



PSI20C24135

Cuenca, 01 de Mayo de 2020

Señor (a)

ALBA LUCIA PALACIOS FARFAN
AUTOPISTA CUENCA AZOGUES KM 24,
CUENCA
Ecuador

REFERENCIA: CONTRATO SI20C24135

Estimado(a) Señor(a) : ALBA LUCIA PALACIOS FARFAN

Deseamos aprovechar esta oportunidad para agradecerle la confianza depositada en BMI al seleccionarnos como la compañía que respalda el plan de Medicina Prepagada para usted y su familia. Para asegurar su satisfacción, este contrato es emitido por BMI IGUALAS MÉDICAS DEL ECUADOR S.A.

Si por alguna razón, su contrato no es de su entera satisfacción, usted puede devolverlo en un término de treinta (30) días contados a partir de la fecha de recepción del mismo. La cuota abonada, será reembolsada y el contrato se considerará nulo y sin valor.

Si tiene alguna duda o necesita información adicional, por favor comuníquese con nosotros o con su Agente Asesor de Seguros.

Atentamente,

La Compañía



QUITO: Calle Suecia y Av de los Shyris, Edificio Plaza Renazzo, Planta Baja
PBX: 2941 400, FAX: 2941 400, email: mundo@bmi.com.ec
GUAYAQUIL: Av. Jaime Roldós Aguilera
Parque Empresarial Colón, Edificio Corporativo 2, Piso 1 PBX: 3717 600, FAX: 3717 622



**CARATULA UNICA DE CONTRATO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA
MODALIDAD ABIERTA**

CONTRATO No.:	SI20C24135	
TITULAR:	ALBA LUCIA PALACIOS FARFAN	
DIRECCION:	AUTOPISTA CUENCA AZOGUES KM 24, CUENCA, AZUAY, ECUADOR	
TELEFONO:	39935770	
ASESOR DE SEGUROS:	VEGAMON S.A.	
FECHA DE INICIO DE VIGENCIA:	01 DE MAYO DE 2020	A LAS 00h00
FECHA DE ANIVERSARIO:	30 DE ABRIL DE 2021	A LAS 24h00
MONEDA:	DOLARES ESTADOUNIDENSES	FORMA DE PAGO: CONTADO / ANUAL
CUOTA NETA	2,800.65	
ANEXOS:	50.00	
OTROS:	0.00	
CONTRIBUCION SEG. CAMPESINO:	14.25	
I.V.A.:	0.00	
TOTAL A PAGAR:	2,864.90	

EL TITULAR

LA COMPAÑIA



Lugar y fecha: Cuenca, 01 de mayo de 2020

Lugar y fecha: Cuenca, 01 de mayo de 2020

**CONTRATO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA
PLAN SIGMA
MODALIDAD ABIERTA**

TÍTULO I: GENERALIDADES

CELEBRACIÓN

El presente Contrato de Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada (en adelante el “Contrato”) se celebra entre las Partes señaladas al pie del presente Contrato (individualmente denominada la “Parte” y en conjunto las “Partes”), en los lugares y fechas ahí referidos. Las Partes expresamente manifiestan que es su voluntad celebrar, como en efecto celebran, el presente Contrato y que lo hacen de manera libre y voluntaria, por así convenir a sus intereses, con pleno conocimiento de su contenido.

PARTES

El presente Contrato se celebra entre:

BMI Iguales Médicas del Ecuador S.A., una sociedad debidamente organizada y constituida de conformidad con las leyes de la República del Ecuador, a la que en adelante se podrá denominar simplemente la “Compañía”.

La persona natural cuyos datos de identificación constan al pie del presente Contrato, a la cual en adelante se podrá llamar simplemente el “Titular”.

ANTECEDENTES

- a. La Compañía es una sociedad anónima que tiene por único objeto el Financiamiento de Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada de conformidad con la ley de la materia.
- b. La Compañía está debidamente autorizada a operar por los organismos de control respectivos.
- c. El Titular ha solicitado cotizaciones las que han sido entregadas bajo el principio de buena fe contractual y de la veracidad de la información por él provista directamente y/o a través de una agencia o agente asesor productor de seguros, debidamente autorizado para operar en el ramo de Asistencia Médica por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.
- d. El Titular ha revisado los términos del Contrato, las cotizaciones, las Condiciones Particulares y Anexos, mismos que han sido mutuamente aceptados por las Partes.
- e. En virtud de los antecedentes antes descritos, la Compañía acepta financiar los servicios de atención integral de salud prepagada al Titular y/o sus Dependientes. Para tal efecto, el Titular entregará la Solicitud debidamente diligenciada junto con la información para el respectivo enrolamiento del Titular y/o sus Dependientes en los formatos que la Compañía lo requiera.

TÍTULO II: OBJETO

CAPÍTULO I NATURALEZA DEL CONTRATO

En base a los acuerdos descritos en los antecedentes, la Compañía se obliga y compromete a financiar los servicios descritos en las Condiciones Particulares, Tabla de Beneficios Máximos y/o Anexos que forman parte integrante del presente Contrato.

Queda aclarado que la vigencia mínima del presente Contrato es por un año contado a partir de su suscripción.

Para tal efecto, de acuerdo a los términos del Contrato y durante su vigencia, la Compañía reembolsará directa o indirectamente los Gastos Médicos Necesarios, Razonables y Acostumbrados del medio ecuatoriano incurridos por el Titular y/o Dependientes a causa de Enfermedad o Accidente, tanto en forma ambulatoria como hospitalaria, con excepción de lo estipulado en el Capítulo VIII, Exclusiones y con las limitaciones expresadas en este Contrato, sus Condiciones Particulares y/o Anexos.

Por su parte, por así convenir a sus intereses, el Titular acepta el financiamiento de servicios de atención integral de salud prepagada en los términos antes referidos, y se obliga al pago de las Cuotas acordadas.

El Titular de manera expresa y en forma libre y voluntaria reconoce que en virtud de la esencia y la naturaleza del financiamiento de servicios de atención integral de medicina prepagada, las Cuotas se deben por el mero hecho de la suscripción del Contrato y servirán para financiar los servicios de salud y atención médica en general, independientemente de que dichos servicios fueren utilizados por el Titular y/o Dependientes, sin que la falta de utilización de los servicios implique derecho a la suspensión del pago de las Cuotas por parte del Titular o a su devolución por parte de la Compañía.

CAPÍTULO II CONTRATO TOTAL

ARTÍCULO 1.- Este Contrato, las Condiciones Particulares y cualquier Anexo, así como la solicitud del Titular y sendos documentos de enrolamiento, son los únicos documentos válidos para determinar los derechos y obligaciones de las Partes.

La Compañía no es responsable por declaraciones o compromisos que pudieren haber sido formulados en cualquier otra forma.

ARTÍCULO 2.- El Titular, luego de recibido este Contrato, dispone de un plazo de quince (15) días para revisar el contenido de su solicitud que aparece adjunto a este Contrato, y notificar a la Compañía si alguna información es incorrecta o está incompleta, o si alguna parte de su Historia Clínica ha cambiado posterior a la fecha de la solicitud o se ha omitido de la misma. La solicitud forma parte de este Contrato, la cual se ha emitido con base a que las respuestas a todas las preguntas y que toda la información que aparece en dicha solicitud sean correctas y estén completas.

La Compañía no estará obligada a prestar servicios materia de este Contrato mientras el Titular no entregue el Contrato debidamente suscrito.

ARTÍCULO 3.- Ninguna agencia o agente asesor productor de seguros u otro tercero está autorizado para hacer cambios en este Contrato ni para renunciar a cualquier estipulación contenida en él u ofertar servicios que no hayan sido autorizados por la Compañía.

ARTÍCULO 4.- La tolerancia de la Compañía en exigir el cumplimiento de cualquier estipulación contractual no libera al Titular del cumplimiento de sus obligaciones ni implica renuncia de derechos ni modificación del presente Contrato.

ARTÍCULO 5.- La Tabla de Beneficios Máximos de las Condiciones Particulares detalla los límites, sub límites, Deducibles y Copagos de las prestaciones sanitarias cubiertas de acuerdo al presente Contrato, Condiciones Particulares y/o sus Anexos.

CAPÍTULO III ELEGIBILIDAD DE TITULAR Y DEPENDIENTES

ARTÍCULO 6.- ELEGIBILIDAD DE TITULAR.- Es elegible conforme a este Contrato, la persona natural residente en la República del Ecuador que haya completado debidamente su Solicitud de Afiliación Individual.

ARTÍCULO 7.- ELEGIBILIDAD DE DEPENDIENTES.- Es elegible el cónyuge del Titular o su compañero en unión de hecho, residente en la República del Ecuador. También son elegibles las personas residentes en la República del Ecuador que tengan con el Titular relación de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.

Las personas elegibles que adquieran tal calidad con posterioridad a la fecha de inicio de vigencia de este Contrato y/o sus Anexos, serán Dependientes siempre que la notificación haya sido realizada dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de haber adquirido la condición para ser calificado como Dependiente y tendrán cobertura desde la fecha en que adquirieron tal condición.

Los recién nacidos que no provengan de una maternidad cubierta, serán personas elegibles desde el día treinta y uno (31) de nacidos y gozarán de todos los beneficios de este Contrato desde esa fecha. Todas las Incapacidades diagnosticadas desde la fecha de nacimiento hasta el día treinta (30) serán cubiertas bajo el monto de Condiciones Preexistentes detallado en las Condiciones Particulares del presente Contrato, siempre y cuando se haya notificado a la Compañía de acuerdo a lo establecido en el párrafo anterior.

Si el embarazo se produjera durante el Período de Carencia la inclusión intra-útero del neonato se podrá realizar de acuerdo a lo estipulado en el Capítulo IV, Artículo 8, numeral 10 del presente Contrato.

Aquellos Dependientes que no ingresaren a este Contrato siendo personas elegibles podrán hacerlo en cualquier momento y gozarán de las prestaciones sanitarias previstas por este Contrato desde el siguiente mes de vigencia respecto a la fecha de notificación a la Compañía. Todas las Incapacidades diagnosticadas con fecha anterior a la solicitud de inclusión, serán cubiertas de acuerdo a lo estipulado en el Capítulo VI de este Contrato.

Para aquellos Dependientes que se hayan excluido del Contrato por decisión propia o del Titular, por una sola ocasión y dentro de los tres (3) meses posteriores a la fecha de exclusión, el Titular podrá solicitar el restablecimiento de su cobertura en las mismas condiciones originales. En este caso deberá pagar las Cuotas correspondientes desde el momento de la exclusión y la fecha de restablecimiento de su cobertura.

Si la solicitud de reingreso es posterior a los tres (3) meses, o se ha solicitado por más de una ocasión, toda Enfermedad, patología o condición de salud previas a dicha solicitud, independientemente de su fecha de diagnóstico, serán consideradas como Condiciones Preexistentes, estableciéndose además un nuevo Período de Carencia, para lo cual se sujetará a lo establecido en el Capítulo VII, numerales 5 y 43 del presente Contrato, respectivamente.

CAPÍTULO IV PRESTACIONES SANITARIAS Y GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

La Compañía, luego de descontado el Deducible y aplicado el Copago establecidos en la Tabla de Beneficios Máximos de las Condiciones Particulares, asumirá el valor de los Gastos Médicos Cubiertos de las prestaciones sanitarias descritas en el Artículo 8, con las limitaciones expresadas en este Contrato, sus Condiciones Particulares y/o Anexos y hasta los límites y sub límites contratados.

Todo desorden funcional corporal o Lesión accidental, Enfermedad, patología o condición de salud que existan simultáneamente y sean debidos a una misma causa o estén relacionados, serán considerados como una sola Incapacidad, al igual que todas las Lesiones sufridas en un mismo Accidente.

Todo Gasto Médico Cubierto a consecuencia de una Incapacidad será cubierto siempre y cuando haya sido prescrito por un Médico y/o sean atendidos en prestadores de servicios de salud.

La cobertura del presente Contrato se limita a financiar los servicios de atención integral de salud prepagada que se den exclusivamente en el territorio ecuatoriano.

Los honorarios médicos se pagarán de conformidad al esquema de codificación CPT (Physician's Current Procedural Terminology), por sus siglas en inglés, que corresponde al detalle de los procedimientos generalmente utilizados, sea por autoridades de salud o por empresas que prestan servicios de aseguramiento o financiamiento de salud. El valor del FCM (Factor de Conversión Monetario) establecido por la Compañía corresponde al usualmente utilizado o incluso acordado o negociado con el respectivo prestador de servicios de salud. En consecuencia, los honorarios médicos se limitan a las coberturas establecidas en base a lo antes indicado.

En caso de que los honorarios médicos superen lo establecido en el esquema antes mencionado, dichos valores no serán cubiertos por la Compañía, a menos que el Titular y/o Dependientes hayan accedido al sistema de crédito ambulatorio y/u hospitalario que ofrece la Compañía, tanto para servicios de hospital como para honorarios médicos, de acuerdo a lo establecido en el Anexo de Crédito Ambulatorio y/u Hospitalario que forma parte integral del presente Contrato, en cuyo caso, de presentarse exceso de honorarios, estos no serán imputados al Titular y/o Dependientes.

En consecuencia, será responsabilidad del Titular y/o Dependientes asumir cualquier exceso en el valor de los honorarios médicos y/o servicios de hospital en caso de que cancele directamente al prestador de servicios de salud y presente a la Compañía vía reembolso.

En consideración a la realidad geográfica del Ecuador, las variaciones de precios que se generan por los niveles de atención en distintos establecimientos médicos, los costos regulares y los honorarios médicos en los respectivos Hospitales y/o Clínicas, el reembolso de gastos médicos se hará conforme la siguiente tabla y aplicación del factor correspondiente:

Cuidad	Factor
Quito	1.00
Guayaquil	1.30
Otras ciudades del país	0.80

El valor a ser reconocido por concepto de honorarios de los Médicos ayudantes y/o Médico anesthesiólogo participantes en cirugías laparoscópicas y de alta complejidad será de hasta el treinta por ciento (30%) y el treinta y cinco por ciento (35%), respectivamente, de los honorarios del cirujano principal. La Compañía no reconocerá honorarios para Médicos ayudantes y/o Médico anesthesiólogo en cirugías de mínima complejidad.

Para procedimientos no contemplados en la Tabla de Honorarios Médicos, estos serán fijados de acuerdo con la dificultad del procedimiento o intervención, y en relación con procedimientos similares a los realizados, los cuales serán sugeridos por el Comité de Honorarios del Hospital y/o Clínica que la Compañía escoja.

La Compañía reconocerá exclusivamente los Gastos Médicos Cubiertos de conformidad con los costos del respectivo Hospital y/o Clínica incluidos los honorarios médicos que regularmente se generan por estas atenciones médicas en el medio ecuatoriano.

En caso de que el procedimiento no se realice en ningún Hospital y/o Clínica del País de Residencia, los Gastos Médicos Cubiertos, incluidos los honorarios médicos serán estimados de acuerdo al promedio de los costos razonables y acostumbrados de países del Área Andina donde sí se realicen estos procedimientos.

Si el procedimiento no se realiza en Ecuador o en algún país del Área Andina, los Gastos Médicos Cubiertos, incluidos los honorarios médicos serán cubiertos de acuerdo a los Gastos Médicos Necesarios, Razonables y Acostumbrados del país donde se realice dicho procedimiento.

El valor de las prestaciones que se brinden al Titular y/o Dependientes de este Contrato en Instituciones de la Red Pública Integral de Salud o en Prestadores Privados producto de una derivación conforme a lo establecido en la Ley Orgánica que regula a las Compañías que financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica, serán los fijados en el Tarifario Nacional de Salud del Ministerio de Salud Pública.

ARTÍCULO 8.- PRESTACIONES SANITARIAS.- La Compañía se compromete a financiar en favor del Titular y/o Dependientes amparados por este Contrato, las siguientes prestaciones sanitarias:

1. Servicios ambulatorios y/o a domicilio y/o Cuidados Paliativos cuando lo justifique el estado de salud del paciente o la imposibilidad de movilizarlo, de conformidad con la normativa aplicable. De igual forma, el servicio incluye auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos existentes, que pudieren crearse, incorporarse o estar disponibles a la fecha de la prestación, necesarios para la continuidad de la atención integral debidamente prescritos de acuerdo con el plan contratado. Así mismo, estudios anatomopatológicos, genéticos y para Enfermedades Congénitas cuando estos sean solicitados por un Médico para configurar apropiadamente el diagnóstico o evolución de una patología.

En caso de medicina no tradicional, esta prestación se limita a consultas de acupuntura, homeopatía, medicina natural y bioenergética, siempre y cuando el tratamiento sea realizado por un Médico; y, Medicinas siempre y cuando cuenten con registro sanitario nacional.

2. Atención hospitalaria por indicación del profesional de la salud que atienda al paciente. Esta cobertura incluirá servicio de Ambulancia Médicamente Necesario, alimentación, habitación, visita médica, cuidados de enfermería, interconsultas profesionales, auxiliares de diagnóstico, complementarios y específicos, terapia intensiva, cirugía, medicamentos e insumos médicos, ayudas técnicas, apoyo psicológico, rehabilitación, Cuidados Paliativos y honorarios profesionales.
3. Medicinas en farmacias autorizadas para su distribución y/o venta, siempre que aquellas hayan sido recetados por un Médico.
4. Prestaciones de Prevención Primaria de acuerdo a lo estipulado en el Anexo de Prestaciones con Tarifa Cero.
5. Urgencia Médica por Accidente o Enfermedad que incluye todo el equipamiento, insumos y medicamentos necesarios.
6. Emergencia Médica por Accidente o Enfermedad que incluye todo el equipamiento, insumos, medicamentos necesarios y servicios de Ambulancia local.
7. Enfermedades Congénitas, Genéticas y Hereditarias diagnosticadas durante la vigencia de este Contrato.

En caso de Enfermedades Congénitas, Genéticas y Hereditarias que hubieren sido diagnosticadas con anterioridad a la celebración del Contrato, aplicará lo establecido en el Capítulo VI del presente Contrato.

8. Enfermedades Crónicas, Catastróficas, Degenerativas y Raras diagnosticadas durante la vigencia de este Contrato tendrán cobertura hasta el monto detallado en la Tabla de Beneficios Máximos, pero nunca inferior al cincuenta por ciento (50%) del límite máximo contratado.

La Compañía no negará la renovación del presente Contrato por Enfermedades Crónicas y Catastróficas sobrevinientes a la contratación.

En caso de Enfermedades Crónicas, Catastróficas, Degenerativas y Raras que hubieren sido diagnosticadas con anterioridad a la celebración del Contrato aplicará lo establecido en el Capítulo VI del presente Contrato.

La detección de Enfermedades Crónicas y Catastróficas sobrevinientes a la entrada en vigencia del presente Contrato, no generará incrementos adicionales a las Cuotas vigentes a la fecha del diagnóstico, mismas que podrán ser ajustadas únicamente de acuerdo a lo estipulado en el último párrafo del Capítulo XVIII del presente Contrato.

9. Atención oncológica integral que incluye cirugía reconstructiva y rehabilitación.
10. Atención de embarazos normales, de riesgo o complicados, controles prenatales, emergencias obstétricas, partos vaginales o por cesárea, con recién nacido a término, pre término o post término. Complicaciones que se presentaren antes, durante y después del parto y alumbramiento. Atención del recién nacido a término, pre término o post término, con atención en neonatología, atención perinatal, de manera integral y con asistencia de especialistas; atención en la Unidad de Cuidados Intensivos y otros eventos que pudieren presentarse, tanto para la madre como para el recién nacido a término, pre término o post término, para lo cual se emplearán todos los procedimientos médicos necesarios, a fin de preservar la salud de la unidad madre hijo. Atención al recién nacido que padeciere de patologías congénitas, genéticas o hereditarias. Aplica exclusivamente para la Titular o la cónyuge o compañera en unión de hecho del Titular.

Si el embarazo se produjere durante el Período de Carencia, las mujeres embarazadas recibirán cobertura de atención prenatal, incluyendo las Prestaciones de Prevención Primaria del embarazo descritas en el Anexo de Prestaciones con Tarifa Cero. En este caso, la inclusión intra-útero del neonato se podrá realizar como un beneficio adicional. La contratación de este beneficio se podrá realizar a partir de la semana veinte (20) de embarazo y hasta la semana treinta y dos (32), siempre y cuando el Titular cancele las Cuotas correspondientes al período comprendido entre la fecha de inicio del embarazo y la fecha de contratación de este beneficio.

La atención de embarazos en curso no tiene cobertura.

11. Gastos médicos de los procesos de pre trasplante, trasplante y post trasplante, las complicaciones médicas que se deriven de dichos procesos y, las de suministro de medicamentos, insumos, dispositivos médicos y demás necesarios para atender al donante y receptor.

Se financiarán los gastos médicos correspondientes a los Trasplantes de Órganos de riñón, corazón, hígado, médula ósea y córnea.
12. Tratamiento Dental de Urgencia exclusivamente a Consecuencia de Accidente. No se cubrirá ningún tratamiento dental que fuere con ocasión o por causa de otro tratamiento dental previo que no tenga relación con la Urgencia por Accidente ocurrida durante la vigencia de este Contrato.

ARTÍCULO 9.- BENEFICIOS ADICIONALES.-

Se pagará aplicando Deducible y Copago:

1. Las vacunas a continuación detalladas: BCG, DTP, Sarampión, PVO, Hepatitis A, Hepatitis B, Fiebre Amarilla, Meningitis.
2. Prótesis y aparatos ortopédicos, siempre que sean Médicamente Necesarios, de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos de las Condiciones Particulares.
3. Ligadura de Trompas de Falopio y Vasectomía, solo para la/el Titular y/o su cónyuge o compañera/o en unión de hecho, de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos de las Condiciones Particulares.

4. Anticonceptivos temporales de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos de las Condiciones Particulares.
5. Zapatos ortopédicos, un par por año contrato.
6. Plantillas ortopédicas, un par por año contrato.
7. Leche medicada, para Dependientes menores de quince (15) años, siempre y cuando exista un diagnóstico que justifique su prescripción.
8. Extracción de terceros molares, de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos de las Condiciones Particulares. Ninguna complicación relacionada con este procedimiento tendrá cobertura.
9. Excimer láser, de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos de las Condiciones Particulares.
10. Vitaminas y alérgenos, siempre y cuando sean parte del tratamiento de una Incapacidad.
11. Medias elásticas, siempre y cuando sea parte del tratamiento de una Incapacidad.
12. Cargos por alojamiento en Hospital y/o Clínica de un acompañante para menores de dieciséis (16) años y mayores de setenta y cinco (75) años, de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos de las Condiciones Particulares.
13. Delgadez y obesidad, entendiéndose para la primera cuando el IMC (Índice de Masa Corporal) es inferior a veinte (20) y para la segunda cuando el IMC es igual o superior a cuarenta (40).
14. Cobertura para Incapacidades provenientes del uso o consumo de alcohol, drogas o estupefacientes, de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos de las Condiciones Particulares.
15. Cobertura para Lesiones debido a trastornos de salud mental, estados de demencia, incluso a resultantes por intento de suicidio, de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos de las Condiciones Particulares.

Se pagará sin aplicación de Deducible ni Copago

1. Una consulta ginecológica y un examen de pap test por año contrato, solo para la Titular y/o la cónyuge o compañera en unión de hecho.
2. Urgencia Médica por Accidente tratada dentro de las cuarenta y ocho (48) horas inmediatas siguientes al Accidente, de acuerdo a lo establecido en la Tabla de Beneficios Máximos de las Condiciones Particulares.

Para acceder a las prestaciones y beneficios médicos a los que se refiere este Capítulo, el Titular se compromete a estar al día en el pago de las Cuotas respectivas y cualquier otra obligación con la Compañía y/o sus filiales.

CAPÍTULO V ADMINISTRACIÓN DE SINIESTROS

ARTÍCULO 10.-

PERÍODO DE PRESENTACIÓN DE SINIESTROS.- Para Incapacidades de tratamientos no continuos será el plazo máximo estipulado en la Tabla de Beneficios Máximos de las Condiciones Particulares contados a partir de la fecha en la que el Titular y/o Dependientes incurran en el primer Gasto Médico Cubierto. En caso de no presentarse a la Compañía una solicitud de reembolso dentro del período de presentación de siniestros, este no será cubierto.

PERÍODO DE ACUMULACIÓN DE CUENTAS.- Para Incapacidades crónicas o que requieran un tratamiento continuo, será el plazo máximo estipulado en la Tabla de Beneficios Máximos de las Condiciones Particulares contados a partir de la fecha en la que el Titular y/o Dependientes incurran en el primer Gasto Médico Cubierto. En caso de no presentarse a la Compañía una solicitud de reembolso dentro del Período de Acumulación de Cuentas, este no será cubierto.

ARTÍCULO 11.- DOCUMENTOS NECESARIOS PARA EL PAGO DE SINIESTROS.- La Compañía pagará los beneficios bajo este Contrato una vez que el Titular presente los siguientes documentos:

- Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos debidamente completado en formulario oficial de la Compañía.
- Historia Clínica Íntegra de atenciones hospitalarias y/u Hospital del Día.
- Historia Clínica Íntegra de atenciones ambulatorias o pre hospitalaria.
- Ficha Médica de consulta externa y/o atención pre hospitalaria.
- Formulario de atención en Emergencia Médica (No. 008).
- Nota de alta del servicio de Emergencia Médica.
- Protocolo operatorio.
- Comprobantes de venta de honorarios y servicios médicos.
- Originales de las órdenes médicas y originales de comprobantes de venta de exámenes.
- Resultados de los exámenes de laboratorio, imagen e histopatológicos.
- Originales de órdenes médicas y originales de comprobantes de venta de Medicinas.
- Parte policial.
- Exámenes toxicológicos.
- Certificados médicos.
- Certificados de cobertura y experiencia siniestral de otras compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y/o compañías de seguros que oferten cobertura de seguro de asistencia médica en las que estén o hayan estado afiliados o asegurados, en caso que se requiera confirmar si los Gastos Médicos presentados corresponden a una Condición Preexistente.

La Compañía podrá requerir información adicional por una sola ocasión, luego de lo cual deberá contestar sobre su aceptación o rechazo.

Todos los comprobantes de venta deben estar de acuerdo a lo que establece las leyes en dicha materia.

ARTÍCULO 12.- REEMBOLSO DE SINIESTROS.- La Compañía se obliga a reembolsar al Titular los beneficios amparados bajo este Contrato en un plazo máximo de sesenta (60) días contados a partir de la fecha de presentación de todos los documentos debidamente llenados y completados necesarios para el trámite, siempre y cuando el Titular se encuentre al día en el pago de sus Cuotas, excepto para el caso de **Emergencia Médica**. Los Gastos Médicos Cubiertos serán restituidos de acuerdo a lo establecido en el presente Contrato, sus Condiciones Particulares y/o Anexos, y la Tabla de Beneficios Máximos.

La Compañía notificará al Titular dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores al requerimiento, cuando la prestación no se encuentre cubierta o exceda el monto de cobertura.

ARTÍCULO 13.- CRÉDITO AMBULATORIO Y/U HOSPITALARIO.- La Compañía podrá otorgar un sistema de crédito al Titular y/o Dependientes, como mecanismo alternativo al reembolso, cuyo objetivo es evitar que el Titular pague directamente los gastos médicos a consecuencia de una prestación sanitaria cubierta por este Contrato.

El crédito podrá ser total o parcial de acuerdo al plan contratado y lo previsto en las Condiciones Particulares y/o Anexos, y otorgado siempre y cuando el Titular se encuentre al día en el cumplimiento de todas sus obligaciones económicas derivadas del Contrato.

Bajo la modalidad de crédito, la Compañía pagará los Gastos Médicos Cubiertos de acuerdo al plan contratado directamente al prestador de servicios de salud; de existir gastos no cubiertos por el plan contratado, se notificará al Titular el valor no cubierto para que sea cancelado a la Compañía dentro de los cinco (5) días posteriores a la comunicación.

ARTÍCULO 14.- REVISIÓN DE CASOS Y/O SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA.- En caso de duda, desacuerdo o inconsistencia en diagnóstico, Historia Clínica, protocolo operatorio, prescripción de Medicinas, liquidación de gastos médicos y/o cualquier otro requerimiento necesario para el pago de un siniestro o para establecer un beneficio al amparo del presente Contrato, la Compañía podrá solicitar una Segunda Opinión Médica para establecer la procedencia o no del siniestro. Los gastos generados por la Segunda Opinión Médica serán asumidos por la Compañía.

Así mismo, la Compañía podrá realizar una Revisión Médica con el Médico tratante del Titular y/o Dependientes sobre la planificación del cuidado y tratamiento apropiado de la Incapacidad, así como sugerir opciones de cuidados alternos recomendados con relación a la duración y/o tipo de tratamiento en curso.

CAPÍTULO VI PREEXISTENCIAS

El Titular y/o Dependientes recibirán la cobertura para Condiciones Preexistentes declaradas luego de transcurrido el Período de Carencia para cobertura de Condiciones Preexistentes y hasta el monto establecido en la Tabla de Beneficios Máximos de las Condiciones Particulares.

En el caso de que la Condición Preexistente constituyere una discapacidad y el Titular y/o Dependientes tuvieren la calificación de la entidad competente, no aplicará doble beneficio y se aplicará uno de ellos. Lo que establezca la ley competente.

Es responsabilidad del Titular y/o Dependientes declarar a la Compañía la existencia de una Condición Preexistente. La falta de información adecuada y veraz limita los beneficios del Contrato y puede ser causa de su terminación anticipada.

CAPÍTULO VII DEFINICIONES

Para los fines del presente Contrato, los siguientes términos tendrán el significado que a continuación se expresa, salvo que del contexto se desprenda lo contrario:

- 1. ACCIDENTE.-** Suceso violento, imprevisto, fortuito, repentino y ajeno a la voluntad del Titular y/o Dependientes, provocado por un agente externo, que produzca daños o Lesiones corporales. No se considerará Accidente en caso en el que el evento hubiera intervenido directamente y voluntariamente el Titular y/o Dependientes, por voluntad propia y/o bajo el efecto de consumo de alcohol y/o cualquier sustancia estupefaciente o sicotrópica y estando o no en uso de facultades mentales.
- 2. ALTA MÉDICA.-** Situación por la cual el Médico tratante autoriza al Titular y/o Dependientes dejar el Hospital y/o Clínica en el que se encontraba internado por Enfermedad o Accidente, o que certifica la conclusión de un tratamiento.

3. **AMBULANCIA.-** Medio de transporte legalmente autorizado por la autoridad competente, adecuado para trasladar hasta un Hospital y/o Clínica al Titular y/o Dependientes siempre y cuando sea Médicamente Necesario.
4. **CONDICIONES PARTICULARES.-** Aquellas condiciones específicas acordadas entre las Partes que rigen la relación entre la Compañía y el Titular.
5. **CONDICIONES PREEXISTENTES.-** Cualquier Enfermedad, patología o condición de salud que haya sido conocida por el Titular y/o Dependientes, diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción del Contrato o a la inclusión del Titular y/o Dependientes posterior al inicio de vigencia del Contrato.
6. **COPAGO.-** Valor fijo o porcentual, correspondientes a los Gastos Médicos Cubiertos con el que participa el Titular y/o Dependientes y la Compañía.
7. **CUARTO Y ALIMENTO DIARIO.-** Gastos Médicos Necesarios, Razonables y Acostumbrados en que incurren el Titular y/o Dependientes por concepto de habitación y alimentación, suministrados durante su permanencia por un período mayor a veinticuatro (24) horas en un Hospital y/o Clínica, por cada día de internación, por persona y por Incapacidad, hasta el límite de días y monto estipulados en la Tabla de Beneficios Máximos de las Condiciones Particulares.
8. **CUIDADO PALIATIVO.-** Se define como el cuidado de apoyo a pacientes con pocas expectativas de vida debido a una Enfermedad terminal. La elegibilidad para este beneficio se determina cuando el grupo de Médicos tratantes del paciente haya establecido la expectativa de vida del mismo y concluya que no existe un tratamiento que mejore la condición del paciente o que el paciente rechace el tratamiento.
9. **CUOTA.-** Contraprestación económica que el Titular se obliga a pagar en los términos previstos en este Contrato.
10. **DEDUCIBLE.-** Valor de Gastos Médicos Cubiertos asumidos por el Titular y/o Dependientes. El Deducible será aplicable por año contrato o por Incapacidad.
11. **DEDUCIBLE POR AÑO CONTRATO.-** Valor de Gastos Médicos Cubiertos asumido por el Titular y/o Dependientes por año contrato, entendiéndose por tal el año a partir de la vigencia del Contrato y así sucesivamente. Este Deducible se podrá aplicar tanto para las Incapacidades ambulatorias como hospitalarias, para cada una de ellas o solo para una de ellas, pudiendo ser acumulable durante el período. En la renovación del Contrato inicia nuevamente el Deducible.
12. **DEDUCIBLE POR INCAPACIDAD.-** Valor de Gastos Médicos Cubiertos asumido por el Titular y/o Dependientes, por cada Incapacidad. Este Deducible puede aplicarse tanto para Incapacidades ambulatorias como hospitalarias, para cada una de ellas o solo una de ellas y se restablece una vez que termine el Período de Incapacidad.
13. **DEPENDIENTE.-** El cónyuge del Titular o su compañero en unión de hecho y toda persona que tenga con el Titular relación de parentesco hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad.
14. **DEPORTES PROFESIONALES.-** A diferencia de amateur, son deportes en donde los participantes reciben pago o compensación monetaria por su rendimiento ya sea en competencias, demostraciones o entrenamientos.

15. **EMERGENCIA MÉDICA.-** Es toda contingencia de gravedad que afecta a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables hasta el momento que se haya superado la condición de emergencia.
16. **ENFERMEDAD.-** Alteración y desorden funcional que requiere tratamiento autorizado por un Médico.
17. **ENFERMEDAD CATASTRÓFICA.-** Proceso patológico de curso crónico que supone un alto riesgo para la vida del enfermo, de carácter prolongado o permanente y cuyo tratamiento puede ser susceptible de programación.
18. **ENFERMEDAD CONGÉNITA.-** Proceso patológico que tiene origen desde el nacimiento, se desarrolla lentamente y persiste durante un largo período de tiempo, con frecuencia durante toda la vida del enfermo.
19. **ENFERMEDAD CRÓNICA.-** Proceso patológico que se desarrolla lentamente y persiste durante un largo período de tiempo, con frecuencia durante toda la vida del enfermo.
20. **ENFERMEDAD INFECCIOSA.-** Proceso patológico común transmisible, causada por virus, bacterias, hongos o parásitos.
21. **EPICRISIS.-** Documento médico preparado el momento del Alta Médica del paciente, el cual contiene un resumen del estado actual, diagnósticos médicos finales, exámenes realizados, tratamiento y plan posterior al Alta Médica.
22. **EXAMEN MÉDICO.-** Proceso de control clínico ordenado por un Médico para constatar la situación del Titular y/o Dependientes.
23. **FACTOR DE CONVERSIÓN MONETARIO (FCM).-** Corresponde al valor asignado para servicios institucionales y servicios profesionales médicos, que se clasifican por áreas de especialidad. Este factor se expresa en la moneda de curso legal.
24. **GASTOS AMBULATORIOS.-** Gastos ocasionados por atenciones médicas que no requieran hospitalización, proporcionadas por un Médico, a consecuencia de Accidente o Enfermedad, determinada mediante diagnóstico médico, exclusivamente para el Titular y/o Dependientes que hubieren recibido el respectivo diagnóstico.
25. **GASTOS HOSPITALARIOS.-** Gastos ocasionados por atenciones médicas que necesaria y médicamente requieren internación en un Hospital y/o Clínica por más de veinticuatro (24) horas, ordenados y aprobados por un Médico, exclusivamente para el Titular y/o Dependientes que hubieren recibido el respectivo diagnóstico.
26. **GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS.-** Todos los Gastos Médicos Necesarios, Razonables y Acostumbrados del medio ecuatoriano, incurridos por el Titular y/o Dependientes, ordenados por Médicos, como consecuencia de Accidente o Enfermedad determinada mediante diagnóstico médico, atendidos dentro o fuera de cualquier Hospital y/o Clínica, con excepción de aquellos incurridos por las causas o condiciones indicadas en el Capítulo VIII, Exclusiones de este Contrato.
27. **GASTOS MÉDICOS NECESARIOS, RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS.-** Costos médicos, justos y razonables, que no excedan el nivel de otros cargos similares en el prestador de servicios de salud en la localidad en que éste funcione.

- 28. HISTORIA CLÍNICA.-** Es un documento médico legal en el que se describe en forma sistemática los acontecimientos médicos y sicosociales de la vida de un paciente, circunstancias familiares, ambientales y de sus ascendientes que puedan tener relación con su estado de salud. La Historia Clínica por su naturaleza no es sujeta de modificación o reforma.
- 29. HOSPITAL DEL DÍA.-** Centro médico, clínico y/o quirúrgico donde puedan realizarse tratamientos o procedimientos médicos frente a Enfermedades, dolencias agudas y emergencias para realizar intervenciones o procedimientos especiales y de baja complejidad en los cuales el paciente requiere menos de veinticuatro (24) horas en el prestador de servicios de salud para su recuperación.
- 30. HOSPITAL Y/O CLÍNICA.-** Centro médico, clínico y/o quirúrgico donde puedan realizarse tratamientos o procedimientos médicos frente a Enfermedades, dolencias agudas y emergencias que funcionen las veinticuatro (24) horas del día, provisto de las facilidades necesarias que consten en el respectivo permiso de funcionamiento para atender pacientes, enfermos y/o heridos, bajo la supervisión de un cuerpo de Médicos, enfermeras y personal debidamente acreditado para prestar servicios de salud.
- 31. INCAPACIDAD.-** Enfermedad y/o Lesión accidental. Todos los desórdenes corporales, Enfermedad, patología o condición de salud que existan simultáneamente y sean debidos a una misma causa o estén relacionados, serán considerados como una sola Incapacidad, al igual que todas las Lesiones sufridas en un mismo Accidente.
- 32. LESIÓN.-** Alteración de un órgano causada por Accidente ocurrido durante la vigencia de este Contrato.
- 33. LIGADURA DE TROMPAS DE FALLOPIO.-** Procedimiento quirúrgico para la esterilización y/o control de natalidad permanente por medio del cual se atan y bloquean las trompas de falopio para cerrarlas e impedir el paso del óvulo al útero para su fertilización.
- 34. LÍMITE DE COPAGO.-** Límite máximo correspondiente a los Gastos Médicos Cubiertos luego de descontado el Deducible hasta el cual participa el Titular y/o Dependientes del valor porcentual del Copago.
- 35. LÍMITE MÁXIMO POR AÑO CONTRATO.-** Es la máxima responsabilidad a cargo de la Compañía producto del financiamiento de todos los Gastos Médicos Cubiertos que tiene derecho el Titular y/o Dependientes por cada año de vigencia de este Contrato.

El Límite Máximo por Año Contrato disminuirá con relación a cada Titular y/o Dependientes en el valor de los beneficios cubiertos por la Compañía. De ningún modo implica que las coberturas descritas en las Condiciones Particulares pueden extenderse o superar el monto estipulado.

Las prestaciones sanitarias amparadas por el presente Contrato podrán tener su propio límite (sub límite) subordinado al Límite Máximo por Año Contrato.

- 36. LÍMITE MÁXIMO POR INCAPACIDAD.-** Es la máxima responsabilidad a cargo de la Compañía producto del financiamiento de todos los Gastos Médicos Cubiertos que tiene derecho el Titular y/o Dependientes por cada Incapacidad atendida dentro o fuera del Hospital y/o Clínica.

De ningún modo, implica que las coberturas descritas en las Condiciones Particulares pueden extenderse o superar el monto estipulado.

Cada prestación sanitaria amparada por el presente Contrato podrá tener su propio límite máximo.

37. MÉDICAMENTE NECESARIO.- Se refiere a tratamiento, servicio, o suministro médico que sea necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una Enfermedad o Lesión. Dicho tratamiento, servicio o suministro no se considerará Medicamento Necesario si:

- 37.1. Se provee sólo para la comodidad del Titular y/o Dependientes o de la familia de éste o del prestador de servicios de salud;
- 37.2. No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del Titular y/o Dependientes;
- 37.3. Excede el nivel de atención que se necesita para proveer un diagnóstico o tratamiento adecuado;
- 37.4. Se otorga un tratamiento no fundamentado en medicina basada en evidencia y en la oferta y tecnologías sanitarias aprobadas y disponibles en el País de Residencia o el exterior;
- 37.5. Se considera como experimental y no aprobado por la Autoridad Sanitaria Nacional.

38. MEDICINAS.- Fármacos prescritos por un Médico, registrados y autorizados para la venta.

39. MÉDICO.- Persona natural que ejerce la profesión de la medicina en especialidades reconocidas por la entidad gubernamental pertinente, en el territorio ecuatoriano.

40. MIEMBRO DE FAMILIA.- Cónyuge o compañero en unión de hecho, padre, madre, hermanos, hijos, nietos, tíos del Titular y/o Dependientes.

41. PAÍS DE RESIDENCIA.- La República del Ecuador.

42. PERÍODO DE ACUMULACIÓN DE CUENTAS.- Tiempo durante el cual el Titular y/o Dependientes pueden acumular los comprobantes de venta correspondientes a los gastos médicos incurridos por una Incapacidad que requiera tratamiento continuo, contado a partir de la fecha en que el Titular y/o Dependientes incurran en el primer gasto con el correspondiente diagnóstico médico.

43. PERÍODO DE CARENCIA.- Tiempo que debe transcurrir desde el momento de la afiliación individual del Titular y/o Dependientes hasta el momento en que la persona puede recibir las prestaciones sanitarias cubiertas por el presente Contrato. Durante este período la Compañía no está obligada a cubrir los gastos originados por cualquier Incapacidad.

Para la prestación de atención de embarazo, que aplica exclusivamente a la Titular o cónyuge o compañera en unión de hecho del Titular, si el embarazo se produjere durante el Período de Carencia, las mujeres embarazadas recibirán cobertura de atención prenatal, incluyendo las Prestaciones de Prevención Primaria del embarazo descritas en el Anexo de Prestaciones con Tarifa Cero.

Los Períodos de Carencia están definidos en las Condiciones Particulares del presente Contrato.

44. PERÍODO DE INCAPACIDAD.- Tiempo durante el cual el Titular y/o Dependientes incurren en Gastos Médicos Cubiertos a causa de una Incapacidad. El Período de Incapacidad inicia desde el primer Gasto Médico Cubierto y finalizará en un tiempo de trescientos sesenta y cinco (365) días. La renovación de este Contrato y/o la modificación de las coberturas no alteran el Período de Incapacidad ya establecido. Un nuevo Período de Incapacidad se restablecerá con respecto a una misma Incapacidad siempre y cuando el período anterior haya finalizado.

La responsabilidad de la Compañía cesa cuando no se encuentra vigente el Contrato y/o sus Anexos, al término del Período de Incapacidad o al agotarse el Límite Máximo por Incapacidad, lo que suceda primero. Un nuevo Límite Máximo por Incapacidad se restablecerá únicamente cuando un nuevo Período de Incapacidad se haya iniciado.

- 45. PRESTACIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA.-** Son medidas orientadas a evitar la aparición de una Enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes.
- 46. REVISIÓN MÉDICA.-** Derecho de la Compañía de determinar la necesidad de un tratamiento médico planeado.
- 47. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA.-** Revisión Médica realizada por parte de un Médico asignado por la Compañía para determinar si los gastos a realizarse, sean ambulatorios, quirúrgicos u hospitalarios, serán cubiertos o no. La Compañía se reserva el derecho de hacer esta Segunda Opinión Médica.
- 48. SERVICIOS DE LABORATORIO CLÍNICO E IMAGEN.-** Análisis de laboratorio e investigación de radiografía y de medicina nuclear, utilizados en el diagnóstico y tratamiento de Enfermedades o Accidentes. Los Servicios de Laboratorio Clínico e Imagen se consideran como parte del tratamiento realizado por especialistas, cuando éstos proveen dichos servicios o se dispongan en el proceso de diagnóstico y control solicitados por el Médico.
- 49. SUB LÍMITES PARA ATENCIÓN DE EMBARAZO.-** Es la máxima responsabilidad a cargo de la Compañía producto del financiamiento de todos los Gastos Médicos Cubiertos para la atención de embarazo de acuerdo a lo estipulado en el Capítulo IV, Artículo 8, numeral 10.

Este límite disminuirá con relación a cada Titular y/o cónyuge o compañera en unión de hecho en el valor de los beneficios cubiertos por la Compañía para cada uno de los sub límites abajo descritos:

- 49.1. SUB LÍMITE PARA PARTO NORMAL.-** Es la máxima responsabilidad a cargo de la Compañía producto del financiamiento de todos los Gastos Médicos Cubiertos para partos vaginales. Incluye todos los gastos prenatales, recepción del recién nacido, desde el momento de la concepción, hasta cuando el niño se encuentre fuera del vientre materno. Esta cobertura se pagará de acuerdo a lo estipulado en la Tabla de Beneficios Máximos de las Condiciones Particulares y en ningún caso superará dicho valor.
- 49.2. SUB LÍMITE PARA CESÁREA.-** Es la máxima responsabilidad a cargo de la Compañía producto del financiamiento de todos los Gastos Médicos Cubiertos para partos por cesárea. Incluye todos los gastos prenatales, recepción del recién nacido, desde el momento de la concepción, hasta cuando el niño se encuentre fuera del vientre materno. Esta cobertura se pagará de acuerdo a lo estipulado en la Tabla de Beneficios Máximos de las Condiciones Particulares y en ningún caso superará dicho valor.
- 49.3. SUB LÍMITE PARA ABORTO NO PROVOCADO.-** Es la máxima responsabilidad a cargo de la Compañía producto del financiamiento de todos los Gastos Médicos Cubiertos para aborto no provocado. Incluye todos los gastos prenatales, desde el momento de la concepción, hasta cuando se produzca el aborto. Esta cobertura se pagará de acuerdo a lo estipulado en la Tabla de Beneficios Máximos de las Condiciones Particulares y en ningún caso superará dicho valor.
- 49.4. SUB LÍMITE PARA COMPLICACIONES DE MATERNIDAD.-** Es la máxima responsabilidad a cargo de la Compañía producto del financiamiento de todos los Gastos Médicos Cubiertos para las complicaciones que pudiese sufrir la madre durante el embarazo, después de la recepción del recién nacido (parto vaginal o cesárea) y hasta cuarenta (40) días después del parto vaginal o cesárea. Incluye también los gastos médicos del feto mientras se encuentre en el vientre materno.

49.5. SUB LÍMITE PARA COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO.- Es la máxima responsabilidad a cargo de la Compañía producto del financiamiento de todos los Gastos Médicos Cubiertos para las complicaciones que pudiese sufrir el recién nacido al momento del parto. Esta cobertura se pagará de acuerdo a lo estipulado en la Tabla de Beneficios Máximos de las Condiciones Particulares y en ningún caso superará dicho valor.

De ningún modo implica que las coberturas descritas en las Condiciones Particulares pueden extenderse o superar el monto estipulado.

50. TITULAR.- Toda persona natural que de acuerdo a los términos de este Contrato, ha sido calificada por la Compañía para tener acceso al financiamiento de las prestaciones sanitarias y beneficios de los servicios de atención integral de salud prepagada ofrecidos por la Compañía y que por sus propios y personales derechos suscribe el presente Contrato. Además es responsable del pago de las Cuotas y demás obligaciones estipuladas y derivadas del presente Contrato.

51. TRASPLANTE DE ÓRGANOS.- Corresponde a la obtención y utilización clínica de órganos, tejidos y células de humanos donados de acuerdo a la respectiva ley y realizados en Hospitales y/o Clínicas que cuenten con la capacidad técnica para hacerlo en el territorio ecuatoriano. Incluye gastos médicos del donante, relacionados con la procuración de órganos en donantes cadavéricos o con extracción del órgano en donantes vivos y sus complicaciones.

52. TRATAMIENTO DENTAL DE URGENCIA A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE.- Tratamiento necesario para restituir o reemplazar piezas dentales naturales, perdidas o dañadas en un Accidente, dentro de las setenta y dos (72) horas de sufrido el Accidente. Este beneficio se pagará como cualquier Incapacidad.

53. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.- Gastos Médicos Necesarios, Razonables y Acostumbrados incurridos por el Titular y/o Dependientes por concepto de cama, equipos, instalaciones, alimentación y demás servicios durante su permanencia en el área de cuidados intensivos, suministrados en un Hospital y/o Clínica, por cada día de internación, por persona, por Incapacidad, hasta el límite de días y monto estipulados en la Tabla de Beneficios Máximos de las Condiciones Particulares.

54. URGENCIA MÉDICA.- Es la aparición fortuita de un problema de etiología diversa y de gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención de parte del sujeto o de sus allegados. O, aquella patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero que obligatoriamente no debe retrasarse su tratamiento. O aquella que dicte la Autoridad Sanitaria Nacional.

55. VASECTOMÍA.- Procedimiento quirúrgico para la esterilización y/o control de la natalidad permanente donde los conductos deferentes, que son los conductos que llevan los espermatozoides, son amarrados y cortados para prevenir que los espermatozoides entren al flujo seminal.

CAPÍTULO VIII EXCLUSIONES

Se excluye de los beneficios otorgados, los gastos originados en, relacionados con, u ocurridos a causa de:

1. Lesiones o Enfermedades resultantes de: catástrofes, desastres naturales, guerra declarada o no, invasión, acto de enemigo extranjero, hostilidades u operaciones bélicas, amotinamiento, motín, sublevación, huelga, conmoción civil, guerra civil, actos terroristas, rebelión, revolución, insurrección, conspiración, sedición, asonada, poder militar o usurpado, ley marcial o estado de sitio o cualquiera de los sucesos o causas que determinen la proclamación o mantenimiento de la ley marcial o estado de sitio, comiso, cuarentena dispuesta por cualquier gobierno o autoridad pública o local o por orden de dicho gobierno o autoridad. Esta exclusión no resultará afectada

por cualquier Contrato que no haga alusión específica a la misma, en parte o en todo.

2. Condiciones Preexistentes no declaradas.
3. Cualquier tipo de servicio no autorizado de transporte del paciente en cualquier condición.
4. Curas de reposo, Enfermedades nerviosas, psiquiátricas, psicológicas y/o trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas, así como tratamientos para corregir trastornos de la conducta y el aprendizaje, a excepción de Lesiones debido a trastornos de salud mental, estados de demencia, incluso a resultantes por intento de suicidio.
5. Curas de reposo, Enfermedades nerviosas, psiquiátricas, psicológicas y/o trastornos de enajenación mental, estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis o psicosis, cualesquiera que fuesen sus manifestaciones clínicas derivadas de adicciones o farmacodependencia, a excepción de Lesiones debido a trastornos de salud mental, estados de demencia, incluso a resultantes por intento de suicidio.
6. Terapia ambiental de descanso y/o para observación, servicios o tratamientos en instituciones asistenciales, hidroclínicas, baños termales, sanatorios, clínicas de reposo.
7. Exámenes generales de salud (chequeos médicos de rutina) a excepción de los descritos en el Anexo de Prestaciones con Tarifa Cero.
8. Exámenes y tratamientos dentales y/u odontológicos en general, a menos que sean a consecuencia de Accidente ocurrido durante la vigencia de este Contrato.
9. Cirugía electiva, estética, cosmética así como el tratamiento médico cuyo principal propósito sea el embellecimiento
10. Tratamientos y/o métodos correctivos generados por defectos de refracción visual (optometría).
11. Equipos médicos duraderos como sillas de ruedas, camas de hospitales, equipos requeridos para terapia física o vocacional, costos por adaptación de vehículos, cuartos de baños, residencias y cualquier otro equipo médico duradero a excepción del alquiler de cualquier equipo o dispositivo médico para monitoreo e infusión de medicamentos y los suministros necesarios para su utilización o funcionamiento.
12. Prótesis y/o dispositivos de corrección que no sean quirúrgicamente necesarios.
13. Compra o alquiler de audífonos.
14. Aborto que se haya realizado por razones psicológicas o sociales y sus consecuencias.
15. Cuidados podiátricos, incluyendo, de manera enunciativa pero no taxativa, cuidados de los pies relacionados con callos, pies planos, arcos débiles, pies débiles, incluyendo zapatos e insertos especiales de cualquier tipo o forma.
16. Honorarios médicos facturados por parte de un Miembro de Familia. Así mismo, la auto terapia y auto prescripción de Medicinas.
17. Trasplante de Órganos, excepto los detallados en el Capítulo IV, Artículo 8, numeral 11 de este Contrato.
18. Costo de adquisición e implantación de corazón artificial y dispositivos mono o biventriculares.

19. Cualquier crío preservación, la implantación o re implantación de células vivas.
20. Cualquier tratamiento en vía de experimentación.
21. Cualquier tratamiento no fundamentado en medicina basada en evidencia y en la oferta y tecnologías sanitarias aprobadas y disponibles en el País de Residencia o en el exterior.
22. Gastos médicos causados a consecuencia de Lesiones que surjan como resultado del servicio activo en calidad de Policía, de miembro de las Fuerzas Armadas o de Empresas de Seguridad legalmente establecidas, a menos que el Titular adquiera el Anexo de Cobertura de Lesiones a Consecuencia de Servicio Activo en Policía, Fuerzas Armadas o Empresas de Seguridad legalmente establecidas.
23. Trastornos de la articulación temporomandibular (TMJD) o maloclusión.
24. Enfermera o prestador de servicios privados, contratados por decisión propia del Titular y/o Dependientes dentro o fuera del Hospital y/o Clínica, sin que exista prescripción médica.
25. Gastos médicos por concepto de tratamientos que ocurran con posterioridad a la expiración o terminación de este Contrato.
26. Exámenes de diagnóstico y gastos innecesarios por servicios o equipos médicos no relacionados o inherentes con la Incapacidad.
27. Incapacidad originada en caso de violación de leyes, normas o reglamentos cuando dicha violación corresponda a una infracción penal dolosa y constituya la causa del siniestro.
28. Tratamientos relacionados con sobrepeso, talla corta y/o alopecia; así como lo relacionado a fertilización, inseminación artificial, impotencia y disfunción eréctil.
29. Enfermedades que sean declaradas como epidemias y/o pandemias por la autoridad competente.
30. Incapacidades y sus complicaciones como consecuencia de la aplicación de rayos x, radioterapia, radium e isótopos.
31. Incapacidades y sus complicaciones derivadas de tratamientos y/o beneficios no cubiertos en este Contrato.
32. Tratamiento para Lesiones como consecuencia de la participación en competencias, demostraciones o entrenamientos de Deportes Profesionales, por la cual el Titular y/o Dependientes reciban una compensación monetaria o beneficio financiero, a menos que el Titular adquiera el Anexo de Práctica Profesional de Deportes.
33. Incapacidad generada en condiciones de prisión o privación de libertad.

CAPITULO IX PAGO DE LAS CUOTAS

Las Cuotas son pagaderas al contado y por anticipado, contra recibo oficial de la Compañía otorgado por la persona autorizada para la cobranza. La falta de presentación de estado de cuenta, recibo de cobro o cualquier otro documento de parte de la Compañía no libera al Titular la obligación de pago de sus Cuotas en las fechas establecidas. A falta de cobro por medio de agentes debidamente autorizados por la Compañía, es obligatorio para el Titular pagar las Cuotas en las oficinas principales de la Compañía.

La Cuota es indivisible y en consecuencia no se podrá pagar por partes. La primera Cuota es pagadera al momento de la suscripción del Contrato, las demás Cuotas son pagaderas por anticipado máximo dentro del mes de vigencia.

El pago deberá realizarse en moneda de curso legal. La Compañía no está obligada a recibir ningún otro medio de pago. El pago que se realice mediante cheque u otra forma de pago, no se reputa realizado sino cuando los fondos se hubieren hecho efectivos, pero su efecto se retrotrae al momento de la entrega.

En caso que se hubiese emitido una autorización de débito automático a cualquier institución financiera, dicha autorización podrá ser revocada siempre y cuando se lo haga con cuarenta y cinco (45) de días de anticipación.

El Titular es responsable del pago de los gastos no cubiertos, Deducible y/o Copago de cualquier valor que haya sido financiado por la Compañía y no esté previsto en la Tabla de Beneficios Máximos de las Condiciones Particulares. La falta de pago generará interés a la tasa activa referencial.

CAPÍTULO X IMPUESTOS

Todos los impuestos o tasas actuales o que se crearen en el futuro, que graven este Contrato y las obligaciones contenidas en él, serán asumidos por el Titular.

CAPÍTULO XI PERÍODO DE CADUCIDAD PARA EL REEMBOLSO DEL SINIESTRO

El Titular y/o Dependientes, ante un siniestro presentado a la Compañía dentro del período de presentación de siniestros o del Período de Acumulación de Cuentas que no aporte prueba suficiente de los Gastos Médicos Cubiertos, dispondrá de ciento ochenta (180) días contados a partir de la fecha de ocurrido el Accidente o Enfermedad, para adjuntar la documentación necesaria que demuestre fehacientemente los Gastos Médicos Cubiertos. De no presentarse la documentación necesaria dentro del plazo establecido, caducará todo derecho del Titular y/o Dependientes para el reembolso de cualquier valor relacionado con Gastos Médicos Cubiertos.

CAPÍTULO XII COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Si el Titular y/o Dependientes recibieren beneficios bajo este Contrato y resultaren asegurados y/o afiliados bajo otro plan y/o seguro que satisfaga todo o parte de los gastos incurridos por Gastos Necesarios, Razonables y Acostumbrados para el diagnóstico o tratamiento de una Incapacidad, la suma de los beneficios pagaderos por este Contrato y por cualquier otro seguro y/o plan será coordinada, de manera que el total pagadero no sobrepase el cien por ciento (100%) de los Gastos Médicos Cubiertos. En ningún caso, los Gastos Médicos Cubiertos pagaderos por este Contrato podrán exceder el límite máximo estipulado en las Condiciones Particulares ni se duplicarán o acumularán con los beneficios de cualquier otro plan y/o seguro de asistencia médica que tengan el Titular y/o Dependientes.

CAPÍTULO XIII SUBROGACIÓN POSITIVA

En aquellos casos en los que un Titular y/o Dependientes incurran en gastos médicos por Lesiones corporales o Enfermedad causados por un tercero, el Titular y/o Dependientes luego de recibir el pago correspondiente subrogan automáticamente y sin necesidad de documento adicional alguno, a favor de la Compañía todos sus derechos contra dicho tercero, hasta el monto cubierto por la Compañía. Cuando el Titular colabore con la Compañía en la recuperación de los valores adeudados por dicho tercero, tomando las acciones necesarias o coadyuvando para que tal tercero responda por el perjuicio causado, la Compañía reembolsará a dicho Titular el porcentaje sobre el valor recuperado que corresponda a aquel asumido por el Titular y/o Dependientes por concepto de Deducible y/o Copago.

CAPÍTULO XIV OBLIGACIONES DEL TITULAR

ARTÍCULO 15.- OBLIGACIONES DEL TITULAR DEL CONTRATO.- Sin perjuicio y en adición a las otras obligaciones dispuestas a lo largo del presente Contrato, el Titular está también obligado a:

1. Actuar de buena fe. Se entiende por buena fe hechos tales como actuar con verdad, exactitud y rectitud en toda información que se deba entregar o se entregue a la Compañía.
2. Responder personalmente de sus actos y de los de sus Dependientes.
3. Responder por el correcto uso y ejercicio que él y sus Dependientes hagan de sus derechos previstos en este Contrato.
4. Proporcionar a la Compañía, oportuna y verazmente, toda la información que ésta le requiera para la evaluación y aplicación de las previsiones de este Contrato.
5. Informar por escrito a la Compañía los cambios en relación con los Dependientes.
6. Pagar a la Compañía las Cuotas aplicables dentro de los primeros diez (10) días del período estipulado para su pago.
7. Asistir y/u obtener de los Dependientes la concurrencia a interconsultas y/o Segunda Opinión Médica, y exámenes clínicos de un profesional, a requerimiento de la Compañía.
8. Declarar las Condiciones Preexistentes, tanto propias como de sus Dependientes, anteriores a la suscripción del presente Contrato.
9. Devolver debidamente firmado a la Compañía este Contrato y todos sus Anexos.

CAPÍTULO XV TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL CONTRATO

Este Contrato y sus Anexos terminarán automáticamente en cualquiera de los siguientes casos:

1. Por decisión unilateral del Titular, mediante notificación escrita con no menos de quince (15) días de anticipación.
2. En base a la presunción prevista en el numeral 3, Artículo 38 de la “Ley Orgánica que regula a las Compañías que financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica”, la Compañía podrá terminar unilateralmente el Contrato en caso de que el Titular y/o Dependientes no hubieren actuado de buena fe, frente a lo cual el Titular que tuviere prueba en contrario podrá sustanciar un reclamo de conformidad con lo previsto en la mencionada Ley.
3. Si cambia de País de Residencia, por solicitud del Titular. En caso de que el Titular decida mantener vigente su Contrato habiendo cambiado su País de Residencia la Compañía se limitará a financiar los servicios de atención integral de salud prepagada que se den exclusivamente en el territorio ecuatoriano.
4. Por falta de pago de las Cuotas por tres (3) meses consecutivos y la notificación por escrito por parte de la Compañía al Titular del Contrato, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 31 de la “Ley Orgánica que regula a las Compañías que financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica”.

Cualquier Cuota que se pague después de dicha fecha solo obliga a la Compañía a su devolución.

En caso de incumplimiento de las contraprestaciones económicas, la Compañía suspenderá el financiamiento para la cobertura de las prestaciones contratadas hasta cuando se produzca el pago de las Cuotas adeudadas, excepto para Emergencia Médica. Para este efecto, previamente por vía electrónica o escrita, se notificará al Titular, su agencia y/o agente asesor productor de seguros sobre este hecho.

Si se produce el fallecimiento del Titular del presente Contrato, se mantendrán todas y cada una de las coberturas del plan contratado en favor de los Dependientes por un (1) año, contado a partir de la fecha del deceso, sin que estos estén en la obligación de pagar Cuota alguna.

En el caso de fallecimiento del Titular y si la anualidad estuviere pagada en su totalidad se devolverá el valor proporcional al cónyuge o compañero en unión de hecho que se haya nombrado en la solicitud. Si no se nombró a ningún cónyuge o compañero en unión de hecho en la Solicitud entonces el valor a ser devuelto se pagará a los herederos legales del Titular.

CAPÍTULO XVI TERMINACIÓN DEL BENEFICIO INDIVIDUAL DE CADA DEPENDIENTE

ARTÍCULO 16.- TERMINACIÓN DEL BENEFICIO INDIVIDUAL DE UN DEPENDIENTE.- El beneficio de un Dependiente bajo este Contrato terminará automáticamente en cualquiera de los siguientes casos:

1. Si se termina el Contrato y/o sus Anexos.
2. Si pierde la calidad de cónyuge o compañero en unión de hecho.
3. Por dolo o fraude.
4. Si cambia de País de Residencia, por solicitud del Titular. En caso de que el Titular decida mantener vigente su Contrato habiendo cambiado su País de Residencia la Compañía se limitará a financiar los servicios de atención integral de salud prepagada que se den exclusivamente en el territorio ecuatoriano.

Cualquier Cuota que se pague después de dicha fecha, solo obliga a la Compañía a su devolución.

CAPÍTULO XVII RESTABLECIMIENTO DE LA VIGENCIA DEL CONTRATO

Producida la terminación anticipada del Contrato, por decisión unilateral del Titular, éste podrá, por una sola ocasión, solicitar a la Compañía, el restablecimiento de la vigencia del Contrato, con las mismas condiciones originales, dentro de los tres (3) meses posteriores a dicha solicitud de terminación. En este caso deberá pagar las Cuotas correspondientes desde el momento de la terminación y la fecha del restablecimiento de vigencia del Contrato.

CAPÍTULO XVIII RENOVACIÓN

Queda acordado que, la Compañía renovará el presente Contrato de manera automática excepto en casos de:

1. Si el Contrato no se hubiere mantenido en vigor durante el plazo establecido.
2. Si no se hubieren pagado las Cuotas en las fechas pactadas.
3. Si el Titular no acepta las reglas, términos, definiciones y beneficios que prevalezcan al momento de la renovación, y;
4. Si el Titular presenta un aviso de cancelación por escrito con un mínimo de quince (15) días de anticipación.

La Compañía tendrá el derecho de ajustar las Cuotas de afiliación y/o cambiar las reglas, términos, definiciones y montos de los beneficios de este Contrato, siempre y cuando dichos cambios apliquen a la totalidad de afiliados de este plan y al grupo etario al que pertenezcan.

CAPÍTULO XIX SUSCRIPCIÓN DE UN NUEVO CONTRATO

Reconociendo el principio de libertad contractual, en caso de que el Titular y/o Dependientes soliciten la emisión de un nuevo Contrato de medicina prepagada en reemplazo y/o adición del presente Contrato, la Compañía actuará de acuerdo a lo estipulado en los párrafos primero y tercero del artículo 34 de la "Ley Orgánica que regula a las Compañías que Financien Servicios de atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que oferten cobertura de Seguros de Asistencia Médica".

En este sentido, las Condiciones Preexistentes debidamente declaradas recibirán obligatoriamente cobertura por un monto anual de veinte (20) salarios básicos unificados del trabajador en general, cobertura que aplicará después de un Período de Carencia de veinticuatro (24) meses contado a partir de la fecha de suscripción del respectivo Contrato. El monto de cobertura podrá ser ampliado y el

Período de Carencia reducido, en virtud del acuerdo libre y voluntario de las partes.

CAPÍTULO XX CESIÓN DEL CONTRATO

El Titular no podrá ceder el presente Contrato. Los Dependientes tampoco pueden transferir los beneficios otorgados.

A fin de garantizar los derechos del Titular y/o Dependientes, en caso de disolución y liquidación voluntaria o forzosa, la Compañía podrá ceder el presente Contrato para lo cual seguirá el procedimiento previsto en el Artículo 16 de la “Ley Orgánica que regula a las Compañías que financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica”.

CAPÍTULO XXI PROCEDIMIENTO LEGAL

Cualquier queja derivada de los beneficios del presente Contrato, en primera instancia deberá ser formalizada a la Compañía por escrito en el término de siete (7) días desde la negativa de cubrir el financiamiento de las prestaciones sanitarias o el incumplimiento de las obligaciones contractuales del Titular y/o Dependientes. Si dentro del término de ocho (8) días luego de la presentación de la queja no se llegare a un acuerdo, la parte que se creyere perjudicada podrá presentar reclamo administrativo correspondiente, otras acciones judiciales o mecanismo de procedimiento alternativo de solución de conflictos a elección del actor.

El procedimiento anterior no excluye el derecho del actor de plantear de modo directo las acciones judiciales a que hubiere lugar, o de emplear del mismo modo, mecanismos o procedimientos alternativos de solución de conflictos.

Los reclamos que sobre la aplicación y cumplimiento de los contratos fueran planteados por las partes contratantes se sustanciarán en lo observado previsto en la Sección Segunda (Procedimiento para la sustanciación del reclamo administrativo) de la “Ley Orgánica que regula a las Compañías que financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica”, que prevalecerá por su especialización sobre las constantes en otros cuerpos legales. El Titular podrá presentar reclamo administrativo debidamente fundamentado y respaldado documentariamente ante el o la Intendente/a de Compañías, de la jurisdicción de su domicilio, dentro del término de ciento veinte (120) días, contados a partir de la fecha de vencimiento del término establecido para el acuerdo directo.

De acuerdo al Artículo 34 de la “Ley Orgánica que regula a las Compañías que financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica”, la Compañía podrá presentar reclamo administrativo, en la forma prevista en esta ley, para alegar preexistencia no declarada al tiempo de la contratación, cuando considere que el Titular y/o Dependientes conocían la existencia de su Enfermedad, patología o condición de salud cuyas manifestaciones clínicas y alteraciones físicas, que por sus signos y síntomas característicos y evidentes, no pudieron pasar desapercibidos por el Titular y/o Dependientes.

CAPÍTULO XXII PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Las Partes convienen que en caso de surgir diferencias, por razón o con ocasión del presente Contrato, realizarán los acuerdos para someter tales diferencias al trámite de arbitraje administrativo de los jueces árbitros de la Cámara de Comercio del domicilio del actor, quienes quedan expresamente facultados por las Partes para adoptar las medidas cautelares que procedan de acuerdo con la Ley de Arbitraje y Mediación. El Arbitraje será en derecho. El laudo será definitivo y no estará sujeto a ningún recurso.

CAPÍTULO XXIII LEY APLICABLE Y RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Este Contrato se rige en el territorio ecuatoriano bajo las leyes de la República del Ecuador. En todo aquello que no estuviere específicamente dispuesto en el Contrato se aplicarán las normas legales aplicables de acuerdo con la naturaleza de este Contrato.

En consecuencia, de lo antes estipulado, los beneficios derivados del Contrato se limitan al financiamiento de los servicios de atención integral de salud que se oferten en el territorio ecuatoriano.

CAPÍTULO XXIV NOTIFICACIONES

Todas las notificaciones, demandas, solicitudes y otras comunicaciones requeridas o permitidas bajo este Contrato se realizarán por escrito y serán entregadas personalmente o enviadas por correo certificado o correo electrónico con confirmación de lectura a las direcciones señaladas por las Partes al pie de las firmas respectivas. Las notificaciones y cualquier otra comunicación se considerarán recibidas a partir del día de su recepción o confirmación de lectura, si se las entrega personalmente o se las envía por correo certificado; o en la fecha de su confirmación.

CAPÍTULO XXV VARIOS

ARTÍCULO 17.-

- a. Los Anexos debidamente suscritos por las Partes, se consideran parte integral del Contrato.
- b. Cada Parte declara y garantiza que tiene total capacidad y autoridad para celebrar este Contrato y que este Contrato no viola ningún convenio o ninguna disposición de un convenio celebrado por cualquiera de las Partes.
- c. Cualquier estipulación de este Contrato que sea declarada inválida o nula no afectará las restantes estipulaciones del Contrato y las Partes se comprometen a negociar de inmediato y en buena fe estipulaciones que reemplacen las declaradas nulas o inválidas siguiendo el espíritu de éstas.
- d. Cualquier omisión o retraso en el ejercicio de cualquier derecho otorgado al tenor de este Contrato no se entenderá como renuncia al ejercicio de tal derecho ni impedirá su posterior utilización.

Este Contrato es compromiso válido y vinculante de las Partes, pero ninguna de sus estipulaciones se entenderá que pretende conferir o confiere derecho alguno a terceros.

CAPÍTULO XXVI USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS Y TECNOLÓGICOS

Las partes libre y voluntariamente manifiestan que, con el objeto de contar con un mejor servicio, acuerdan el uso de medios electrónicos y tecnológicos en sus relaciones. Las partes expresamente declaran que se comprometen a actuar de buena fe en el uso de los medios electrónicos e informáticos, los que serán utilizados con fines lícitos, legales y de optimización en los servicios.

El Titular ratifica, confirma, acepta y declara irrevocablemente que todas las instrucciones impartidas a través de medios electrónicos, informáticos y telemáticos sean mediante internet, correo electrónico, formularios electrónicos, seguridades, códigos, claves, medios magnéticos, aceptaciones facilitadas por cualquier medio o forma a través del sistema de la Compañía bajo su identificación y con la clave equivalente a firma electrónica proporcionada por y a través de la Compañía, y otros medios, son emitidas por él, contiene expresa e implícitamente, su voluntad, son correctas y consecuentemente son válidas, eficaces e irrevocables por lo que El Titular autoriza a la Compañía que proceda según dichas instrucciones, sin que sea necesario confirmación o requisito adicional alguno.

El Titular acepta, declara y reconoce que las claves, códigos, seguridades, números secretos, y demás medidas tecnológicas de seguridad complementarias aceptadas, tienen la calidad de firmas electrónicas, con todos los efectos derivados de su creación, aceptación y uso, al tenor de lo dispuesto en la Ley de Comercio Electrónico, Firma Electrónica y Mensajes de Datos su respectivo reglamento, Código Orgánico General de Procesos y demás leyes relacionadas. El Titular declara que conoce claramente que los medios tecnológicos señalados no guardan relación visual con la firma caligráfica del Titular o la registrada previamente en la Compañía, sin perjuicio de esto, les reconoce pleno valor jurídico conforme lo dispone la Ley de Comercio Electrónico, Firma Electrónica y Mensajes de Datos y su respectivo reglamento.

Para constancia del acuerdo entre las Partes, estas suscriben el presente Contrato.

EL TITULAR

LA COMPAÑÍA



Lugar y Fecha: Cuenca, 1 de Mayo de 2020

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

NOTA: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente contrato el Registro No. 50912, con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-SCTSR-2018-00082644-O del 09 de Octubre de 2018.

**CONTRATO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA
MODALIDAD ABIERTA**

CONDICIONES PARTICULARES

CONTRATO No: SI20C24135

TITULAR: ALBA LUCIA PALACIOS FARFAN

INICIO DE VIGENCIA DE ESTE CONTRATO: 01 de Mayo de 2020

INICIO DE ANIVERSARIO DE ESTE CONTRATO: 30 de Abril de 2021

MONEDA: DOLARES ESTADOUNIDENSES

Este documento modifica y/o aclara únicamente los términos, definiciones y condiciones aquí detallados para el contrato arriba indicado.

TABLA DE BENEFICIOS MÁXIMOS

SIGMA

BENEFICIO	COBERTURA
Límite Máximo por Incapacidad, por Titular y/o Dependiente	100,000 USD.
Límite Máximo por Incapacidad, por Titular y/o Dependiente para Enfermedades Crónicas, Catastróficas, Degenerativas y Raras	Como cualquier Incapacidad
Límite máximo para cobertura de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, SCRS y lo relacionado a HIV Positivo	10,000 USD.
Deducible por Año Contrato, por Titular y/o Dependiente para todas las Incapacidades ambulatorias y/u hospitalarias	150 USD.
Período de Carencia para atención ambulatoria	30 Días
Período de Carencia para atención hospitalaria	90 Días
Período de Carencia para Accidentes, Enfermedades Infecciosas, apendicitis y colecistitis aguda	No Aplica
Período de Carencia para Emergencia Médica	24 Horas
Período de Carencia para Urgencia Médica	24 Horas
Período de Incapacidad	365 Días
Período de Acumulación de Cuentas	180 Días
Período de presentación de siniestros	90 Días
Servicio de Ambulancia	100 USD.
ATENCIÓN HOSPITALARIA	
Cuarto y Alimento Diario sin aplicación de Deducible ni Copago	200 USD.
Máximo de días por Cuarto y Alimento	240 Días
Unidad de Cuidados Intensivos Diario sin aplicación de Deducible al	100 %
Máximo de días por Unidad de Cuidados Intensivos	240 Días
Copago por Incapacidad hospitalaria (Compañía / Titular y/o Dependiente)	80/20 %
Límite de Copago hospitalario por año contrato por Titular y/o Dependiente	8,000 USD.

SERVICIOS AMBULATORIOS	
Copago por Incapacidad ambulatoria (Compañía / Titular y/o Dependiente)	80/20 %
Urgencia Médica por Accidente sin aplicación de Deducible ni Copago	1,000 USD.
Medicinas al	80 %
ATENCIÓN DE EMBARAZO	
Sub Límite para Parto Normal, sin aplicación de Deducible ni Copago	2,000 USD.
Sub Límite para Cesárea, sin aplicación de Deducible ni Copago	2,000 USD.
Sub Límite para Aborto no provocado, sin aplicación de Deducible ni Copago	2,000 USD.
Sub Límite para Complicaciones de Maternidad	25,000 USD.
Sub Límite para Complicaciones del Recién Nacido	25,000 USD.
Período de Carencia para inicio de embarazo	60 Días
TRASPLANTE DE ÓRGANOS	
Límite máximo para Trasplantes de Órganos	50,000 USD.
BENEFICIOS ADICIONALES	
Prótesis y aparatos ortopédicos, siempre que sean Médicamente Necesarios al	80 %
Ligadura de Trompas de Falopio y Vasectomía, solo para Titular y/o su cónyuge o compañero en unión de hecho al	80 %
Anticonceptivos temporales por año contrato por Titular y/o Dependiente	100 USD.
Extracción de terceros molares (Límite máximo por molar)	120 USD.
Excimer láser (desde 5.5 dioptrías únicamente en: Quito - Vistotal, Guayaquil - Dr. Francisco Rivera / Dr. Antonio Ordóñez) al	80 %
Cargos por alojamiento en Hospital y/o Clínica de un acompañante para menores de dieciséis años y mayores de setenta y cinco años (Límite máximo por día, máximo 10 días)	50 USD.
Cobertura para Incapacidades provenientes del uso o consumo de alcohol, drogas o estupefacientes	500 USD.
Cobertura para Lesiones debido a trastornos de salud mental, estados de demencia, incluso a resultantes por intento de suicidio	500 USD.
EXONERACIÓN DE CUOTAS	
Exoneración de Cuotas por fallecimiento del Titular	1 Año

CUOTAS NETAS

TITULAR Y/O DEPENDIENTE	CUOTA
ALBA LUCIA PALACIOS FARFAN	3,077.68
Cuota Anual	3,077.68

COBERTURA PARA CONDICIONES PREEXISTENTES

1. CONDICIONES PREEXISTENTES NO DECLARADAS.- Carecen de cobertura.

2. CONDICIONES PREEXISTENTES DECLARADAS.- En concordancia a lo previsto en la Ley Orgánica de Discapacidades, su Reglamento y disposiciones legales pertinentes, toda condición preexistente relacionada a la discapacidad de una persona con discapacidad, debidamente calificada de acuerdo a la Ley Orgánica de Discapacidades, su reglamento y disposiciones legales pertinentes, está cubierta por veinte (20) salarios básicos unificados por año calendario luego de un período de carencia para cobertura de dichas condiciones preexistentes relacionadas a una discapacidad de tres (3) meses.

Titular: ALBA LUCIA PALACIOS FARFAN

Calificado de acuerdo con la ley con discapacidad y reglamentos:

Aplica	No Aplica
	X

Condiciones preexistentes declaradas: Las mismas que se deberán detallar en la Solicitud de Afiliación y/o Solicitud para Adición, firmadas por el Titular, junto con la información médica del Titular y sus dependientes que se haya registrado en los archivos de la Compañía.

Aplican las siguientes coberturas:

- Período de carencia veinticuatro (24) meses.
- La Compañía otorgará un Límite Máximo, por Titular y/o Dependiente, por año contrato de (20) salarios básicos unificados.

CONDICIONES ADICIONALES

En virtud de estas condiciones, se cubrirá gastos médicos fuera del territorio ecuatoriano a costos normales, razonables y acostumbrados del Ecuador y no del lugar donde se realice la atención. Se excluye de este beneficio a los gastos originados en, relacionados con, u ocurridos en países sujetos de sanciones internacionales como por ejemplo, no limitado a: Corea del Norte, Cuba, Irán, Irak, Liberia, República Democrática del Congo, Siria, Sudán, Venezuela, entre otros o en aquellos países exista "mercado paralelo o especulativo de divisas" que tergiverse, distorcione o altere el diferencial

Estoy de acuerdo con el precio total estipulado por la prestación del servicio detallada en este documento. Conozco y entiendo el servicio ofrecido, periodo de cobertura, periodicidad y forma de pago.

Todas las demás condiciones y términos de las Condiciones Generales y Anexos adjuntos que no hayan sido modificados total o parcialmente por estas condiciones especiales se mantienen vigentes.

En constancia de lo aquí expresado firman a satisfacción y en común acuerdo el Titular y la Compañía.

EL TITULAR

LA COMPAÑIA



Lugar y Fecha:Cuenca ,01 días del mes Mayo de 2020

Lugar y Fecha:Cuenca ,01 días del mes Mayo de 2020

ANEXO CRÉDITO AMBULATORIO Y/U HOSPITALARIO

CONTRATO DE SERVICIOS DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA INDIVIDUAL SIGMA			
Vigencia:	Desde: 01 de Mayo de 2020	Hasta: 30 de Abril de 2021	
Vigencia del Anexo:	Desde: 01 de Mayo de 2020	Hasta: 30 de Abril de 2021	
Titular:	ALBA LUCIA PALACIOS FARFAN		
Contrato No.:	SI20C24135		

Queda aclarado y convenido por medio del presente Anexo que el Titular acepta el sistema de crédito ambulatorio y/u hospitalario propuesto por la Compañía cuyo objetivo es evitar que el Titular y/o Dependientes paguen directamente los gastos médicos a consecuencia de una prestación sanitaria cubierta por este Contrato.

I CRÉDITO AMBULATORIO

Para acceder al presente sistema, el Titular debe estar al día en el cumplimiento de todas las obligaciones económicas derivadas del Contrato, completar el Formulario de Reembolso de Gastos Médicos e identificarse como Afiliado de la Compañía.

- Este beneficio incluye: Consulta médica general o de especialidad, exámenes de laboratorio de acuerdo a diagnóstico, RX y ecos simples, terapias físicas y respiratorias (cada diez (10) terapias debe haber una nueva valoración médica) y vacunas infantiles de acuerdo a la tabla del Ministerio de Salud Pública, sin la aplicación de Períodos de Carencia, Copago, o Deducible. Endoscopia, colonoscopia, EKG, Holter, tomografía y resonancia magnética con la aplicación de Períodos de Carencia y sin aplicación de Copago, o Deducible.

No aplica para planes con Deducibles superiores a quinientos dólares americanos (USD. 500).

Otros procedimientos médicos y Medicinas derivadas de los Centros Médicos Ambulatorios, serán cubiertos mediante reembolso, aplicando Deducible y Copago de acuerdo a las condiciones del presente Contrato.

No aplica para consultas oftalmológicas ni odontológicas, ni derivadas de las Exclusiones detalladas en el presente Contrato.

- Copago en Centros Médicos Ambulatorios con convenio: USD. 0
- Centros Médicos Ambulatorios con convenio:

Quito	Guayaquil	Cuenca	Coca	Manta	Babahoyo	Machala	Esmeraldas	Tulcán	Ambato
Asistanet	Avantmed	Red Médica Austro	Biodimed	Clínicas SIME - USFQ	Medilink	Mimedik	Biodimed	Avantmed	Avantmed
Avantmed									
Biodimed	Biodimed								
CM Hospital de los Valles (CC El Bosque)									
Clínicas SIME - USFQ									
Cefavis	Medilink	Veris							
Integramed	Metrored								
Metrored									
Veris	Veris Asisken								

Si durante la vigencia del presente Contrato se diera la incorporación o exclusión de los prestadores de servicios de salud previamente detallados, la Compañía por medios electrónicos notificará sobre el particular al Titular y se compromete a actualizar el presente Anexo en la renovación del Contrato.

II CRÉDITO HOSPITALARIO

- Porcentaje de crédito hospitalario en proveedores con convenio: 80%

Para acceder a este sistema, el Titular se compromete a:

- Estar al día en el cumplimiento de todas las obligaciones económicas derivadas del Contrato.
- Pre notificar a la Compañía con setenta y dos (72) horas de anterioridad al procedimiento hospitalario programado, mediante la entrega del formulario de pre notificación completado por el Médico tratante.
- Entregar el Formulario de Reembolso de Gatos Médicos debidamente completada y firmada por el Titular al prestador de servicios de salud.
- Cancelar directamente al prestador de servicios de salud los valores correspondientes a Deducible, Copago y/o valores no cubiertos por el presente Contrato.

Si el Titular no realiza el proceso de prenotificación podrá cancelar directamente los valores al prestador de servicios de salud, y presentar el formulario de reembolso de gastos médicos a la Compañía.

El hecho de que la Compañía otorgue un crédito bajo el presente sistema no implica confirmación de cobertura del diagnóstico bajo el cual se solicitó el crédito. La cobertura será ratificada, total o parcialmente, o negada una vez que el prestador de servicios médicos envíe la información a la Compañía.

En caso de que la cobertura sea negada, o de existir gastos no cubiertos, aplicación de Deducible y/o Copago, la Compañía emitirá una nota de cobranza que deberá ser cancelada hasta después de cinco (5) días posteriores a su emisión con cheque girado a nombre de la Compañía. En caso de no realizarse el pago en el plazo previsto, el Titular autoriza a la Compañía para que pueda realizar el cobro de estos valores de acuerdo a la forma de pago establecida en el presente Contrato.

En caso de incumplimiento en el pago de los gastos no cubiertos, Deducible y/o Copago, exceso del límite máximo y cualquier otro gasto correspondiente a las Exclusiones establecidas en el Contrato derivados de un crédito ambulatorio y/o

Todas las demás condiciones y términos de las Condiciones Generales y Condiciones Particulares que no hayan sido modificados total o parcialmente por este Anexo se mantienen vigentes.

En constancia de lo aquí expresado firman a satisfacción y en común acuerdo el Titular y la Compañía.

EL TITULAR

LA COMPAÑÍA

Lugar y Fecha: Cuenca ,01 días del mes Mayo de 2020

Lugar y Fecha: Cuenca ,01 días del mes Mayo de 2020

ANEXO DE PROVEEDORES CON PORCENTAJES DE COPAGO DIFERENCIADOS

CONTRATO DE SERVICIOS DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA INDIVIDUAL SIGMA			
Vigencia:	Desde:	01 de Mayo de 2020	Hasta: 30 de Abril de 2021
Vigencia del Anexo:	Desde:	01 de Mayo de 2020	Hasta: 30 de Abril de 2021
Titular:	ALBA LUCIA PALACIOS FARFAN		
Contrato No.:	SI20C24135		

Queda aclarado y convenido que los proveedores hospitalarios y/o ambulatorios detallados en el presente anexo tendrán un Copago diferenciado

Copago (Compañía / Titular y/o Dependiente), por Incapacidad hospitalaria 90% / 10%

HOSPITAL Y/O CLÍNICA	
Quito	Guayaquil
Clínica de Especialidades del Sur	Aprofe
	Clínica Kennedy Alborada
Novaclínica	Clínica San Gabriel
	Clínica Santa María
Axxis Hospital	Hospital León Becerra
	Hospital Luis Vernaza
	Hospital Pediátrico Roberto Gilbert
Clínica Pasteur	Hospital Alfredo G Paulson
	Hospital Alcivar
	Omnihospital

*En la ciudad de Guayaquil aplicará cobertura de los Honorarios Médicos al 80%.

CENTROS DE ESPECIALIDAD			
Quito	Guayaquil		
A&M Salud Infantil	Unidad de Diagnóstico Médico		
Clínica Arthros			
Clínica Harvard			
Physsio Therapy			
FARMACIAS Y LABORATORIO			
Quito	Guayaquil	Cuenca	Coca
Medicity	Medicity	Sana Sana	Cruz Azul
Pharmacy's	Pharmacy's	Pharmacy's	
Cruz Azul	Cruz Azul		
Sana Sana	Sana Sana	Cruz Azul	
Laboratorios Zurita & Zurita			

Si durante la vigencia del presente Contrato se diera la incorporación o exclusión de los prestadores de servicios de salud previamente detallados, la Compañía por medios electrónicos notificará sobre el particular al Titular y se compromete a actualizar el presente Anexo en la renovación del Contrato.

Todas las demás condiciones y términos de las Condiciones Generales y Condiciones Particulares que no hayan sido modificados total o parcialmente por este Anexo se mantienen vigentes.

En constancia de lo aquí expresado firman a satisfacción y en común acuerdo el Titular y la Compañía.

EL TITULAR

LA COMPAÑÍA



Lugar y Fecha: Cuenca ,01 días del mes Mayo de 2020

Lugar y Fecha: Cuenca ,01 días del mes Mayo de 2020

**ANEXO DE SERVICIO PARA EL CASO DE URGENCIA MÉDICA COMPROBADA
POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE DURANTE VIAJES AL EXTERIOR**

CONTRATO DE SERVICIOS DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA INDIVIDUAL SIGMA			
Vigencia:	Desde: 01 de Mayo de 2020	Hasta: 30 de Abril de 2021	
Vigencia del Anexo:	Desde: 01 de Mayo de 2020	Hasta: 30 de Abril de 2021	
Titular:	ALBA LUCIA PALACIOS FARFAN		
Contrato No.:	SI20C24135		

I CUADRO DE COBERTURAS

Límite Máximo por viaje por Titular y/o Dependiente	USD 15.000
Deducible por viaje por Titular y/o Dependiente	USD. 150.00
Máximo de días por viaje	30 Días

II DESCRIPCIÓN DEL BENEFICIO

Si el Titular y/o Dependientes se encuentran en un Viaje de placer o negocios fuera del Ecuador y tuviesen una Urgencia Médica por Enfermedad o Accidente dentro de los primeros treinta (30) días de Viaje, que no provenga de una exclusión detallada en este Anexo, la Compañía cubrirá los Gastos Médicos Necesarios, Razonables y Acostumbrados del país de incurrancia, al cien por ciento (100%) luego de aplicado el Deducible de acuerdo a lo establecido en el Cuadro de Coberturas de este Anexo.

III DEFINICIONES

Viaje.- Momento de salida del Titular y/o Dependientes de su País de Residencia habitual con el motivo de realizar un Viaje de placer y/o negocio hasta su regreso nuevamente al País de Residencia habitual.

IV TRÁMITE

Ocurrido un hecho que dé lugar a la prestación del servicio de Urgencia Médica por Enfermedad o Accidente durante Viajes al exterior por placer o negocios, será requisito indispensable para que el Titular y/o Dependientes tengan derecho a la misma, que se ponga de inmediato en contacto con MULTI ASSISTANCE SERVICES u otro proveedor con convenio llamado a los siguientes números:

Desde los EE.UU: 1800 882 7796 (24 horas)
Fuera de los EE.UU: 1305 665 4458 (24 horas)

* En caso de fuerza mayor que impida realizar este aviso, deberá efectuarse inmediatamente que cese la causa que lo

V EXCLUSIONES

1. Cualquier Condición Preexistente.
2. Las complicaciones relacionadas al embarazo, interrupción voluntaria del mismo, parto o cesárea así como las complicaciones del (los) recién nacido (s).
3. La práctica de deportes peligrosos tales como pero no limitando a: box, lucha libre, lucha grecorromana, equitación, tauromaquia.
4. Gastos incurridos cuando el objetivo principal del Viaje sea para recibir tratamiento o asesoría médica.
5. Exámenes y chequeos médicos (chequeos generales y de rutina).
6. Emergencias o Accidentes que ocurran mientras un Titular y/o Dependientes estén estudiando fuera del País de Residencia.

Todas las demás condiciones y términos de las Condiciones Generales y Condiciones Particulares que no hayan sido modificados total o parcialmente por este Anexo se mantienen vigentes.

En constancia de lo aquí expresado firman a satisfacción y en común acuerdo el Titular y la Compañía

EL TITULAR

LA COMPAÑÍA



Lugar y fecha: Cuenca ,01 días del mes Mayo de 2020

Lugar y fecha: Cuenca ,01 días del mes Mayo de 2020

ANEXO DE BENEFICIOS ESPECIALES

CONTRATO DE SERVICIOS DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA INDIVIDUAL SIGMA			
Vigencia:	Desde:	01 de Mayo de 2020	Hasta: 30 de Abril de 2021
Vigencia del Anexo:	Desde:	01 de Mayo de 2020	Hasta: 30 de Abril de 2021
Titular:	ALBA LUCIA PALACIOS FARFAN		
Contrato No.:	SI20C24135		

BMI Iguales Médicas del Ecuador S.A., que en adelante se llamará la Compañía, otorga el presente Anexo que será adherido al Contrato arriba citado, sujeto a sus estipulaciones, exclusiones y a las siguientes condiciones y previo al pago de la Cuota establecida en las Condiciones Particulares del Contrato.

La Compañía reembolsará directa o indirectamente los Gastos Médicos Necesarios, Razonables y Acostumbrados del medio ecuatoriano incurridos por el Titular y/o Dependientes.

I CUADRO DE COBERTURAS

Beneficio	Cobertura
Gastos Exequiales Grupo Jardines del Valle (Monteolivo) - Seprevi	100%
Servicio de Recolección de Células Madres del Cordón Umbilical	50%
Servicio de Ambulancia Terrestre	100%
Servicio de Médico a Domicilio aplicando Copago de USD. 12.00	100%
Servicio de Ambulancia Aérea Local	3,000.00 USD.
Servicio de Segunda Opinión Médica Internacional (Worldcare)	100%

PLAN VISUAL (VISTOTAL)				
TITULAR Y/O DEPENDIENTES		PADRES DEL TITULAR NO		
Plan Responde	Titular Paga	Plan Responde	Titular Paga	
60%	40%	60%	40%	Consulta básica (una patología)
80%	20%	80%	20%	Exámenes complementarios
50%	50%	50%	50%	Marco de Lentes
15%	85%	15%	85%	Cristales
50%	50%	50%	50%	Excimer láser menor a 5.5 dioptrías
De acuerdo a condiciones del Contrato		20%	80%	Cirugías

II DESCRIPCIÓN DE BENEFICIOS

GASTOS EXEQUIALES.- En caso de fallecimiento del Titular, cónyuge o su compañero en unión de hecho y/o Dependientes hijos e hijastros, la Compañía cubrirá los Gastos Exequiales siempre y cuando el servicio de exequias sea brindado en cualquiera de los Camposantos del Grupo Jardines del Valle - Seprevi. El servicio corresponde al paquete Oro o su equivalente en la ciudad y funeraria seleccionada de la red a Nivel Nacional que opera con el Grupo Jardines del Valle - Seprevi e incluye el alquiler del nicho por un período de siete (7) años; una vez terminado este tiempo, el cliente asumirá el valor del alquiler.

Si se decide contratar el servicio de exequias con un proveedor distinto al citado anteriormente, la Compañía no cubrirá ningún valor por reembolso de gastos de sepelio.

SERVICIO DE RECOLECCIÓN DE CÉLULAS MADRES DEL CORDÓN UMBILICAL.- En caso de una maternidad cubierta por el presente Contrato, la Compañía cubrirá el procedimiento de Recolección de Células Madre del Cordón Umbilical al momento del parto, hasta el monto establecido en el Cuadro de Coberturas del presente Anexo.

Este servicio no incluye el valor de mantenimiento anual por la crío preservación de células madres del cordón umbilical, mismo que debe ser asumido por el Titular. (Aplica a partir del segundo año).

Este servicio se otorga únicamente a través de los proveedores BIOCELLS O CELALCIVAR. Si el Titular y/o Dependientes deciden contratar un proveedor distinto a los citados anteriormente, la Compañía no cubrirá ningún valor.

SERVICIO DE AMBULANCIA TERRESTRE.- En caso de Emergencia y Urgencia Médica y siempre que sea Médicamente Necesario la Compañía otorgará el servicio de Ambulancia Terrestre de acuerdo a lo establecido en el Cuadro de Coberturas del presente Anexo.

El servicio será prestado únicamente por UTIM en las ciudades de Quito y Guayaquil sin costo para el Titular y/o Dependientes. Para el resto del país la cobertura será a libre elección de proveedores de servicios de Ambulancia Terrestre de acuerdo a los costos razonables y acostumbrados del medio ecuatoriano a través de reembolso, para lo cual el Titular y/o Dependientes deberán presentar la factura y el informe médico correspondiente a la atención.

SERVICIO DE MÉDICO A DOMICILIO.- La Compañía cubrirá el valor de la consulta médica a domicilio en caso de Enfermedad y/o Accidente para el Titular y/o Dependientes de acuerdo a lo establecido en el Cuadro de Coberturas del presente Anexo.

El servicio será prestado únicamente por UTIM en las ciudades de Quito y Guayaquil. Este servicio no está disponible en otras localidades.

La cobertura del Servicio de Ambulancia Terrestre y el de Médico a Domicilio comprende el siguiente alcance territorial.

QUITO

- Norte: Hasta San Antonio de Pichincha y parroquia Calderón.
- Sur: La Ecuatoriana (hasta la calle Emilio Uzcátegui y escuela Abdón Calderón), Guajaló (hasta el puente de Guajaló), Chillogallo (hasta gasolinera TESUR).
- Este: Localidades urbanas del Valle de los Chillos hasta caminos de segundo orden, incluye Conocoto, La Armenia, hasta el sector del Colibrí hasta el club Los Chillos. Incluye AV. Ilaló hasta el parque de el Tingo, Playa Chica 1 y 2, incluye Av. Zamora hasta la iglesia Betania, Sangolquí, entre otras.
- Oeste: Localidades urbanas con caminos de adecuada accesibilidad hasta 500 metros sobre la Av. Mariscal Sucre.
- Cumbayá y demás localidades urbanas situadas en el Valle de Tumbaco hasta el aeropuerto Mariscal Sucre en Tababela, hasta caminos de segundo orden.

- Norte: Sector de Alborada, Garzota, Samanes, Guayacanes, etc., hasta la zona de las Orquídeas y Vía Perimetral, siempre y cuando sea fácil el acceso para las unidades.
- Noreste: Por el primer puente, Sector Puntilla, Entre Ríos, Vía Puntilla Samborondón hasta el Hipódromo Buijo, incluyendo Centros Educativos y Urbanizaciones aledañas. Vía Perimetral. Por el segundo puente, Zona urbana de Durán, vía Durán Tambo, vía Durán Boliche, hasta los primeros peajes.
- Noroeste: Vía a Daule hasta el primer peaje, incluyendo Country Club, Planta La Toma y Lago de Capeira. Exceptuando zonas marginales y de difícil acceso para Unidades.
- Sureste: Barrio del Centenario, Acacias, Saiba, Almendros, etc., hasta el sector de los Esteros y Zona de Puerto Marítimo, exceptuando zonas marginales y de difícil acceso para las Unidades.
- Oeste: Vía a la Costa hasta Puerto Azul y Peaje de Chongón, incluyendo Colegios, Instituciones o Urbanizaciones que se encuentren en esta vía.
- Suroeste: Hasta la calle Portete o Venezuela entre los límites de la 17 y la 38 exceptuando sectores marginales y de difícil acceso para las Unidades.

SERVICIO DE AMBULANCIA AÉREA LOCAL.- En caso de Emergencia Médica por Enfermedad o Accidente que ponga en riesgo la vida del Titular y/o Dependientes, la Compañía cubrirá el Servicio de Ambulancia Aérea Local hasta el monto establecido en el Cuadro de Coberturas del presente Anexo.

La cobertura aplica vía reembolso, para lo cual el Titular y/o Dependientes deberán presentar la factura y el informe médico correspondiente a la atención.

SERVICIO DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA INTERNACIONAL WORLD CARE.- En caso de que el Titular y/o Dependientes sean diagnosticados con Enfermedades cardiovasculares, neurovasculares, cáncer, Enfermedades que involucren la pérdida potencial de un miembro y/o Enfermedades que involucren peligro de muerte, podrán acceder al Servicio de Segunda Opinión Médica Internacional provisto por la Empresa Worldcare y de acuerdo a lo establecido en el Cuadro de Coberturas del presente Anexo, para lo cual deberá coordinar con la Compañía todos los detalles de este servicio.

PLAN VISUAL.- Descuentos para la atención de gastos oftalmológicos brindado en la ciudad de Quito por VISTOTAL de acuerdo a lo establecido en el Cuadro de Coberturas del presente Anexo.

Todas las demás condiciones y términos de las Condiciones Generales y Condiciones Particulares que no hayan sido modificados total o parcialmente por este Anexo se mantienen vigentes.

En constancia de lo aquí expresado firman a satisfacción y en común acuerdo el Titular y la Compañía

EL TITULAR

LA COMPAÑÍA

Lugar y fecha: Cuenca ,01 días del mes Mayo de 2020

Lugar y fecha: Cuenca ,01 días del mes Mayo de 2020

ANEXO DE PRESTACIONES CON TARIFA CERO

CONTRATO DE SERVICIOS DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD PREPAGADA INDIVIDUAL SIGMA			
Vigencia:	Desde: 01 de Mayo de 2020	Hasta: 30 de Abril de 2021	
Vigencia del Anexo:	Desde: 01 de Mayo de 2020	Hasta: 30 de Abril de 2021	
Titular:	ALBA LUCIA PALACIOS FARFAN		
Contrato No.:	SI20C24135		

Queda aclarado y convenido por medio del presente Anexo que se incluyen los beneficios con Tarifa Cero, sin aplicación de Deducible ni Copago:

Ciclo de Vida	Tipo de Prestación	Beneficio	Frecuencia
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 consulta e información.
	Asesoría para el 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 sexto 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 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.	
Niños/as 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 se debe dar información y asesoría
	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).	
	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.	

Código Aprobación ACESS No.002-010-0009

Niños/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.
	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.	
	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 las caries; recomendación de aplicaciones tópicas con flúor y profilaxis. (no incluye exámenes de gabinete).	
Niños/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, 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.	1 consulta por año, durante cada consulta se debe otorgar asesoría e información.
	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 prevención de cares.	
	Información sobre crecimiento y desarrollo (en consulta)	Información en consulta para evaluación del bienestar del 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.	
Adolescentes 11 a 19 años	Atención al adolescente de 11 a 19 años	Consulta para evaluación del bienestar, desarrollo físico, nutricional, psicomotriz y emocional del adolescente en relación con su edad. 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)	1 vez al año, durante cada consulta se debe otorgar asesoría e información
	Asesoría: Información, Educación y Comunicación (en consulta)	Información para prevención de trastornos de 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 el inicio de vida sexual y derechos del adolescente, acoso sexual, acoso escolar (bullying).	

Embarazo	Control Prenatal en embarazo sin riesgo	Control Prenatal de 4 a 6 visitas, incluye: <ul style="list-style-type: none"> • Consulta gineco-obstétrica. • Valoración e interpretación del estado nutricional - ganancia peso materno. • Clasificación de riesgo obstétrico. Evaluación de bienestar fetal.	6 controles y al menos un control antes de las 20 semanas
	Asesoría: Información, Educación y Comunicación (en consulta)	Asesoría en cada consulta para brindar información sobre la preparación del parto, necesidades nutricionales y suplementación alimenticia con hierro y ácido fólico, lactancia materna, cuidado del recién nacido, salud oral y salud mental; consejería sobre riesgos de VIH e ITS durante el embarazo y parto; prevención y detección de violencia, maltrato, abuso de sustancias adictivas, trastornos afectivos o emocionales, promoción del parto seguro.	
	Atención odontológica preventiva en el embarazo	Consulta odontológica para control de salud oral en la mujer embarazada, que incluya evaluación clínica, consejería, higiene y profilaxis.	2 veces durante la gestación
	Detección de riesgos por exámenes de laboratorio clínico	Realización de exámenes de laboratorio: biometría hemática, hematocrito, elemental y microscópico de orina, tipificación de grupo y factor sanguíneo, TP, TTP, urea, glucosa y creatinina, VDRL, tamizaje de VIH, STORCH con IgG e IgM, Paptest antes de las 20 semanas.	1 vez durante el embarazo
	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
Mujeres en edad fértil	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.
	Asesoría: Información, Educación y Comunicación	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.	
Adulto joven de 20 a 49	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 información y asesoría.
	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 Crónicas e información sobre la valoración auditiva y visual.	
Adulto de 50 a 64 años	Consulta médica general preventiva	Consulta clínica para evaluación de estado de salud que incluya: examen físico, u 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 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)	1 vez al año, durante la consulta se debe otorgar información y asesoría.
	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.	

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. 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.	1 vez al año, durante la consulta se debe otorgar información y asesoría.
	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.	

Todas las demás condiciones y términos de las Condiciones Generales y Condiciones Particulares que no hayan sido modificados total o parcialmente por este Anexo se mantienen vigentes.

En constancia de lo aquí expresado firman a satisfacción y en común acuerdo el Titular y la Compañía

EL TITULAR

LA COMPAÑÍA



Lugar y fecha: Cuenca ,01 días del mes Mayo de 2020

Lugar y fecha: Cuenca ,01 días del mes Mayo de 2020