIA

Es la alteración en la salud del **asegurado** que ha sido diagnosticada por un **médico o doctor** legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.

ENFERMEDAD PANDÉMICA

Una **enfermedad epidémica** que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.

ENFERMEDADES RARAS Y HUÉRFANAS

Las **enfermedades** raras o huérfanas, incluidas las de origen genético, son aquellas **enfermedades** potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y de alta complejidad.

ENFERMERO(A)

Profesional autorizado por la Autoridad Sanitaria Nacional o por la autoridad competente del país donde se proporciona el servicio para proporcionar cuidados a enfermos.

EQUIPO MÉDICO DURABLE (EMD) Y SUMINISTROS DE LOS EQUIPOS

El equipo médico durable (EMD) es equipo **médicamente necesario** que provee beneficios terapéuticos al individuo y le permite realizar tareas que de otra forma y debido a ciertas condiciones médicas o **enfermedades** no podría realizar. El EMD debe cumplir con las siguientes características: (a) ser ordenado por un **médico**, (b) ser resistente al uso prolongado, (c) ser usado para un propósito médico y (d) ser apropiado para utilizarlo en casa y/o para que permitan al individuo la realización de actividades diarias.

ESPECIALISTA

Un cirujano, anestesiólogo u otro profesional de la medicina que no sea un médico general y tenga idoneidad para ejercer la correspondiente especialidad o rama de la medicina, así como un **médico o doctor** que esté legalmente calificado para practicar la cirugía después de graduarse de una escuela médica reconocida por las autoridades relevantes del país en el que el **tratamiento** sea proporcionado y debe contar con una certificación en el ramo de especialización del **tratamiento** de la **enfermedad o dolencia o lesión** que sea tratado.

ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE

Un estado de pérdida de conciencia profundo, sin **signos** de conciencia o de funcionalidad mental, incluso si la persona puede abrir los ojos o respirar por sus propios medios, y cuando la persona no responde a estímulos tales como al llamarle por su nombre o por tacto. El estado vegetativo debe haber permanecido de esta manera por 4 (cuatro) semanas sin **signos** de mejoría después de que todos los intentos razonables para mejorar esta condición han sido agotados.

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO

Investigaciones médicas como radiografías o exámenes de sangre para encontrar la causa de los **síntomas** de un paciente.

FECHA DE ANIVERSARIO

Ocurrencia anual de la **fecha del inicio de vigencia**.

FECHA DE RENOVACIÓN

El primer día del siguiente **año póliza**. La **renovación** ocurre solamente en la **fecha de aniversario** de la **póliza**.

FECHA DE VENCIMIENTO

La fecha en que la prima vence y debe pagarse.

FECHA DEL INICIO DE VIGENCIA

Fecha en que comienza la cobertura, tal como aparece en las **Condiciones Particulares**.

FONOAUDIÓLOGO

Profesional calificado ante la autoridad nacional competente, o ante la autoridad competente donde proporcione el tratamiento o servicio, que trata los trastornos de la comunicación, mejorando la calidad de vida de personas con trastornos del habla, del lenguaje y del tragar en etapas distintas, desde la niñez hasta la edad adulta. Debe estar debidamente entrenado y legalmente calificado ante la autoridad nacional competente, o ante la autoridad competente donde se proporcione el tratamiento o servicio para terapia relacionada con **enfermedades o dolencias** del habla y debe tener los permisos para realizar su profesión por parte de las autoridades competentes en el país en donde esté prestando el **tratamiento**.

HOSPITAL O CLÍNICA

Cualquier institución legalmente autorizada como centro médico o quirúrgico en el país donde opera, y que (a) está primordialmente dedicada a proporcionar instalaciones para diagnósticos clínicos y quirúrgicos, y para el **tratamiento** y cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de **médicos o doctores**, y (b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados por largo plazo.

HOSPITALIZACIÓN

Ingreso del **asegurado** a una instalación hospitalaria por más de veintitrés (23) horas para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la **enfermedad o dolencia** también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El **tratamiento** que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.

LESIÓN

Daño causado al organismo por una causa externa.

LÍMITE MÁXIMO

Se establece en la **Tabla de Beneficios** como la cantidad máxima acumulada por cada **año póliza** que el **asegurado** podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que haya tenido cobertura para determinado **accidente, tratamiento, enfermedad o dolencia**, de acuerdo con las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales de la **póliza**.

MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE VIDA

Cualquier proceso, técnica, medicamento o intervención médica recibida por un paciente para prolongar su vida artificialmente.

MÉDICAMENTE NECESARIO

El **tratamiento**, servicio o suministro médico que es determinado por la **Compañía** como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o **tratamiento** de una **enfermedad o dolencia o lesión** y que esté de acuerdo con protocolos nacionales e internacionales establecidos por los organismos competentes. El **tratamiento**, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si: (a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el **asegurado**, la familia del **asegurado** o el proveedor del servicio (por ejemplo, un **enfermero(a)** privado(a), la sustitución de una habitación estándar por una suite o júnior suite); (b) No es apropiado para el diagnóstico o **tratamiento** del **asegurado**; (c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o **tratamiento** adecuado; (d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (organismo regulador competente).

MÉDICO O DOCTOR

Profesional idóneo y debidamente autorizado para practicar la medicina en el país donde se proporciona el **tratamiento** y mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión.

NUTRICIONISTA

Profesional que debe estar entrenado adecuadamente y legalmente calificado ante la autoridad nacional competente, o ante la autoridad competente donde proporcione el tratamiento o servicio y permitido para realizar sus prácticas por las autoridades relevantes del país en donde se esté recibiendo el **tratamiento**.

OPERACIÓN QUIRÚRGICA

Un procedimiento médico que involucra el uso de instrumentos o equipo quirúrgico.

PACIENTE AMBULATORIO

Persona que recibe un **tratamiento** que por razones médicas requiere ocupar una cama de **hospital** únicamente durante el día.

PAÍS DE NACIONALIDAD

El país que le ha otorgado nacionalidad al **Asegurado Titular** y que éste ha especificado en la solicitud, o el que se le haya informado posteriormente a la **Compañía** por escrito.

PAÍS DE RESIDENCIA

El país de origen o donde las autoridades competentes (como autoridades migratorias) le han otorgado residencia al Asegurado Titular y que éste ha especificado en la solicitud, o el que se le haya informado posteriormente a la **Compañía** por escrito.

PERÍODO DE CARENCIA

Algunos beneficios están sujetos a períodos de carencia. Esto significa que el **asegurado** no podrá presentar una reclamación por servicios relacionados con dichos beneficios que se hayan realizado antes de que haya sido completado el **período de carencia** correspondiente indicado en la **Tabla de Beneficios**.

PERÍODO DE GRACIA

Plazo de treinta (30) días que concede la **Compañía** siguientes a cada uno de los vencimientos para el pago de las primas vencidas. Durante este período, el **asegurado** tendrá derecho a cobertura y al pago de beneficios cubiertos bajo la **póliza**.

PÓLIZA

Su **contrato** de seguro con la **Compañía**, incluyendo las Condiciones Generales, las **Condiciones Especiales** y las **Condiciones Particulares**.

PRUEBA CLÍNICA REGISTRADA

Cualquier prueba clínicamente controlada y éticamente aprobada que esté incluida en un registro de información nacional o internacional de pruebas clínicas.

PSIQUIATRA, PSICÓLOGO Y PSICOTERAPEUTA

Profesional idóneo y legalmente calificado y que cuenta con licencia para ejercer la psiquiatría, la psicología o la psicoterapia por las autoridades relevantes del país en donde el paciente esté recibiendo el **tratamiento**.

QUINESIÓLOGO

Profesional calificado en procedimientos terapéuticos encaminados a restablecer la normalidad de los movimientos del cuerpo humano.

RECIÉN NACIDO

Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.

RED DE PROVEEDORES: INTERNACIONALES DE BUPA

Grupo de **médicos y hospitales** fuera del Ecuador aprobados y contratados para tratar a **asegurados** en nombre de la **Compañía**. La lista de **hospitales y médicos** en la red de proveedores internacionales de Bupa está disponible en la **Compañía** o en su página de Internet y la cual tendrá validez por el año de vigencia de la **póliza**. En Ecuador, no aplica red de proveedores ya que es de libre elección.

REHABILITACIÓN (REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA)

Tratamiento o una combinación de varios **tratamientos** de terapias como física, ocupacional, cardíaca y del habla que buscan restaurar la función completa después de un evento crítico.

RENOVACIÓN

Cada aniversario de la fecha en que el **Asegurado Titular** contrató la **póliza** de seguro.

RESIDENTE

Persona que reside en un país temporalmente con visa de trabajo o de estudios, o permanentemente con autorización de las autoridades migratorias correspondientes en dicho país.

SIGNOS

Son las manifestaciones visibles de una **enfermedad o dolencia** constatadas por el **médico o doctor** tratante.

SÍNTOMA

Referencia que da un **asegurado** al **médico o doctor** tratante, por la percepción o cambio que reconoce como anómalo o causado por un estado patológico.

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD

Declaración escrita en un formulario por el solicitante con información sobre sí mismo y sus **dependientes**, usada por la **Compañía** para determinar la aceptación del riesgo. La solicitud de seguro de salud incluye cualquier declaración verbal hecha por el solicitante durante una entrevista médica realizada por la **Compañía**, su historial médico, cuestionarios, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, la **Compañía** antes de la emisión de la **póliza**.

SUMA ASEGURADA

Monto en dólares americanos asignada por **asegurado** y por **año póliza**, sujeto a los límites de cobertura que se estipulan en la **póliza**, para cubrir vía reembolso o pago directo a los prestadores de servicios, los gastos médicos en los que incurra el **asegurado** en la vigencia en curso, tanto en el territorio de Ecuador como en el extranjero, por **accidentes, enfermedades o dolencias** cubiertos bajo la **póliza**, de acuerdo con las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales, **Condiciones Especiales** y **Condiciones Particulares** de la **póliza**. La suma asegurada para la reclamación en curso será la suma asegurada por **año póliza**, reducida por los pagos que se hubiesen efectuado por los diferentes **accidentes, enfermedades o dolencias** cubiertas, ocurridos durante el mismo **año póliza**. Al concretarse la **renovación** de la **póliza**, se establecerá una nueva suma asegurada por **asegurado**, por **año póliza**, para los gastos incurridos por **accidentes, enfermedades o dolencias** cubiertas por la **renovación** en curso, así como a los gastos incurridos en esta nueva vigencia, por **accidentes, enfermedades o dolencias** cubiertas en las vigencias previas, aún para aquellos **accidentes, enfermedades o dolencias** cubiertas que por sí mismos hubieran agotado la suma asegurada por **asegurado**, por **año póliza**.

TABLA DE BENEFICIOS

Listado que forma parte de las Condiciones Generales de la **póliza** que incluye los **beneficios cubiertos** y las cantidades máximas que serán pagados una vez que superen el **deducible** anual aplicable detallado en las **Condiciones Particulares**.

TÉCNICO DE LA SALUD O ASISTENTE DE ENFERMERÍA

Los técnicos de la salud o asistentes de enfermería generalmente realizan trabajos de preparación para un(a) **enfermero(a)**, como tomar la temperatura y la presión arterial del paciente. También ayudan al paciente a alimentarse, asearse y vestirse, realizando tareas de soporte para pacientes que no necesitan atención médica constante, pero requieren de **cuidado asistencial** para realizar ciertas actividades de la vida diaria.

TERAPEUTA (TERAPEUTA OCUPACIONAL)

Un terapeuta ocupacional, fisioterapeuta u ortopedista legalmente calificado para practicar como tal en el país en donde el **asegurado** esté recibiendo el **tratamiento**.

TRASPLANTE

Procedimiento mediante el cual un órgano, célula (por ejemplo, célula madre, médula ósea, etc.) o tejido es implantado de una parte a otra, o de un individuo a otro de la misma especie, o cuando un órgano, célula, o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.

TRATAMIENTO

Servicios quirúrgicos o médicos (incluyendo exámenes médicos tales como **exámenes de diagnóstico**, de laboratorio, gabinete e imagenología) para tratar una **lesión, enfermedad o dolencia** con el objeto de que el **asegurado** recupere o conserve su estado de salud, o que restaure su estado de salud previo.

TRATAMIENTO AMBULATORIO

Tratamiento suministrado en el **hospital**, consultorio, oficina del **médico o doctor**, o **clínica** para pacientes ambulatorios en donde el **asegurado** no se quede durante la noche o como un paciente durante el día para recibir el **tratamiento**.

TRATAMIENTO DE EMERGENCIA

Atención o servicios **médicamente necesarios** debido a una condición que se manifiesta por **signos o síntomas** agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida o integridad física del **asegurado** si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO Y/O PSICOLÓGICO

Tratamiento de una **enfermedad o dolencia** mental, incluyendo desórdenes alimenticios.

USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE

Es el costo máximo que la **Compañía** pagará por todos los gastos médicos que se generen por un **tratamiento** médico, tales como honorarios médicos y quirúrgicos, hospitalarios o aquellos derivados de cualquier otro tipo de gasto cubierto bajo la **póliza**, el cual será determinado de acuerdo con los tabuladores que la **Compañía** tiene convenidos con los **hospitales** y/o proveedores, de acuerdo al área geográfica y los usos de la plaza donde se realice el **tratamiento**.

4. VIGENCIA

4.1 COMIENZO Y FIN DE LA COBERTURA

Sujeto a las Condiciones Generales de esta **póliza**, la cobertura comienza a las 00:01 horas de la **fecha del inicio de vigencia** indicada en **las Condiciones Particulares** y termina a las 24:00 horas del día indicado en las **Condiciones Particulares** como fecha de expiración de vigencia, siempre que el **contratante** haya pagado la prima o primera fracción de dicha prima.

5. ELEGIBILIDAD

5.1 CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD

La **póliza** solamente puede ser emitida a **residentes** del territorio de la República del Ecuador con una edad mínima de dieciocho (18) años, excepto para **dependientes** elegibles. No hay edad máxima de suscripción o de **renovación** para **asegurados** ya cubiertos bajo la **póliza**. Los **asegurados** con visa de trabajo, visa de estudiante u otro tipo de estadía temporal en los Estados Unidos de América pueden recibir cobertura bajo ciertas condiciones siempre y cuando la residencia permanente del **Asegurado Titular** se mantenga en la República del Ecuador.

Los **dependientes** elegibles incluyen al cónyuge o **conviviente** del **Asegurado Titular** y a los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros, o menores para quienes el **Asegurado Titular** ha sido designado tutor legal por una corte de jurisdicción competente, que sean solteros, que hayan sido identificados en la **solicitud de seguro de salud** y para quienes se proporciona cobertura bajo la **póliza**.

La cobertura de esta **póliza** está disponible para los hijos **dependientes** del **Asegurado Titular** hasta los diecinueve (19) años, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años, si son solteros y declaran ser estudiantes de tiempo completo al momento que la **póliza** es emitida o renovada. La cobertura para dichos **dependientes** continúa hasta la siguiente **fecha de aniversario** de la **póliza** a partir de que cumplieron las edades máximas para ser considerados como **dependientes** según sea el caso concreto.

Los **dependientes** que estuvieron cubiertos bajo una **póliza** anterior con la **Compañía** y que son elegibles para cobertura bajo su propia **póliza**, serán aprobados sin la necesidad de una nueva evaluación de riesgo para una **póliza** con un plan de **deducibles** igual o mayor, bajo las mismas condiciones y restricciones o exclusiones existentes en la **póliza** anterior bajo la cual tuvieron cobertura, sirviendo como base para esta nueva **póliza** las declaraciones vertidas en la solicitud que dio origen a la primera **póliza**, mismas que deberán ser ratificadas por el ahora **Asegurado Titular** antes de terminar el **período de gracia** para el pago de la **póliza** bajo la cual tuvo cobertura como **dependiente**. Lo anterior siempre y cuando el **dependiente** solicite su **póliza** con la **Compañía** dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a que dejó de ser integrante de la **póliza** original.

Si un(a) hijo(a) **dependiente** contrae matrimonio, deja de ser estudiante de tiempo completo después de cumplir los diecinueve (19) años de edad, o se muda a otro **país de residencia**, o si el (la) cónyuge **dependiente** deja de estar casado(a) con el **Asegurado Titular** por razón de divorcio o anulación de matrimonio, la cobertura para dicho **dependiente** terminará en la fecha del siguiente aniversario o **renovación** de la **póliza**, la que ocurra primero.

5.2 INCLUSIÓN DE DEPENDIENTE

El **Asegurado Titular** puede solicitar la inclusión de su cónyuge o **conviviente** e hijo(s) como **dependientes** bajo su **póliza** en cualquier momento, quienes estarán cubiertos a partir de la fecha indicada en las **Condiciones Particulares** que la **Compañía** extiende al **Asegurado Titular**. Para solicitarlo, deberá llenar una **solicitud de seguro de salud**, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo, y de ser el caso, aplicará la cobertura para **condiciones preexistentes** y de acuerdo con lo indicado en las **condiciones particulares** de la **póliza**. El realizar una evaluación de riesgo no significa que se va a negar la cobertura.

Si el **Asegurado Titular** solicita agregar un **dependiente** a su **póliza**, la **Compañía** evaluará el historial médico de dicha persona. El **Asegurado Titular** deberá pagar una prima adicional por dicho **dependiente**.

5.3 ELIMINACIÓN DE DEPENDIENTE

Si el **Asegurado Titular** ha agregado a un **dependiente** a su **póliza**, también podrá cancelar esa adición notificando a la **Compañía** dentro de los treinta (30) días después de haber recibido las **Condiciones Particulares** que incluye al nuevo **dependiente**. Siempre y cuando no se haya presentado una reclamación válida para dicho **dependiente** o dicho **dependiente** no haya recibido ningún beneficio bajo esta **póliza**, la **Compañía** reembolsará al **Asegurado Titular** la cantidad completa de la prima adicional que el **Asegurado Titular** haya pagado.

5.4 DERECHO DE NO EMITIR UNA PÓLIZA

La **Compañía** se reserva el derecho de no emitir una **póliza** si las obligaciones de la **Compañía** y las de sus compañías afiliadas estén prohibidas por las leyes aplicables vigentes, o si emitir dicha **póliza** infringe de cualquier manera las leyes aplicables vigentes a la **Compañía** o a cualquiera de las entidades relacionadas a la **Compañía**.

6. SUMA ASEGURADA

La **suma asegurada** establecida en las **Condiciones Particulares** para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la **póliza** aplica por **asegurado**, por **año póliza**.

6.1 LÍMITES DE LOS BENEFICIOS

Todos los límites de los beneficios se aplican de forma individual para cada **asegurado**. Algunos límites aplican por **año póliza**, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, el beneficio ya no estará disponible hasta que se renueve la **póliza** de seguro. Otros límites y sub-límites, tal como se describen en el numeral 1.1 de las Condiciones Generales, aplican

de forma vitalicia, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, no se pagarán más beneficios, independientemente de la **renovación** de la **póliza**.

7. DEDUCIBLE

Se entiende por **deducible** la cantidad de gastos cubiertos que debe ser pagada por el **Asegurado Titular** antes de que los beneficios de la **póliza** sean pagaderos. Los gastos incurridos en el Ecuador están sujetos al **deducible** en este país. Los gastos incurridos fuera del Ecuador están sujetos al **deducible** fuera del **país de residencia**. Su **póliza** contempla el pago de un **deducible** anual obligatorio dentro del **país de residencia** y otro fuera del **país de residencia**, por cada **año póliza**, según el plan seleccionado por el Asegurado Titular, los cuales están especificados en las **Condiciones Particulares**.

Los **deducibles** anuales aplican por separado al **Asegurado Titular** y a cada uno de sus **dependientes**. Tanto el **Asegurado Titular** como cada uno de sus **dependientes** deberán cubrir los **deducibles** anuales correspondientes, los cuales son reinstalables cada **año póliza**.

El **Asegurado Titular** será responsable por el pago del **deducible** anual correspondiente a cada **asegurado** cubierto bajo su **póliza** directamente al proveedor hasta alcanzar el total del **deducible** anual correspondiente. Deberá cubrirse el **deducible** antes de que inicie la responsabilidad de la **Compañía** de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes hasta el límite de la **suma asegurada**. En caso de **pólizas** en las que exista más de dos **asegurados**, todas las cantidades correspondientes al pago de **deducibles** se acumulan hasta un total máximo por **póliza** equivalente a la suma de dos (2) **deducibles** individuales por **año póliza**. Todos los **asegurados** bajo la **póliza** contribuyen para alcanzar las cantidades máximas de los **deducibles** dentro y fuera del **país de residencia**. Una vez que las cantidades máximas correspondientes al **deducible** por **póliza** han sido alcanzadas, la **Compañía** considerará como alcanzada también la responsabilidad individual de cada **asegurado** por concepto de **deducible**.

Los costos por encima de las cantidades máximas especificadas en la **Tabla de Beneficios** no se tomarán en cuenta para el cálculo del **deducible** anual.

Aun cuando la cantidad que el **Asegurado Titular** esté reclamando sea menor que el total del **deducible** anual, el **Asegurado Titular** debe enviar a la **Compañía** su reclamación para que la **Compañía** sepa cuándo el **asegurado** correspondiente ha cubierto su **deducible** anual.

Los gastos elegibles cuya fecha de servicio haya iniciado durante los últimos tres (3) meses del **año póliza** que sean utilizados para satisfacer el **deducible** correspondiente para ese **año póliza**, serán aplicados al **deducible** del **asegurado** para el siguiente **año póliza**.

En caso de **accidente**, no se aplicará **deducible** en los gastos incurridos durante el **año póliza** en que ocurrió el **accidente**.

7.1 OPCIONES DE DEDUCIBLE

| Plan | Dentro del país de residencia | Fuera del país de residencia |
|------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 | US\$250 | US\$5,000 |
| 2 | US\$2,000 | US\$2,000 |
| 3 | US\$5,000 | US\$5,000 |
| 4 | US\$10,000 | US\$10,000 |
| 5 | US\$20,000 | US\$20,000 |

8. OMISIÓN, DECLARACIONES FALSAS Y/O INEXACTAS

8.1 DECLARACIÓN FALSA

La **Compañía** puede cancelar o rescindir una **póliza** si existe evidencia de que el **Asegurado Titular** o cualquiera de sus **dependientes** han engañado o tratado de engañar a la **Compañía**. Esto incluye el proporcionar información falsa o inexacta y ocultar información necesaria para la **Compañía**, o trabajar con terceras personas para que éstas proporcionen información falsa a la **Compañía**, ya sea intencionalmente o por descuido, cuando dicha información pueda influenciar la decisión de la **Compañía** al decidir:

- Si un **asegurado** puede agregarse a la **póliza** como **dependiente**.
- La cantidad de la prima que el **Asegurado Titular** debe pagar.
- Si la **Compañía** debe pagar cualquier reclamación.

8.2 REPRESENTANTE DEL ASEGURADO TITULAR O DEL DEPENDIENTE

En este numeral 8, cuando se hace referencia al **Asegurado Titular**, se incluye también a cualquier persona que actúa en su representación, y cuando se hace referencia a cualquier **dependiente**, se incluye a cualquier persona que actúa en representación de dicho **dependiente**.

8.3 DILIGENCIA EN ENTREGA DE INFORMACIÓN VERAZ

El **Asegurado Titular** y cualquiera de sus **dependientes** deberán actuar de manera responsable para asegurarse de que todos los hechos e información que se hayan proporcionado a la **Compañía** sean precisos y veraces y estén completos al momento de presentar la **solicitud de seguro de salud** y para cualquier **renovación**, extensión o modificación a esta **póliza**. El **Asegurado Titular** deberá notificar a la **Compañía** sobre cualquier variación en cualquier dato que se haya proporcionado en la solicitud inicial antes de que inicie la cobertura de la **póliza**.

El **Asegurado Titular** (o cualquier persona actuando en su representación) deberá tener especial cuidado y diligencia en el **tratamiento** de la información de los **dependientes** que le sea proporcionada a la **Compañía**.

8.4 SUPUESTOS DE PROPORCIÓN DE INFORMACIÓN INCORRECTA O INCOMPLETA

La **Compañía** se reserva el derecho de hacer cumplir lo que se establece en el numeral 8.5 a continuación si el **Asegurado Titular** o cualquiera de sus **dependientes**:

- deliberadamente o por descuido proporciona información incorrecta o incompleta a la **Compañía**, y/o
- no toma las precauciones necesarias para proporcionar información exacta y completa a la **Compañía** (por ejemplo, si el **asegurado** responde una pregunta incorrectamente o descuidadamente) en circunstancias en las cuales la **Compañía** habría decidido no emitir, renovar, extender o modificar esta **póliza** para el **asegurado** si la **Compañía** hubiese contado con la información correcta.

8.5 DERECHO A CANCELAR O DEJAR SIN EFECTO LA PÓLIZA

En los casos donde aplique lo establecido en el numeral 8.4 anterior:

- cuando el **Asegurado Titular** ha faltado en el cumplimiento de lo establecido en el numeral 8.3, la **Compañía** se reserva el derecho de cancelar esta **póliza**. Esto significa que la **Compañía** considerará esta **póliza** sin validez a partir de la fecha de emisión, o de la **fecha de renovación**, o de la fecha del cambio, según sea el caso;
- cuando solamente uno de los **dependientes** ha faltado en el cumplimiento de lo establecido en el numeral 8.3, la **Compañía** se reserva el derecho de considerar sin validez la parte de la **póliza** que proporciona cobertura a dicho **dependiente**. Esto significa que la **Compañía** considerará a dicho **dependiente** sin cobertura válida bajo esta **póliza** a partir de la fecha de inicio de cobertura, o de la **fecha de renovación** de la cobertura, o de la fecha del cambio, según sea el caso.

8.6 OTRAS ACCIONES ANTE LA FALTA DE DECLARACIÓN OBJETIVA DEL ESTADO DE RIESGO

Cuando el **Asegurado Titular** ha fallado en ejercer las precauciones necesarias para proporcionar a la **Compañía** la información requerida, pero no aplica lo establecido en el numeral 8.4, y la **Compañía** habría proporcionado cobertura bajo términos y condiciones diferentes si hubiese contado con la información correcta y completa, entonces:

- La **Compañía** se reserva el derecho de considerar esta **póliza** como si hubiese contenido dichos términos y condiciones (diferentes de los términos relacionados con su prima). En esas circunstancias, la **Compañía** solamente pagará una reclamación cuando ésta hubiese sido cubierta por una **póliza** que incluya los términos y condiciones diferentes que la **Compañía** hubiera estipulado, y
- La **Compañía** se reserva el derecho de reducir la cantidad pagadera por una reclamación si la **Compañía** hubiese cobrado una prima más alta. En esas circunstancias, la reclamación será reducido proporcionalmente, basado en la cantidad de la prima que la **Compañía** hubiese cobrado. Por ejemplo, la **Compañía** solamente pagaría la mitad de la reclamación si la **Compañía** hubiese cobrado el doble de la prima.

8.7 INFORMACIÓN INCORRECTA O INCOMPLETA DE UNO DE LOS DEPENDIENTES

Cuando solamente uno de los **dependientes** ha fallado en ejercer las precauciones necesarias para proporcionar a la **Compañía** la información requerida, pero no aplica lo establecido en el numeral 8.4, y la **Compañía** hubiese proporcionado cobertura para ese **dependiente** bajo términos y condiciones diferentes si hubiese contado con la información correcta y completa, entonces:

- La **Compañía** se reserva el derecho de considerar esta **póliza** como si hubiese contenido dichos términos y condiciones (diferentes de los términos relacionados con su prima). En esas circunstancias, la **Compañía** solamente pagará una reclamación cuando ésta hubiese sido cubierta por una **póliza** que incluya los términos y condiciones diferentes que la **Compañía** hubiera estipulado, y
- La **Compañía** se reserva el derecho de reducir la cantidad pagadera por una reclamación por servicios recibidos por dicho **dependiente** si la **Compañía** hubiese cobrado una prima más alta para dicho **dependiente**. En esas circunstancias, la reclamación será reducida proporcionalmente, basado en la cantidad de la prima que la **Compañía** hubiese cobrado. Por ejemplo, la **Compañía** solamente pagaría la mitad de la reclamación si la **Compañía** hubiese cobrado el doble de la prima.

8.8 De acuerdo con lo indicado en el Código de Comercio, aquellas circunstancias que de ser conocidas por la **Compañía** la hubieran hecho desistir de la celebración del **contrato**, o induciéndola a estipular condiciones más gravosas, vician de nulidad relativa esta **póliza** con la salvedad prevista para el seguro de vida en el caso de inexactitud en la declaración de la edad del **asegurado**. Esta nulidad se entiende saneada por el conocimiento de parte de la **Compañía** de las circunstancias encubiertas, antes de perfeccionarse el **contrato**, o después, si las acepta expresamente.

9. MODIFICACIÓN DEL ESTADO DE RIESGO

9.1 En caso de que la **Compañía** decida renovar esta **póliza**, no se agregará ninguna restricción o exclusión personal adicional a las que aparecen en las **Condiciones Particulares**, a menos que tenga pruebas suficientes que el riesgo ha sido agravado y estas circunstancias no hayan sido aceptadas expresamente por la **Compañía** durante el transcurso del **contrato**. Sin embargo, si el **Asegurado Titular** decide cambiar de plan de seguro, la **Compañía** se reserva el derecho de agregar restricciones o exclusiones personales.

10. PRIMA

10.1 PAGO DE LA PRIMA

El **Asegurado Titular** deberá pagar las primas directamente a la **Compañía**. Si el **Asegurado Titular** paga sus primas a otra persona, como un intermediario o corredor de seguros, la **Compañía** no se hace responsable de que dicha persona haga el pago correspondiente a la **Compañía**.

El **asegurado** debe cumplir con el pago total o primer pago fraccionado al momento de la emisión de la **póliza**. El incumplimiento de esto traerá consigo que la **póliza** no entre en vigencia y por tanto no haya cobertura sin necesidad de declaración judicial alguna.

10.2 PERÍODO DE GRACIA

Si la **Compañía** no recibe el pago de la prima (o cualquier porción del pago) o cualquier otro pago correspondiente a esta **póliza** que el **Asegurado Titular** deba a la **Compañía** en la **fecha de vencimiento** del pago, la **Compañía** concederá un **período de gracia** de treinta (30) días calendario a partir de la fecha establecida para que la prima sea pagada.

11. LIQUIDACIÓN DEL VALOR ASEGURADO POR FALLECIMIENTO

11.1 BENEFICIOS PENDIENTES DE PAGO

En caso de que el **Asegurado Titular** fallezca, la **Compañía** pagará cualquier beneficio pendiente de pago al heredero legal del **Asegurado Titular** declarado por tribunal competente. La **Compañía** deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la compensación antes de aprobar un pago directo o reembolsar al **Asegurado Titular**.

11.2 FALLECIMIENTO DE ASEGURADO TITULAR O DEPENDIENTE

Si el **Asegurado Titular** o cualquiera de sus **dependientes** fallecen, se le deberá notificar a la **Compañía** dentro de los treinta (30) días siguientes.

Al fallecimiento del **Asegurado Titular**, cualquier adulto **dependiente** podrá solicitar convertirse en **Asegurado Titular** por su propio derecho, e incluir a sus propios **dependientes**.

Si un **dependiente** fallece, su cobertura bajo esta **póliza** terminará, y si no se ha presentado una reclamación válida para dicho **dependiente** o dicho **dependiente** no haya recibido ningún beneficio bajo esta **póliza**, la **Compañía** reembolsará la parte de la prima correspondiente a dicho **dependiente** que el **Asegurado Titular** haya pagado para el período siguiente a la terminación de la cobertura.

12. RENOVACIÓN

Si la **póliza** es renovada, se forma un nuevo **contrato** bajo los mismos términos que el **año póliza** anterior, pero con una nueva prima, si así aplicara y cualquier enmienda que le haya sido notificada al **Asegurado Titular** en el momento de la **renovación**.

12.1 CAMBIO DE TARIFA DE PRIMAS

La **Compañía** informará al **Asegurado Titular** si esta **póliza** está disponible para **renovación** para el siguiente **año póliza** con anticipación a la **fecha de renovación**.

Cada **año póliza**, la **Compañía** podrá cambiar la forma como calcula las primas, como determina las primas, el monto que el **Asegurado Titular** debe pagar y el método de pago. La **Compañía** también podrá cambiar los beneficios que están cubiertos y los límites de dichos beneficios, y los términos y condiciones de esta **póliza**. No se realizarán incrementos adicionales a las tarifas o primas ante el apareamiento de enfermedades crónicas y catastróficas, sobrevinientes a la contratación; tampoco se negará la renovación de la **póliza** por dichas causas.

La **Compañía** enviará al **Asegurado Titular** una notificación con no menos de treinta (30) días de anticipación a la **fecha de renovación**, la cual incluirá detalles sobre la nueva prima, cualquier cambio en la **póliza** a renovar, y la razón de dichos cambios. Si el **Asegurado Titular** decide no renovar su **póliza**, deberá contactar a la **Compañía** durante los treinta (30) días siguientes a la fecha de inicio de la **renovación** de la **póliza**.

A menos que el **Asegurado Titular** se comunique con la **Compañía** para expresar su deseo de no renovar la **póliza**, la **Compañía** considerará que el **asegurado** ha aprobado dichos cambios y continuará procesando el pago de la prima usando los detalles de pago que el **Asegurado Titular** haya proporcionado a la **Compañía**.

12.2 CONDICIONES DE RENOVACIÓN

Conforme a las disposiciones aplicables, la **Compañía** no podrá negar la renovación de la **póliza** por motivo de siniestralidad o edad, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas en los plazos estipulados, salvo que el **Asegurado Titular** y/o **contratante** notifiquen de manera fehaciente su voluntad de no renovar la **póliza** cuando menos treinta (30) días hábiles antes de la **fecha de vencimiento** de la **póliza**. La **renovación** se realizará en condiciones de aseguramiento similares con las originalmente contratadas y debidamente registradas y autorizadas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

La **Compañía** informará al **Asegurado Titular** y/o **contratante** con al menos treinta (30) días hábiles de anticipación a la **fecha de renovación** de la **póliza**, los valores de la prima y el **deducible** correspondiente. En cada **renovación** se aplicará el **deducible** contratado que corresponda al plan si el **Asegurado Titular** y/o **contratante** no realiza alguna petición de cambio de dicho concepto, y se renovará en los términos y condiciones similares al plan original.

En caso de que el **asegurado** cambie de residencia u ocupación, la **renovación** de la **póliza** quedará sujeta a la aprobación de la **Compañía**.

12.3 AVISO DE CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA

Las notificaciones por Morosidad y Aviso de Cancelación por incumplimiento por parte del **asegurado** se enviarán a la última dirección que aparezca registrada en los archivos de la **Compañía**, con copia al corredor de seguros, si hubiere y con una antelación de quince (15) días hábiles a la finalización del período de gracia. Una vez finalizado este período de (15) días, se entenderá que la **póliza** está cancelada de pleno derecho y la **Compañía** no tendrá obligación alguna con el **asegurado** a partir de este momento.

En caso de que la **Compañía** no haga la notificación del Aviso de Cancelación al **asegurado** de conformidad con la ley vigente, el **contrato** de seguros subsistirá y se aplicará lo que dispone el Código de Comercio, el Código Orgánico Monetario y Financiero (Libro III: Ley General Seguros), publicado en el registro oficial No. 332, del 12 de septiembre del 2014, y la Codificación de Resoluciones emitido por la Superintendencia de Bancos y Junta Bancaria, o las leyes que los reformen o modifiquen.

12.4 NOTIFICACIONES

Cualquier cambio de dirección del **Asegurado Titular** y/o **contratante** deberá notificarlo a la **Compañía**; de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de ésta, tal como se especifica en el numeral 28.

13. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

En caso de existencia de otros seguros que proporcionen los beneficios cubiertos por esta **póliza**, el **asegurado** tendrá libre elección de hacer uso de cualquiera de ellos, según le convenga y la diferencia al otro seguro, de manera que el total pagadero no sobrepase el cien por ciento (100%) de los gastos incurridos; en ningún caso los beneficios de esta **póliza** podrán duplicarse, acumularse, excederse del máximo estipulado en las **Condiciones Particulares** de esta **póliza**. El incumplimiento de esta condición priva al **asegurado** de todo derecho a indemnización en caso de siniestro. Fuera del **país de residencia**, la **Compañía** funcionará como la principal compañía aseguradora, y retiene el derecho de recaudar el pago de cualquier otra compañía aseguradora. La siguiente documentación es necesaria para coordinar beneficios: La liquidación del siniestro y copia de las facturas pagadas por la compañía aseguradora local que contengan información sobre el diagnóstico, la fecha de servicio, el tipo de servicio y el monto cubierto.

14. TERMINACIÓN ANTICIPADA

14.1 TERMINACIÓN DE COBERTURA POR PARTE DEL ASEGURADO

El **Asegurado Titular** podrá cancelar su **póliza**, o la cobertura de cualquiera de sus **dependientes**, en cualquier momento por cualquier razón enviando una notificación a la **Compañía** dentro de los treinta (30) días de haber recibido su **póliza** o de su **fecha de renovación**, siempre y cuando no haya presentado una reclamación válida o recibido ningún beneficio bajo esta **póliza** durante el **año póliza** en curso. Si el **Asegurado Titular** cancela la **póliza** durante este período de treinta (30) días, la **Compañía** reembolsará al **Asegurado Titular** la cantidad completa de la prima pagada para ese **año póliza**. La **Compañía** no puede cancelar la cobertura de manera retroactiva. El **Asegurado Titular** es responsable por el pago de las primas hasta la fecha de la cancelación.

14.2 TERMINACIÓN POR PARTE DE LA COMPAÑÍA

14.2.1 RECLAMACIONES FRAUDULENTAS

En este numeral 14.2, cuando se hace referencia al **Asegurado Titular**, se incluye también a cualquier persona que actúa en su representación, y cuando se hace referencia a cualquier **dependiente**, se incluye a cualquier persona que actúa en representación de dicho **dependiente**.

14.2.2 ABSTENCIONES

El **Asegurado Titular** y cualquiera de sus **dependientes** deberán:

- abstenerse de hacer cualquier declaración fraudulenta o exagerada, o presentar una reclamación falsa bajo esta **póliza**;
- abstenerse de enviar a la **Compañía** documentos falsos o falsificados, así como cualquier otra evidencia falsa, o hacer declaraciones falsas o inexactas para procesar una reclamación, y/o
- abstenerse de proporcionar a la **Compañía** información cuando el **Asegurado Titular** o cualquiera de sus **dependientes** sepan que el no hacerlo facultará a la **Compañía** para denegar el pago de una reclamación bajo esta **póliza**.

En caso de no cumplimiento con lo establecido en este numeral, la **Compañía** se reserva el derecho de:

- negar el pago de una reclamación en su totalidad o parcialmente, y/o
- recuperar cualquier pago que la **Compañía** ya haya efectuado con respecto a determinada reclamación.

Adicionalmente, si el **Asegurado Titular** no cumple con lo establecido en este numeral, la **Compañía** se reserva el derecho de notificar al **Asegurado Titular** que su **póliza** ha sido cancelada por incumplimiento de lo establecido en este numeral, y de no reembolsar ninguna cantidad por concepto de pago de la prima.

Si solamente uno de los **dependientes** infringe lo establecido en este numeral, la **Compañía** se reserva el derecho de notificar al **Asegurado Titular** que la cobertura bajo esta **póliza** del **dependiente** en particular ha terminado por incumplimiento de lo establecido en este numeral, y de no reembolsar ninguna cantidad por concepto de pago de la prima para este **dependiente**.

14.2.3 SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD FALSA, INCOMPLETA O FRAUDULENTA

La **Compañía** se reserva el derecho de cancelar, modificar o rescindir la **póliza** si se descubre que las declaraciones en la **solicitud de seguro de salud** son falsas, incompletas o que se ha cometido fraude.

14.2.4 CANCELACIÓN POR POSIBLE INFRACCIÓN DE LEY U ORDEN JUDICIAL

La **Compañía** podrá dar por terminada esta **póliza** inmediatamente si considera que el continuar proporcionando cobertura la **Compañía** y/o el **Asegurado Titular** pueda infringir cualquier ley, regulación, código u orden judicial.

14.2.5 CANCELACIÓN POR PROHIBICIÓN DE LEYES EXTRANJERAS E INTERNACIONALES

La **Compañía** se reserva el derecho de cancelar o rescindir una **póliza** si las obligaciones de la **Compañía** y las de sus compañías afiliadas estén prohibidas por las leyes aplicables vigentes, o si la misma infringe de cualquier manera las leyes aplicables vigentes a la **Compañía** o cualquier de las entidades relacionadas a la **Compañía**.

14.2.6 La **Compañía** puede cancelar una **póliza**:

- (a) Si el **Asegurado Titular** no paga la prima correspondiente al final del **período de gracia**, según lo estipulado en el numeral 10.2 de este documento.
- (b) Si un **asegurado** cambia su **país de residencia**, tal como se indica en el numeral 28.2 de este documento.

15. AVISO DE SINIESTRO

El **asegurado** deberá notificar a la **Compañía** para obtener pre-aprobación por cualquier beneficio cubierto cuando así se indique en la **Tabla de Beneficios**. El **asegurado** deberá obtener una pre-aprobación subsecuente si los servicios para el beneficio cubierto no se reciben dentro de los treinta y un (31) días siguientes a la fecha de la pre-aprobación original.

Se recomienda que el **asegurado** notifique a la **Compañía** por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico para recibir pre-aprobación y que la **Compañía** pueda coordinar el pago directo con el proveedor. El **tratamiento de emergencia** deberá ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes al inicio de dicho **tratamiento**.

Si el **asegurado** no notifica a la **Compañía** como se indica en este numeral, se aplicará un **coaseguro** adicional del treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos de médicos y **hospital** relacionados con la reclamación, además del **deducible** y el **coaseguro** del beneficio, si corresponden.

Los detalles sobre cómo obtener pre-aprobación para ciertos **beneficios cubiertos** están disponibles en la Guía de Bienvenida.

15.1 REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN

Antes de cualquier aprobación y/o de pagar cualquier reclamación, la **Compañía** podrá solicitar al **asegurado** la siguiente información:

- (a) Formulario de reclamación completo
- (b) Facturas originales
- (c) Receta médica
- (d) Pedido de exámenes
- (e) Resultados de exámenes
- (f) Historia clínica completa
- (g) Informes médicos
- (h) Certificado médico con inicio de síntomas de patología, evolución de la enfermedad, **tratamientos** recibidos
- (i) Facturas internacionales
- (j) Comprobantes de pago
- (k) Pedido de procedimiento firmado y sellado por **médico**
- (l) Presupuesto de honorarios médicos
- (m) Para cuidado en el hogar, certificado médico indicando propósito del cuidado, detalle de actividades que realizará el personal, duración del cuidado, tiempo requerido
- (n) Para terapias de rehabilitación, plan de **tratamiento** certificado indicando propósito de las terapias o rehabilitación, objetivos a alcanzarse, período de tiempo necesario, tipo de terapias, tiempo de cada terapia

La **Compañía** podrá requerir al **asegurado** que se realice exámenes médicos con el **médico** de la elección de la **Compañía** (bajo el costo de la **Compañía**), quien a su vez proporcionará a la **Compañía** un reporte médico sobre el estado de salud del **asegurado**.

Cuando la **Compañía** así lo solicite, el **asegurado** deberá firmar todos los formularios de autorización necesarios para que la **Compañía** obtenga tales resúmenes clínicos y reportes médicos de los proveedores de servicios que correspondan. El no cooperar con la **Compañía** en tiempo oportuno, o el no autorizar el acceso de la **Compañía** a los resúmenes clínicos y reportes médicos, podrá resultar en un retraso en la pre-aprobación, y consecuentemente, en el pago de la reclamación. Si el **asegurado** no coopera con la **Compañía** para proporcionarle toda la información necesaria para que la **Compañía** esté en posibilidades de apreciar correctamente el riesgo a cubrir, puede ser causa suficiente para que las obligaciones de la **Compañía** queden extinguidas, y por ende, la **Compañía** no estará obligada a cubrir los gastos reclamados.

15.2 OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO

15.2.1 DOCUMENTACIÓN PARA REEMBOLSO

El **asegurado** deberá presentar todos los formularios, autorizaciones y documentación requeridos para que la **Compañía** obtenga la información necesaria para procesar la solicitud de reembolso, tal como se establece en el numeral 15.1.

15.2.2 DEBIDA COLABORACIÓN

El **asegurado** deberá proporcionar a la **Compañía** cualquier ayuda necesaria para que la **Compañía** pueda gestionar dicha reclamación;

16. RECLAMACIÓN DE SINIESTROS

16.1 PRUEBA DE RECLAMACIÓN

El **Asegurado Titular** deberá someter prueba escrita de la reclamación, consistiendo dicha prueba en:

- (a) Formulario de reclamación completo
- (b) Facturas originales
- (c) Receta médica
- (d) Pedido de exámenes
- (e) Resultados de exámenes
- (f) Historia clínica completa
- (g) Informes médicos
- (h) Certificado médico con inicio de síntomas de patología, evolución de la enfermedad, **tratamientos** recibidos
- (i) Facturas internacionales
- (j) Comprobantes de pago
- (k) Pedido de procedimiento firmado y sellado por **médico**
- (l) Presupuesto de honorarios médicos

(m) Para cuidado en el hogar, certificado médico indicando propósito del cuidado, detalle de actividades que realizara el personal, duración del cuidado, tiempo requerido

(n) Para terapias de rehabilitación, plan de **tratamiento** certificado indicando propósito de las terapias o rehabilitación, objetivos a alcanzarse, período de tiempo necesario, tipo de terapias, tiempo de cada terapia

La información antes mencionada debe ser enviada al domicilio principal de la **Compañía**. El plazo para presentar cualquier reclamación bajo la presente **póliza** prescribe en ciento ochenta (180) días. El no cumplir con lo establecido en este numeral resultará en la denegación de la reclamación.

Se requiere completar un formulario de solicitud de reembolso por cada incidente para todas las reclamaciones presentadas.

16.2 PAGO DIRECTO AL PROVEEDOR

El objetivo de la **Compañía** es pagarle directamente al proveedor por cualquier beneficio cubierto bajo esta **póliza** cuando sea posible.

De lo contrario, el **asegurado** deberá pagar al proveedor directamente y posteriormente presentar la reclamación a la **Compañía**, adjuntando todas las facturas válidas, cartas relevantes y cualquier otro documento relacionado con la cobertura de los beneficios sobre los cuales el **asegurado** está presentando la reclamación. Cuando sea requerido por la **Compañía**, el **asegurado** deberá proporcionar las facturas originales.

La **Compañía** no está en posibilidad de regresar documentación original al **asegurado**; sin embargo, la **Compañía** podrá enviarle copia de los mismos.

16.3 REEMBOLSO

El reembolso corresponderá a la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y la **Compañía** y la tarifa **usual, acostumbrada y razonable** para esa área geográfica en particular. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del **Asegurado Titular**.

En casos de reembolso, la **Compañía** reembolsará al **Asegurado Titular**, salvo que formule objeciones, máximo hasta treinta (30) días después de que el Asegurado haya presentado la notificación sobre la ocurrencia del siniestro, aparejada de los documentos que establece esta **póliza** para probar la ocurrencia y cuantía de la pérdida.

La **Compañía** solamente procesa los pagos por transferencia electrónica a la cuenta bancaria del **asegurado** o por medio de un cheque pagadero al **Asegurado Titular**.

La **Compañía** cubrirá los costos administrativos de la transferencia bancaria. Si el banco local le cobra al **asegurado** un costo administrativo, la **Compañía** reembolsará dicha cantidad cuando el **asegurado** proporcione prueba de que ha pagado dicho costo. Cualquier otro cargo bancario, tal como costos por cambio de moneda, son responsabilidad del **asegurado**, a menos de que el **asegurado** haya pagado debido a un error de la **Compañía**.

16.4 MONEDA DE PAGO Y TIPO DE CAMBIO

La **Compañía** pagará las reclamaciones de servicios locales e internacionales en dólares americanos o en la moneda oficial del Ecuador. Cuando la **Compañía** convierta una moneda a otra, el tipo de cambio utilizado será el que corresponde a la fecha de servicio según lo indicado por la **Compañía** en su página web.

Cuando la **Compañía** convierta una moneda a otra, el tipo de cambio utilizado será el que corresponde a la fecha de servicio según lo indicado por la **Compañía** en su página web.

17. PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

17.1 FALTA DE COOPERACIÓN

Si el **asegurado** no coopera con la **Compañía** para proporcionarle toda la información necesaria para que la **Compañía** esté en posibilidades de apreciar correctamente el riesgo a cubrir, la **Compañía** no estará obligada a cubrir los gastos reclamados, tal como se indica en el numeral 15.1.

17.2 PRUEBA ESCRITA DE RECLAMACIÓN

Si el **asegurado** no presenta prueba escrita de la reclamación como se indica en el numeral 16.1, la reclamación podrá ser denegada.

17.3 PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUD DE REEMBOLSO

Si la **Compañía** recibe el formulario de solicitud de reembolso después de ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del **tratamiento** o servicio, la reclamación podrá ser denegada.

17.4 PROHIBICIÓN POR LEY

La **Compañía** no proporcionará cobertura o pagará ninguna reclamación bajo esta **póliza** si las obligaciones de la **Compañía** y las de sus compañías afiliadas estén prohibidas según las leyes aplicables vigentes. La **Compañía** generalmente informará al **Asegurado Titular** cuando éste sea el caso, excepto cuando esto sea prohibido por la ley o cuando esto comprometa las medidas de seguridad de la **Compañía**.

18. PAGO DE INDEMNIZACIÓN

18.1 PLAZO PARA PAGO DE INDEMNIZACIÓN

La **Compañía** pagará la indemnización correspondiente, salvo que formule objeciones, dentro de un máximo de treinta (30) días calendario después de que el **Asegurado Titular** haya presentado la solicitud de reembolso, junto con los documentos necesarios según el numeral 16.1 para probar la ocurrencia y cuantía de la pérdida.

18.2 Para que los beneficios sean pagaderos bajo esta **póliza**, los hijos **dependientes** que ya hayan cumplido los diecinueve (19) años de edad, deberán presentar un certificado de la universidad como evidencia de que en el momento de emitir la **póliza** o renovarla, dichos hijos **dependientes** son estudiantes de tiempo completo, así como también una declaración por escrito firmada por el **Asegurado Titular** confirmando que dichos hijos **dependientes** son solteros.

18.3 PAGOS DISCRECIONALES

Puede ser que en algunas ocasiones, la **Compañía** pague por servicios médicos o beneficios no cubiertos bajo esta **póliza**. Estos pagos son llamados pagos discrecionales o "ex gratia". Cualquier pago ex gratia se hará a única y a completa

discreción de la **Compañía** y el cual nunca sobrepasará la suma total asegurada correspondiente a esta **póliza**. El hecho de que la **Compañía** decida en cualquier momento hacer un pago discrecional o ex gratia no implica modificación tácita del presente contrato, por lo que bajo ninguna circunstancia se entenderá que la **Compañía** esté obligada a hacer un pago idéntico o similar en el futuro.

18.4 PAGO POR ERROR

En caso de que la **Compañía** efectúe por error un pago ya sea a un proveedor de servicios médicos o al **Asegurado Titular** por beneficios recibidos pero no cubiertos por esta **póliza**, la **Compañía** se reserva el derecho de reducir dicha cantidad de cualquier pago de reclamaciones futuras o de solicitar el reembolso directo al **Asegurado Titular**.

18.5 MONTO DE REEMBOLSO

En caso de reembolso, la **Compañía** pagará al **Asegurado Titular** la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y la **Compañía** y/o la tarifa **usual, acostumbrada y razonable** para esa área geográfica en particular. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del **Asegurado Titular**.

Para pago directo o reembolso, la **Compañía** deberá recibir la información médica y no médica requerida y suficiente para determinar la procedencia del pago antes de: (1) aprobar un pago directo, o (2) reembolsar al **Asegurado Titular**. En caso de que el **Asegurado Titular** fallezca, la **Compañía** pagará cualquier gasto cubierto pendiente de pago a los herederos legales del **Asegurado Titular**, tal como se indica en el numeral 11.1.

19. SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN

19.1 SUBROGACIÓN EN DERECHO DE ACCIÓN

Cuando un tercero sea responsable por cualquier herida, **enfermedad**, condición o evento relacionado con los **beneficios cubiertos** de un **asegurado**, la **Compañía** podrá gestionar la reclamación en nombre de dicho **asegurado**.

La **Compañía** podrá ejercer sus derechos para gestionar una reclamación en nombre del **asegurado** antes o después de haber hecho cualquier pago relacionado con la **póliza**.

19.2 COLABORACIÓN EN LA RECLAMACIÓN

El **asegurado** deberá proporcionar a la **Compañía** cualquier ayuda necesaria para que la **Compañía** pueda gestionar dicha reclamación, y se compromete a no tomar ninguna acción, aceptar ningún acuerdo extrajudicial o hacer cualquier otra cosa que pueda afectar negativamente los derechos de la **Compañía** para gestionar una reclamación en nombre del **asegurado**.

20. MONEDA

Todos los límites de los beneficios se expresan en Dólares de los Estados Unidos de América (US\$) y se computan de acuerdo al tipo de cambio en la fecha del servicio.

21. RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA CON RESPECTO AL ASEGURADO

21.1 RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA

La responsabilidad de la **Compañía** bajo esta **póliza** es proporcionar al **asegurado** cobertura de seguro y en algunas ocasiones coordinar **tratamientos** en nombre del **asegurado** relacionados con sus **beneficios cubiertos**. La **Compañía** no proporciona los **tratamientos** médicos.

21.2 REPRESENTACIÓN

El **Asegurado Titular** designa a la **Compañía** para actuar como su representante, en su nombre y el de sus **dependientes**, para gestionar citas médicas o coordinar la prestación de ciertos **beneficios cubiertos** cuando el **Asegurado Titular** así lo solicite expresamente y por escrito. La **Compañía** desempeñará la función de representante con el mayor cuidado posible.

21.3 REPRESENTACIÓN POR NO DISPONIBILIDAD

El **Asegurado Titular** autoriza a la **Compañía** para actuar como su representante, en su nombre y el de sus **dependientes**, si por cualquier razón el **Asegurado Titular** no está en la disponibilidad de dar instrucciones a la **Compañía** con respecto a cualquier beneficio cubierto (por ejemplo, si estuviese incapacitado), para:

- tomar una decisión que la **Compañía** considere que está en el mejor interés del **asegurado** (de acuerdo a su cobertura bajo esta **póliza**);
- proporcionar al proveedor de servicios médicos cualquier información sobre el **asegurado** que la **Compañía** considere apropiada bajo las circunstancias, y/o
- recibir instrucciones de la persona que la **Compañía** considere la más apropiada (por ejemplo, un familiar, el **médico** tratante, o el empleador).

Mientras la **Compañía** actúe como representante del **Asegurado Titular**, la **Compañía** podrá desempeñar dicha función a través de cualquiera de sus compañías administradoras o afiliadas.

21.4 INDEMNIDAD

Bupa Ecuador opera a través de la modalidad abierta en el Ecuador. Esto es aquella por la cual el asegurado elige el proveedor de los servicios médicos cubiertos. En consecuencia ni la **Compañía** ni ninguna de sus compañías administradoras o afiliadas serán responsables por pérdida, daño o **enfermedad** que pueda sufrir el **asegurado** en virtud de la prestación de los **beneficios cubiertos** por parte del proveedor de servicios médicos o cualquier otra persona que preste dichos servicios, salvo que dicha pérdida, daño o **enfermedad** que pueda sufrir el asegurado sean consecuencia directa de una acción u omisión por parte de la **Compañía** o de sus compañías administradoras o afiliadas con los proveedores o prestadores de dichos servicios. El **Asegurado Titular** podrá presentar una queja directamente ante el proveedor de dichos servicios médicos o la persona que haya prestado el servicio.

Los derechos legales del **Asegurado Titular** no se verán afectados, si éste decide presentar una solicitud de solución de conflictos, como se estipula en el numeral 25.

22. CAMBIOS A LA PÓLIZA

22.1 MODIFICACIONES

Salvo lo expresamente estipulado en este numeral, únicamente la **Compañía** y el **Asegurado Titular** podrán modificar esta **póliza**. Ningún cambio será válido a menos de que sea confirmado por escrito por la **Compañía**. Todas las modificaciones o **endosos** a esta **póliza** deberán ser firmados por un funcionario autorizado de la **Compañía**. Ningún corredor de seguros tiene facultad para hacer modificaciones o concesiones a la **póliza**. Después de que la **póliza** ha sido emitida, ningún cambio será considerado válido a menos que sea acordado expresamente entre el **Asegurado Titular** la **Compañía** y sea hecho constar por un **endoso** a la **póliza**, firmado por ambas partes.

22.2 PERÍODO PARA REALIZAR MODIFICACIONES

Al ser una **póliza** con vigencia anual, el **Asegurado Titular** únicamente podrá modificar su **póliza** al momento de la **renovación**. Si el **Asegurado Titular** decide cambiar su **póliza** al momento de la **renovación**, no se reiniciará ningún período de espera como se indica en la **Tabla de Beneficios**.

22.3 CAMBIOS LEGALES O REGULATORIOS

La **Compañía** podrá hacer modificaciones a la **póliza** durante el **año póliza** solamente cuando se traten de cambios legales o regulatorios, y dichos cambios apliquen a todos los **asegurados** con el mismo producto de seguro para mejorar la cobertura que reciben de la **Compañía**. Cuando este sea el caso, la **Compañía** notificará al **Asegurado Titular** por escrito sobre los cambios con la debida anticipación, siempre que esto sea posible.

23. CAMBIO DE PRODUCTO O PLAN

El **Asegurado** puede solicitar un cambio de plan o deducible en la fecha del aniversario de la **póliza** y en tal caso la **Compañía** se reserva el derecho de efectuar previamente evaluación de riesgo. El realizar una evaluación de riesgo no significa que se va a negar la cobertura. Los siniestros abiertos al momento del cambio se pagarán de acuerdo con las condiciones y límites de **suma asegurada** del plan que se encontraba en vigor al momento de presentarse el primer síntoma. En caso de existir siniestros en proceso de pago que correspondan a beneficios con **suma asegurada** limitada de por vida en el plan anterior serán pagados conforme a ese plan y disminuirán la **suma asegurada** remanente del plan anteriormente contratado. Las **sumas aseguradas** de por vida ya utilizadas total o parcialmente no serán reinstalables debido al cambio de plan solicitado.

- Los beneficios pagaderos por cualquier **enfermedad** o **lesión** no causada por un **accidente** o **enfermedad** de origen infeccioso que ocurran durante los primeros sesenta (60) días a partir de la fecha del cambio estarán limitados a los términos y condiciones del plan anterior.
- Los beneficios ganados por antigüedad del **Asegurado** no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto o plan los contemple.
- No obstante lo anterior, el **período de carencia** para las coberturas de maternidad, complicaciones del embarazo, cobertura del **recién nacido**, cirugía bariátrica, SIDA, tratamiento dental de restauración mayor y ortodoncia serán reestablecidos, por lo que para poder solicitar estos beneficios se deberá cubrir los **períodos de carencia** dentro de la vigencia del nuevo producto o plan.

24. AVISO DE PRIVACIDAD

24.1 CONFIDENCIALIDAD

La **Compañía** toma la confidencialidad de la información personal de sus **asegurados** seriamente.

La **Compañía** en ocasiones usa los servicios de terceros para procesar información. Este proceso, que puede llevarse a cabo fuera de su jurisdicción en países donde no se ofrece el mismo nivel de protección que el de la **Compañía**, estará siempre sujeto a restricciones contractuales con respecto a las obligaciones de confidencialidad y seguridad de la información.

Si el **Asegurado Titular** se transfiere a otro seguro de la **Compañía** u otro seguro ofrecido por cualquiera de sus compañías afiliadas, la **Compañía** compartirá con dichas compañías la información médica, de reclamaciones e historial de la **póliza** del **Asegurado Titular**.

24.2 INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES

La **Compañía** podrá compartir la información de los **dependientes** con el **Asegurado Titular**, incluyendo información sobre beneficios recibidos, reclamaciones pagadas, cantidad de **deducible** cubierto, y cuando corresponda, cualquier historial médico que pueda impactar la prestación de **beneficios cubiertos**.

24.3 POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

Tanto el formulario de **solicitud de seguro de salud** como el formulario de solicitud de reembolso contienen información más detallada sobre cómo la **Compañía** procesa la información personal de los **asegurados**, y a través de dichos documentos la **Compañía** solicita la autorización del **Asegurado Titular** para procesar su información personal, así como la de sus **dependientes**. El **Asegurado Titular** puede obtener más información sobre las políticas de privacidad de la **Compañía** en www.bupalud.com.

25. SOLUCIÓN DE CONFLICTOS

25.1 ACUERDO DIRECTO

Las partes procurarán solucionar de modo directo las potenciales controversias que surjan de la aplicación de la presente **póliza**, para lo cual, la parte que se crea perjudicada planteará queja por escrito a la otra, en la que exprese su posición, dentro del término de siete (7) días, contado a partir de la negativa a cubrir el financiamiento de las prestaciones sanitarias o del incumplimiento de las obligaciones contractuales por parte del **asegurado**. Esta petición debe incluir copias de toda la información relevante que deba ser considerada, así como una explicación de cual decisión debe ser revisada y por qué. Dichas quejas o apelaciones deben ser presentadas al comité de apelaciones de la **Compañía** en su domicilio principal. Al recibir la petición, el comité de apelaciones de la **Compañía** determinará si necesita información y/o documentación

adicional y realizará los trámites para obtenerla oportunamente. Si dentro del término de ocho (8) días posteriores a la presentación de la queja no se llegare a una solución amistosa, la parte que se creyere perjudicada quedará en libertad de plantear el reclamo administrativo correspondiente, en los términos previstos en la Ley, otras acciones judiciales a que hubiere lugar, o mecanismo o procedimiento alternativos de solución de conflictos, a elección del actor.

25.2 ARBITRAJE

Si se originare cualquier disputa o diferencia entre la **Compañía** y el **asegurado** o beneficiario con relación a este seguro, tal diferencia o disputa, antes de acudir a los jueces competentes, podrá someterse de común acuerdo, a arbitraje o mediación. Los árbitros deberán, no obstante, juzgar más bien desde el punto de vista de la práctica del seguro que de derecho escrito. El laudo arbitral tendrá fuerza obligatoria para las partes.

25.3 DERECHO DE ACCIÓN

Ninguna otra persona, incluyendo a los **dependientes**, podrá hacer cumplir ninguno de los derechos legales bajo este **contrato** de seguro. Los **dependientes** pueden hacer uso del proceso de solución de conflictos establecido en el numeral 27.

26. CESIÓN DE LA PÓLIZA

26.1 PROHIBICIÓN DE CESIÓN

Esta **póliza** no podrá ser cedida o traspasada sin previo consentimiento de la **Compañía**.

27. JURISDICCIÓN

Las partes se someten a las leyes ecuatorianas así como a la jurisdicción de los tribunales o jueces competentes de la Ciudad de Quito para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente **contrato**. El **Asegurado Titular** confiere jurisdicción exclusiva en Ecuador para determinar cualquier derecho bajo esta **póliza**. La **Compañía** y el **Asegurado Titular** también acuerdan pagar los gastos incurridos y los honorarios de sus respectivos abogados. Esta **póliza** está sujeta a las leyes de Ecuador. Cualquier disputa que no pueda ser resuelta por otros medios será considerada por los tribunales correspondientes en Ecuador.

27.1 INTERPRETACIÓN

En caso de cualquier conflicto de interpretación de esta **póliza** debido al lenguaje, la versión en español tendrá precedencia sobre la versión en cualquier otro idioma.

27.2 VACÍOS CONTRACTUALES

En lo no previsto en las presentes Condiciones Generales, especiales y particulares, esta **póliza** se regirá por las disposiciones legales que rigen la materia.

27.3 VERIFICACIÓN DE TEXTO

El **Asegurado Titular** y/o **contratante** podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

28. NOTIFICACIONES

28.1 DOMICILIO

Para los efectos de esta **póliza** y los beneficios que ésta ofrece, el **Asegurado Titular** deberá al momento de contratar este seguro y posteriormente, residir de forma habitual y permanentemente en Ecuador, a menos que se cumpla con lo indicado en la cláusula 28.1. La falta de cumplimiento de esta condición podrá acarrear la cancelación de la **póliza** sin derecho a que el **asegurado** tenga reclamación alguna contra la **Compañía**. Se fija Ecuador como domicilio de las partes.

28.2 CAMBIO DE DOMICILIO O DATOS DE CONTACTO

El **Asegurado Titular** deberá informar a la **Compañía** inmediatamente si se muda a otro país o si cambia su **país de residencia** especificado. Esta **póliza** terminará si la ley del país a donde se mude el **Asegurado Titular**, o su **país de residencia**, o cualquier otra ley aplicable a la **Compañía** o a esta **póliza** le prohíba la prestación de cobertura de seguro de salud a los **residentes** o ciudadanos de ese país.

El **Asegurado Titular** deberá informar a la **Compañía** inmediatamente si cambia su domicilio o cualquier dato de contacto, dado que la **Compañía** seguirá utilizando los últimos datos de contacto que el **Asegurado Titular** haya proporcionado hasta que el mismo notifique lo contrario.

29. PRESCRIPCIÓN

Los derechos, acciones y beneficios que se deriven de esta **póliza**, prescriben en dos (2) años a partir del acontecimiento que les dio origen conforme lo establecido en el Código Orgánico Monetario y Financiero (Libro III: Ley General Seguros), publicado en el registro oficial No. 332, del 12 de septiembre del 2014, y la Codificación de Resoluciones emitido por la Superintendencia de Bancos y Junta Bancaria.

En caso de duda, por la omisión, interpretación, descripción y aplicación de las condiciones detalladas en el presente contrato, prevalecerán sobre estas, las indicadas y dispuestas por las leyes y regulaciones y en el sentido más favorable para el Asegurado.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control aprobó la presente póliza con el número de registro 50445, con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-SCTSR-2018-00076295-O del 11 de septiembre de 2018.

Anexo 1 Prestaciones de Prevención Primaria Incluidas en Tarifa Cero

| CICLO DE VIDA | TIPO DE PRESTACIÓN | ACTIVIDAD ESPECÍFICA | FRECUENCIA | RESPONSABLE |
|-----------------------------|---|--|------------------------------|--|
| RECIÉN NACIDO (0 A 28 DÍAS) | ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO | Consulta médica pediátrica para control del niño sano (no incluye exámenes complementarios o interconsultas a otros especialistas), con evaluación de desarrollo físico (valoración nutricional) y evaluación clínica del desarrollo neuromuscular y psicomotriz según edad; detección clínica de riesgos visuales, auditivos y neuro-sensoriales. | 1 vez consulta e información | NEONATÓLOGO/ PEDIATRA/ MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR |
| | ASESORÍA PARA CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO (en consulta) | Información en la consulta médica pediátrica sobre: cuidado básico al neonato, importancia de la lactancia materna exclusiva hasta el 6to mes; cuidados generales; estimulación; prevención y que tratamiento inicial se debe dar a las enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el R.N.; Información para promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a y fortalecer el vínculo afectivo; Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación completa, y sobre cómo realizar estimulación psicomotriz; información sobre la suplementación de micronutrientes. | | |
| | ATENCIÓN DE LABORATORIO EN EL RECIÉN NACIDO (previo al alta o hasta los 8 días de nacido) | Determinación al nacimiento de grupo y factor sanguíneo; información sobre la realización del tamizaje metabólico, tamizaje auditivo y sensorial. | | LABORATORIO CON LA ORDEN DEL NEONATÓLOGO/ PEDIATRA/ MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR |

| CICLO DE VIDA | TIPO DE PRESTACIÓN | ACTIVIDAD ESPECÍFICA | FRECUENCIA | RESPONSABLE |
|--------------------------|---|---|--|---|
| NIÑO DE 1 MES A 12 MESES | ATENCIÓN AL INFANTE | Consulta para control de niño sano que incluye: evaluación del bienestar del lactante; estado nutricional, evaluación clínica de riesgo visual, auditivo y displasia de cadera; detección de posible maltrato; evaluación clínica de desarrollo psicomotor, detección clínica de anomalías congénitas o problemas adquiridos; evaluación clínica de la dentición y prevención de caries dentales; detección clínica de desnutrición. (No incluye exámenes complementarios, ni interconsultas a otros especialistas). | 6 consultas en el primer año de vida, en cada consulta de debe dar información y asesoría. | PEDIATRA/ MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR |
| | INFORMACIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (en consulta) | Información sobre posibles problemas en el desarrollo psicomotor y lenguaje; información sobre estimulación visual; información y asesoría sobre resultados de tamizaje metabólico, visual y auditivo; información y asesoría sobre suplemento de micronutrientes (hierro y vitaminas). | | PEDIATRA/ MÉDICO GENERAL |
| | ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta) | Asesoría para promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo; informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación; información referente a lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, inicio de alimentación complementaria a partir de los 6 meses. Informar de la importancia de la higiene y salud oral; Promover la estimulación psicomotriz y de lenguaje; Informar y comunicar acerca de variaciones normales en el desarrollo del niño/a. Asesoría para evitar riesgos de accidentes. | | PEDIATRA/ MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR |

| CICLO DE VIDA | TIPO DE PRESTACIÓN | ACTIVIDAD ESPECÍFICA | FRECUENCIA | RESPONSABLE |
|-----------------------|---|--|---|---|
| NIÑO/AS DE 1 A 5 AÑOS | ATENCIÓN AL NIÑO DE 1 A 5 AÑOS (ambulatorio) | Consulta para control de niño sano, que incluya evaluación clínica (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otros especialistas) del estado nutricional, neuromuscular y psicomotriz; riesgos acordes a la edad; detección de deficiencias y/o discapacidades, anomalías congénitas; detección de patologías infecciosas; prevención y detección clínica de desnutrición. | Consultas 2 veces al año hasta los 2 años de edad; posterior 1 vez por año; en cada consulta se debe otorgar asesoría e información | PEDIATRA/ MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR |
| | ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta) | Asesoría en cada consulta para control de niño sano sobre: autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo; importancia de la vacunación, lactancia materna hasta los dos años; alimentación complementaria; importancia de la higiene y salud oral, riesgos de accidentes en el hogar, derechos de los niños; promoción de estimulación psicomotriz y de lenguaje; prevención del maltrato, accidentes; promoción de alimentación saludable; variaciones normales en el desarrollo del niño/a. Uso de sustancias adictivas en padre o madre y repercusiones sobre los niños. | | PEDIATRA/ MÉDICO GENERAL |
| | INFORMACIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (en consulta) | Información en cada consulta para control de niño sano que incluya: indicaciones de suplementación de micronutrientes; recomendación de desparasitación 1 vez al año; evaluación clínica para valoración de agudeza visual y valoración auditiva; salud oral y prevención de la caries; recomendación de aplicaciones tópicas con flúor y profilaxis. (No incluye exámenes de gabinete). | | PEDIATRA/ MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR |

| CICLO DE VIDA | TIPO DE PRESTACIÓN | ACTIVIDAD ESPECÍFICA | FRECUENCIA | RESPONSABLE |
|------------------------|---|--|--|--|
| NIÑO/AS DE 5 A 10 AÑOS | ATENCIÓN AL NIÑO DE 5 A 10 AÑOS | Consulta para evaluación del bienestar del niño, que incluya evaluación clínica (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otros especialistas), del estado nutricional, neuro muscular, psicomotriz y emocional; detección clínica temprana de enfermedades como pie plano, anomalías congénitas; detección clínica de enfermedades infecto-contagiosas y endémicas; detección clínica de desnutrición. | 1 consulta médica por año; durante cada consulta se debe otorgar asesoría e información) | PEDIATRA/ MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR |
| | ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta) | Asesoría en consulta para evaluación del bienestar del niño sobre: autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a; importancia de la vacunación y una buena alimentación; higiene, salud bucal, riesgos de accidentes en el hogar; estimulación psicomotriz, de aptitudes intelectuales, prevención de discapacidades; variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a; promover la salud oral y prevención de caries. | | PEDIATRA / MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR |
| | INFORMACIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (en consulta) | Información en consulta para evaluación del bienestar del de niño, sobre recomendación de desparasitación 1 vez al año; detección clínica precoz de problemas en las habilidades escolares, trastornos afectivos, emocionales, prevención de maltrato físico, psicológico, sexual; pertinencia de la valoración de agudeza y/o ceguera visual y valoración auditiva; importancia de aplicaciones tópicas con flúor y profilaxis; asesoría sobre suplemento de micronutrientes. | | PEDIATRA / MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR |

| CICLO DE VIDA | TIPO DE PRESTACIÓN | ACTIVIDAD ESPECÍFICA | FRECUENCIA | RESPONSABLE |
|--|--|---|--|------------------------------------|
| ADOLESCENTES 11 A 19 AÑOS | ATENCIÓN AL ADOLESCENTE DE 10 A 19 AÑOS | Consulta para evaluación clínica del bienestar, desarrollo físico, nutricional, psicomotriz y emocional del adolescente en relación con su edad. | 1 vez al año, durante la consulta se otorga información y asesoría | MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR |
| | | Peso, talla, IMC, TA; detección clínica temprana de embarazo, infecciones de transmisión sexual y trastornos alimenticios, enfermedades infecto-contagiosas. | | |
| | | Evaluación de hábitos no saludables, deficiencias y/o discapacidades; (no exámenes de gabinete, ni interconsultas a otra especialidad) | | |
| | ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta) | Información para prevención de trastornos de la alimentación; detección de maltrato y/o violencia; detección de uso de sustancias psico-estimulantes; importancia de la valoración de agudeza visual; información sobre higiene y salud oral; detección de problemas de aprendizaje, afectivos, emocionales; prácticas sexuales de riesgo, embarazos no planificados. | | |
| INFORMACIÓN SOBRE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (en consulta) | Asesoría en consulta para evaluación de bienestar, desarrollo y estado de salud, sobre: salud sexual y reproductiva; métodos anticonceptivos; promover la autoconfianza de los adolescentes, fortalecer el vínculo afectivo con la familia, entregar información y educación sobre hábitos saludables, higiene, salud oral; variaciones normales en el desarrollo del/la adolescente. Asesoría sobre inicio de vida sexual y derechos del adolescente, acoso sexual, acoso escolar (bullying). | | | |

| CICLO DE VIDA | TIPO DE PRESTACIÓN | ACTIVIDAD ESPECÍFICA | FRECUENCIA | RESPONSABLE |
|-----------------------------|---|--|--|--|
| MUJERES EN EDAD FÉRTIL -MEF | ATENCIÓN INTEGRAL POSTPARTO | Consulta médica para evaluación del estado de salud puerperal y referencia a planificación familiar y anticoncepción. (No incluye exámenes de gabinete). | 1 consulta entre la semana 1 a 6 post parto | MÉDICO GENERAL/ GINECO-OBSTETRA/ MÉDICO FAMILIAR |
| | CONTROL DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL | Consulta ginecológica para evaluación de estado de salud y detección de enfermedades de transmisión sexual. (No exámenes de gabinete, ni interconsulta con otro especialista). | 1 vez al año, durante la consulta se debe otorgar información y asesoría | GINECO-OBSTETRA/ MÉDICO FAMILIAR |
| | ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta) | Asesoría para brindar información sobre planificación familiar, embarazo, hábitos saludables, salud oral y salud mental. Consejería para prevención de VIH e ITS; prevención y detección de violencia, maltrato, consumo de sustancias adictivas, trastornos afectivos o emocionales, acoso laboral y acoso sexual. | | MÉDICO GENERAL/ GINECO-OBSTETRA/ MÉDICO FAMILIAR |

| CICLO DE VIDA | TIPO DE PRESTACIÓN | ACTIVIDAD ESPECÍFICA | FRECUENCIA | RESPONSABLE |
|----------------------------|---|--|---|------------------------------------|
| ADULTO JOVEN DE 20-49 AÑOS | CONSULTA MÉDICA GENERAL PREVENTIVA | Consulta clínica para evaluación de estado de salud que incluya: examen físico, y anamnesis, detección de hábitos no saludables y determinación riesgo de enfermedades no transmisibles, identificación deficiencias o discapacidades, enfermedades infecto-contagiosas y de transmisión sexual, detección del consumo de sustancias adictivas (no incluye exámenes de gabinete, ni interconsultas). | 1 vez al año (durante la consulta se debe otorgar asesoría e información) | MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR |
| | ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta) | Información y consejería sobre enfermedades de transmisión sexual; asesoría para planificación familiar; consejería sobre salud oral; asesoría sobre tamizaje de enfermedades crónica e información sobre la valoración auditiva y visual. | | |

| CICLO DE VIDA | TIPO DE PRESTACIÓN | ACTIVIDAD ESPECÍFICA | FRECUENCIA | RESPONSABLE |
|--------------------------|---|--|---|------------------------------------|
| ADULTO/A DE 50 A 64 AÑOS | CONSULTA MÉDICA GENERAL PREVENTIVA | Consulta clínica para evaluación de estado de salud que incluya: examen físico, y anamnesis, detección de hábitos no saludables y determinación riesgo de enfermedades no transmisibles, identificación deficiencias o discapacidades, enfermedades infecto-contagiosas y de transmisión sexual. | 1 vez al año (durante la consulta se debe otorgar asesoría e información) | MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR |
| | | Detección de riesgos de salud mental como: consumo de sustancias adictivas, trastornos afectivos, emocionales, cognitivos, depresión; intento de suicidio, entre otros (no incluye exámenes de gabinete, ni interconsultas). | | |
| | ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta) | Asesoría e información sobre condiciones de envejecimiento saludable; consejería para prevención de enfermedades de transmisión sexual; información sobre acciones preventivas para traumatismos, caídas y accidentes. | | |

| CICLO DE VIDA | TIPO DE PRESTACIÓN | ACTIVIDAD ESPECÍFICA | FRECUENCIA | RESPONSABLE |
|-------------------------|---|---|------------|--|
| ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS | CONSULTA MÉDICA GENERAL PREVENTIVA | Consulta clínica para evaluación del estado de salud, que incluya examen físico, y anamnesis, identificación de factores de riesgo, condicionantes de deterioro funcional y cognitivo. | | MÉDICO GENERAL/ MÉDICO FAMILIAR/ MÉDICO GERIATRA |
| | | Detección de factores de riesgo de enfermedades crónico degenerativas, valoración de dependencia funcional, valoración de salud oral, detección de riesgo nutricional, de patologías infecto-contagiosas, violencia, maltrato; detección del riesgo de enfermedades de transmisión sexual; detección del riesgo de pérdida auditiva y visual. | | |
| | ASESORÍA: INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (en consulta) | Asesoría, información y promoción de prácticas de nutrición, salud oral, salud sexual y salud mental; información sobre discapacidades y ayudas técnicas; promoción de condiciones de envejecimiento saludable. | | |

