

CONDICIONES
GENERALES
GLOBAL PREMIER
HEALTH PLAN

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA “GLOBAL PREMIER HEALTH PLAN”

En este documento, y tal como se describe en el numeral 4 “Definiciones”, el término “**Aseguradora**” se refiere a Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros, y el término “**Asegurado Titular**” se refiere al **asegurado** principal nombrado en la **solicitud de seguro de salud**. Previo al pago de la prima, la **Aseguradora** se compromete a cubrir al **Asegurado Titular** los beneficios estipulados en esta **póliza** y sujeto a los términos y condiciones de la misma.

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

No.	CLÁUSULA
1.	AMPARO BÁSICO
1.1	COBERTURA: La Aseguradora únicamente cubrirá los gastos relacionados con los beneficios cubiertos , de conformidad con lo establecido en la Tabla de Beneficios .
1.2	<p>DEDUCIBLE: Se entiende por deducible la cantidad de gastos cubiertos que debe ser pagada por el Asegurado Titular antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos. Los gastos incurridos en el Ecuador están sujetos al deducible en este país. Los gastos incurridos fuera del Ecuador están sujetos al deducible fuera del país de residencia. Su póliza contempla el pago de un deducible anual obligatorio dentro del país de residencia y otro fuera del país de residencia, por cada año póliza, según el plan seleccionado por el Asegurado Titular, los cuales están especificados en las Condiciones Particulares.</p> <p>Los deducibles anuales aplican por separado al Asegurado Titular y a cada uno de sus dependientes. Tanto el Asegurado Titular como cada uno de sus dependientes deberán cubrir los deducibles anuales correspondientes, los cuales son reinstalables cada año póliza.</p> <p>Si corresponde el pago del deducible anual, el Asegurado Titular será responsable por el pago del deducible correspondiente a cada asegurado cubierto bajo su póliza directamente al proveedor hasta alcanzar el total del deducible anual correspondiente. Deberá cubrirse el deducible antes de que inicie la responsabilidad de la Aseguradora de cubrir los gastos médicos que resulten procedentes hasta el límite de la suma asegurada. Todas las cantidades correspondientes al pago de deducibles se acumulan hasta un total máximo por póliza equivalente a la suma de dos (2) deducibles individuales por año póliza. Todos los asegurados bajo la póliza contribuyen para alcanzar las cantidades máximas de los deducibles dentro y fuera del país de residencia. Una vez que las cantidades máximas correspondientes al deducible por póliza han sido alcanzadas, la Aseguradora considerará como alcanzada también la responsabilidad individual de cada asegurado por concepto de deducible.</p> <p>Los costos por encima de las cantidades máximas especificadas en la Tabla de Beneficios no se tomarán en cuenta para el cálculo del deducible anual.</p> <p>Aun cuando la cantidad que el Asegurado Titular esté reclamando sea menor que el total del deducible anual, el Asegurado Titular debe enviar a la Aseguradora su reclamación para que la Aseguradora sepa cuándo el asegurado correspondiente ha cubierto su deducible anual.</p> <p>Los gastos elegibles incurridos por el asegurado durante los últimos tres (3) meses del año póliza que sean utilizados para satisfacer el deducible correspondiente para ese año póliza, serán aplicados al deducible del asegurado para el siguiente año póliza.</p> <p>En caso de accidente, no se aplicará deducible en los gastos incurridos durante el año póliza en que ocurrió el accidente.</p>

No.	CLÁUSULA
1.3	<p>AVISO DE SINIESTRO: El asegurado deberá obtener pre-autorización por cualquier beneficio cubierto cuando así se indique en la Tabla de Beneficios. El asegurado deberá obtener una pre-autorización subsecuente si los servicios para el beneficio cubierto no se reciben dentro de los treinta y un (31) días siguientes a la fecha de la pre-autorización original.</p> <p>El asegurado deberá notificar a la Aseguradora por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier cuidado médico. El tratamiento de emergencia deberá ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento.</p> <p>Si el asegurado no se comunica con la Aseguradora como se establece en este numeral, éste será responsable por el treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos de médicos y hospital relacionados con la reclamación, además del deducible y el coaseguro, si corresponden.</p> <p>Los detalles sobre cómo obtener pre-autorización para ciertos beneficios cubiertos están disponibles en la Guía de Bienvenida.</p>
1.4	<p>REQUERIMIENTO DE INFORMACIÓN: Antes de cualquier autorización y/o de pagar cualquier reclamación, la Aseguradora podrá solicitar al asegurado cualquier información que considere relevante, tales como resúmenes clínicos y reportes médicos; de igual forma, la Aseguradora podrá requerir al asegurado que se realice exámenes médicos con el médico de la elección de la Aseguradora (bajo el costo de la Aseguradora), quien a su vez proporcionará a la Aseguradora un reporte médico sobre el estado de salud del asegurado.</p> <p>Cuando la Aseguradora así lo solicite, el asegurado deberá firmar todos los formularios de autorización necesarios para que la Aseguradora obtenga tales resúmenes clínicos y reportes médicos de los proveedores de servicios que correspondan. El no cooperar con la Aseguradora en tiempo oportuno, o el no autorizar el acceso de la Aseguradora a los resúmenes clínicos y reportes médicos, podrá resultar en un retraso en la autorización previa, y consecuentemente, en el pago de la reclamación. Si el asegurado no coopera con la Aseguradora para proporcionarle toda la información necesaria para que la Aseguradora esté en posibilidades de apreciar correctamente el riesgo a cubrir, puede ser causa suficiente para que las obligaciones de la Aseguradora queden extinguidas, y por ende, la Aseguradora no estará obligada a cubrir los gastos reclamados.</p>
1.5	<p>CONDICIONES PREEXISTENTES: Si la Aseguradora no ha incluido en el documento de Condiciones Particulares una exclusión personal o limitación, esto significa que cualquier condición preexistente que el asegurado haya declarado en su solicitud de seguro de salud está cubierta bajo la póliza, de acuerdo a las siguientes condiciones:</p> <p>Para efectos de esta póliza, las condiciones preexistentes se clasifican en dos (2) categorías:</p> <p>(a) Las que son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro de salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="191 1220 1516 1310">i. Estarán cubiertas inmediatamente cuando el asegurado haya estado libre de síntomas, signos o tratamiento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha del inicio de vigencia, a menos que estén excluidas específicamente en un endoso a la póliza. <li data-bbox="191 1310 1516 1400">ii. Estarán cubiertas después de dos (2) años de la fecha del inicio de vigencia, cuando el asegurado presente síntomas, signos o tratamiento en cualquier momento durante un período de cinco (5) años antes de la fecha del inicio de vigencia, a menos que estén excluidas específicamente en un endoso a la póliza. <p>(b) Las que no son declaradas al momento de llenar la solicitud de seguro de salud: Estas condiciones preexistentes nunca estarán cubiertas durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, la Aseguradora se reserva el derecho de dar por terminado el contrato de seguro con base en la omisión de dicha información por parte del Asegurado Titular de conformidad con el Código de Comercio, Código Orgánico Monetario y Financiero (Libro III: Ley General Seguros), publicado en el registro oficial No. 332, del 12 de septiembre del 2014, y la Codificación de Resoluciones emitido por la Superintendencia de Bancos y Junta Bancaria.</p>

No.	CLÁUSULA												
2.	TABLA DE BENEFICIOS												
2.1	<p>COBERTURA Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS: La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de esta póliza está sujeta a los términos y condiciones de la misma. Hay tres tipos de limitaciones de beneficios que aparecen en la Tabla de Beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El “límite máximo” – la máxima cantidad que la Aseguradora pagará en total por todos los beneficios, por cada asegurado, por cada año póliza ○ “De por vida” – la cantidad máxima del beneficio que la Aseguradora pagará por cada asegurado durante su vida ○ Limitaciones a los beneficios por sesiones, visitas o días o “sub-límites”– la cantidad máxima que la Aseguradora pagará por ciertos beneficios específicos listados en la Tabla de Beneficios. <p>Todos los límites de los beneficios cubiertos se aplican de forma individual para cada asegurado. Algunos límites aplican por año póliza, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, el beneficio ya no estará disponible hasta que se renueve la póliza de seguro. Otros límites y sub-límites aplican de forma vitalicia, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, no se pagarán más beneficios, independientemente de la renovación de la póliza.</p>												
2.2	<p>BENEFICIOS DENTRO DE LA RED DE PROVEEDORES: La póliza Global Premier Health Plan proporciona cobertura únicamente dentro de la red de proveedores. No se pagará ningún beneficio por servicios recibidos fuera de la red de proveedores, excepto en los casos definidos como tratamiento de emergencia.</p>												
2.3	<p>BENEFICIOS CUBIERTOS: La Tabla de Beneficios proporciona una explicación respecto de lo que está cubierto bajo la póliza y los límites de los beneficios. La cobertura máxima para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la póliza está sujeta a los términos y condiciones de esta póliza. A menos que se indique lo contrario, todos los beneficios son por asegurado, por año póliza.</p> <p>Todas las cantidades relativas a los beneficios cubiertos y deducibles, se entenderán referidas a dólares, moneda de curso legal de los Estados Unidos de América.</p> <p>La Aseguradora pagará los gastos derivados de los beneficios cubiertos después de satisfecho el deducible correspondiente. Todos los beneficios cubiertos serán pagados por la Aseguradora considerando el gasto usual, acostumbrado y razonable para dicho tratamiento o servicio en el país donde se recibe dicho servicio médico cubierto.</p> <p>A los beneficios cubiertos pueden aplicársele exclusiones o restricciones específicas de cada asegurado. Favor de consultar el numeral 3 Exclusiones y limitaciones de las Condiciones Generales de la Póliza antes de solicitar la cobertura de alguno de los beneficios que se describen en la Tabla de Beneficios.</p> <p>La Aseguradora sólo cubrirá como parte de los beneficios cubiertos aquellos procedimientos médicos que no sean experimentales; esto es que estén aprobados por la FDA (<i>Food and Drug Administration</i> de los Estados Unidos de América) o por el Ministerio de Salud de la República de Ecuador o aprobados por la autoridad de salud competente en el país donde se recibe el tratamiento médico.</p>												
2.4	<p>SUMA ASEGURADA: Cinco millones de dólares (US\$5,000,000). Todos los beneficios siguientes, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán al límite máximo total anual de la póliza.</p>												
2.5	<p>OPCIONES DE DEDUCIBLE:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Plan</th> <th>Dentro del país de residencia</th> <th>Fuera del país de residencia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>US\$250</td> <td>US\$5,000</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>US\$2,000</td> <td>US\$2,000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>US\$5,000</td> <td>US\$5,000</td> </tr> </tbody> </table>	Plan	Dentro del país de residencia	Fuera del país de residencia	1	US\$250	US\$5,000	2	US\$2,000	US\$2,000	3	US\$5,000	US\$5,000
Plan	Dentro del país de residencia	Fuera del país de residencia											
1	US\$250	US\$5,000											
2	US\$2,000	US\$2,000											
3	US\$5,000	US\$5,000											

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p>2.6.1 Hospitalización y Tratamiento en el Hospital</p> <p>Para todos los costos de pacientes internados y pacientes ambulatorios atendidos en el hospital</p> <p>Alojamiento en el hospital y alimentos</p> <p>La Aseguradora pagará los gastos generados por la hospitalización y tratamiento hospitalario del asegurado, siempre y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> o exista una necesidad médica de permanecer en el hospital, o el tratamiento sea proporcionado o administrado por un especialista, y o la duración de su estadía sea médicamente justificada. <p>La Aseguradora no pagará por gastos extras de una habitación ejecutiva, suite, habitación de lujo o similares. Si los gastos del tratamiento están ligados a un tipo de habitación, la Aseguradora pagará el costo del tratamiento al precio que se cobraría si ocupara una habitación privada.</p> <p>Para pacientes internados por 5 noches o más, el asegurado o su médico deberán enviar a la Aseguradora un reporte médico antes de la quinta noche, confirmando el diagnóstico, el tratamiento recibido, el tratamiento planificado y la fecha en la que se dará de alta.</p> <p>La Aseguradora pagará hasta US\$20 por noche para gastos personales, tales como periódicos, renta de servicio de televisión y comidas para visitas.</p>	<p>100% habitación privada</p>
<p>Cama extra en el hospital para acompañante</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos de cama extra para una persona acompañante, cuando el asegurado esté recibiendo un tratamiento cubierto.</p>	<p>100% para una persona</p>
<p>Derecho a sala, insumos, materiales clínicos y medicamentos</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos generados por:</p> <ul style="list-style-type: none"> o la sala de operaciones, o la sala de recuperación, o medicamentos y material quirúrgico utilizado en la sala de operaciones o en la sala de recuperación, y o medicamentos y material de curación utilizados mientras el asegurado esté internado en el hospital. <p>En todos los casos, los gastos generados deberán de estar médicamente justificados.</p>	<p>100%</p>
<p>Cuidados intensivos</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos de tratamiento en la Unidad de Tratamiento Intensivo (UTI), Unidad Coronaria y Unidad de Cuidados Intermedios (UCI) cuando sea médicamente necesario o cuando sea una parte esencial del tratamiento.</p>	<p>100%</p>
<p>Cirugía, incluyendo honorarios de equipo médico quirúrgico</p> <p>La Aseguradora pagará los gastos por concepto de cirugía, incluyendo los honorarios del cirujano, ayudante, arsenalero y anestesiólogo, así como los gastos pre y post operatorios que se generen dentro de la hospitalización cubierta por esta póliza.</p> <p>Los honorarios de médicos, cirujanos, anestesistas, segundo cirujano, cirujanos asistentes, especialistas y cualquier otro honorario médico solamente están cubiertos cuando sean médicamente necesarios durante la cirugía o tratamiento.</p>	<p>100%</p>
<p>Exámenes de patología, radiología y diagnóstico</p> <p>La Aseguradora cubrirá el costo de estudios de laboratorio, imagenología y exámenes de diagnóstico, siempre y cuando sean prescritos por un especialista para ayudar a diagnosticar o evaluar el estado de salud cuando el asegurado esté hospitalizado.</p> <p>Exclusiones y restricciones:</p> <p>Consultar los numerales 3.16 y 3.31.</p>	<p>100%</p>

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p>Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas</p> <p>La Aseguradora pagará los gastos derivados del tratamiento suministrado por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, quinesiólogos, fonoaudiólogos y nutricionistas si se requiere como parte de su tratamiento hospitalario. Lo anterior será procedente, siempre y cuando estos tratamientos no sean el único motivo de su hospitalización y la enfermedad o dolencia principal se encuentre debidamente cubierto bajo esta póliza.</p> <p>Cualquier tratamiento cubierto bajo este beneficio durante la hospitalización requerirá autorización previa de la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Exclusiones y restricciones:</p> <p>Consultar los numerales 3.19, 3.29 y 3.40.</p>	100%
<p>Cirugía por obesidad (período de espera de 24 meses)</p> <p>La Aseguradora podrá cubrir este tratamiento, sujeto a los criterios siguientes si el asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tiene un índice de masa corporal (IMC) de cuarenta (40) o más y se le ha diagnosticado obesidad mórbida, ○ Tiene un IMC entre treinta y cinco (35) y cuarenta (40) y tiene un problema de salud serio relacionado con su peso, ○ Presenta evidencia documentada y firmada por el médico tratante de que ya intentó otros métodos para perder peso durante los últimos veinticuatro (24) meses, y ○ Ha pasado por una evaluación psicológica que ha confirmado que es apropiado para el asegurado someterse al procedimiento. <p>La técnica quirúrgica a utilizar deberá ser evaluada y autorizada previamente por el contralor médico de la Aseguradora.</p> <p>Importante: El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Exclusiones y restricciones:</p> <p>Consultar el numeral 3.40.</p>	100%
<p>Cirugía preventiva</p> <p>La Aseguradora pagará los gastos de cirugía preventiva sujeto a los criterios de las políticas médicas de la Aseguradora.</p> <p>El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p>	100%
<p>Prótesis</p> <p>La Aseguradora pagará una prótesis siempre que sea necesaria como parte del tratamiento. Las prótesis cubiertas incluyen partes del cuerpo externas artificiales, como una prótesis de extremidad o una prótesis de oído.</p>	US\$5,000

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p>Implantes prostéticos y órtesis</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados con los siguientes implantes prostéticos y órtesis:</p> <p>Implantes prostéticos (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ para reemplazar articulación o ligamento ○ para reemplazar válvula cardiaca ○ para reemplazar la aorta o un vaso sanguíneo arterial ○ para reemplazar un músculo del esfínter ○ para reemplazar el cristalino o la córnea del ojo ○ para controlar incontinencia urinaria o control de la vejiga ○ marcapasos (la disponibilidad del desfibrilador cardiaco interno está sujeta a autorización previa) ○ para remover exceso de líquidos en el cerebro ○ implante coclear, si el implante inicial fue injertado antes de la edad de cinco (5) años y estuvo cubierto por esta póliza, la Aseguradora pagará el mantenimiento subsecuente y los reemplazos para restablecer la función de las cuerdas bucales cuando son afectadas como consecuencia de una cirugía por cáncer. <p>Órtesis (entre otros):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ una rodillera que es parte esencial de una operación quirúrgica para la reparación de un ligamento cruzado ○ soporte en la columna vertebral que sea requerido como consecuencia de una operación quirúrgica de columna vertebral. ○ fijador externo que se requiera como consecuencia de una fractura expuesta o por una cirugía en cabeza o cuello 	100%
<p>Cirugía reconstructiva</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados con cualquier tratamiento para restaurar la apariencia física del asegurado después de un accidente, enfermedad o dolencia, lesión o cirugía. La Aseguradora podrá pagar por la cirugía cuando la enfermedad o dolencia, lesión o cirugía y la cirugía reconstructiva ocurran durante su cobertura vigente y continua.</p> <p>El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Nota: Si el médico del asegurado recomienda tratamiento cosmético para corregir un problema funcional, por ejemplo, exceso de tejido en el ojo que interrumpe la visión, el asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir la autorización previa, ya que el caso será evaluado por el equipo médico de la Aseguradora. De ser aprobado, los beneficios se pagarán de acuerdo con las reglas y beneficios establecidos en esta Tabla de Beneficios.</p> <p>Exclusiones y restricciones:</p> <p>Consultar los numerales 3.33 y 3.38.</p>	100%
2.6.2 Cuidados para Pacientes Internados y/o Pacientes Ambulatorios	
<p>Imagenología avanzada</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos de estudios de imágenes avanzadas, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ estudios de imagen por resonancia magnética (IRM) ○ tomografía computarizada (TC) ○ tomografía por emisión de positrones (PET) <p>Los estudios deberán ser prescritos por el médico o doctor del asegurado como parte del diagnóstico o tratamiento de condiciones cubiertas.</p>	100%

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p>Condiciones congénitas</p> <p>La cobertura para condiciones congénitas y hereditarias bajo esta póliza es la siguiente:</p> <p>(a) El beneficio máximo definido para esta cobertura cuyas condiciones se manifiesten antes de que el asegurado cumpla los dieciocho (18) años de edad, incluyendo cualquier otro beneficio ya pagado bajo alguna otra póliza o anexo adicional de la Aseguradora, después de satisfacer el deducible correspondiente.</p> <p>(b) La cobertura para condiciones que se manifiesten en el asegurado a los dieciocho (18) años de edad o posteriormente.</p>	<p>(a) US\$500,000 de por vida</p> <p>(b) 100%</p>
<p>Tratamiento contra el cáncer</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos derivados de cualquier tratamiento contra el cáncer, una vez que sea diagnosticado, incluyendo los honorarios que se relacionen específicamente para planificar y llevar a cabo el tratamiento contra el cáncer. Lo anterior incluye exámenes de laboratorio, estudios de imagenología para diagnóstico, consultas y medicamentos recetados.</p> <p>El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de someterse al tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Exclusiones y restricciones:</p> <p>Consultar el numeral 3.36.</p> <p>La Aseguradora no cubre los gastos relacionados con tratamientos o medicamentos experimentales cuando sean suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.</p>	<p>100%</p>
<p>Servicio de trasplantes</p> <p>La Aseguradora cubrirá todos los gastos médicos relacionados con el trasplante, incluyendo consultas con médicos o especialistas y tratamiento médico cuando el asegurado se encuentre internado en el hospital o como paciente ambulatorio, siempre y cuando el órgano provenga de una donación verificada y certificada para los siguientes trasplantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ córnea ○ intestino delgado ○ riñón ○ riñón/páncreas ○ hígado ○ corazón ○ pulmón ○ corazón/pulmón <p>Los gastos de los medicamentos contra el rechazo y gastos médicos para trasplante de médula ósea y trasplantes de células madres periféricas, con o sin altas dosis de quimioterapia para tratar el cáncer, están cubiertos bajo el beneficio de tratamiento de cáncer.</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos del donante para cada condición médica que requiera de un trasplante, tanto si el donante está asegurado o no, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la recolección del órgano, ya sea de un donante vivo o muerto, ○ los gastos por compatibilidad de tejidos ○ los gastos de hospital/operación del donante, y ○ cualquier complicación del donante, hasta por un máximo de treinta (30) días de post operación únicamente <p>Exclusiones y restricciones:</p> <p>Consultar el numeral 3.27.</p>	<p>US\$1,000,000 por diagnóstico, de por vida</p>
<p>Diálisis renal</p> <p>La Aseguradora pagará la diálisis renal para paciente hospitalizado o paciente ambulatorio.</p>	<p>100%</p>
<p>Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (período de espera de 1 año)</p> <p>La Aseguradora cubrirá la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los gastos derivados de la infección de (VIH y SIDA, siempre y cuando los anticuerpos VIH (seropositivos) o el virus del SIDA no hayan sido detectados o se hayan manifestado antes de completar el período de espera.</p>	<p>US\$500,000 de por vida</p>

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p>Cobertura para actividades y deportes peligrosos</p> <p>Los costos relacionados con tratamientos derivados de la práctica de actividades y deportes peligrosos de forma amateur están cubiertos bajo esta póliza.</p> <p>Exclusiones y restricciones:</p> <p>Consultar el numeral 3.3.</p>	100%
2.6.3 Tratamiento Ambulatorio	
<p>Cirugía ambulatoria</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados con cirugía ambulatoria.</p>	100%
<p>Exámenes de patología, radiología y diagnóstico</p> <p>La Aseguradora pagará los gastos derivados de exámenes de diagnóstico y laboratorio cuando dichos estudios sean prescritos por un médico o doctor para documentar el diagnóstico o para evaluar su estado de salud posterior a un tratamiento médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estudios de laboratorio, exámenes de patología e imagenología ○ Exámenes de diagnóstico, como electrocardiogramas (ECG) <p>Exclusiones y restricciones:</p> <p>Consultar los numerales 3.16 y 3.31.</p>	100%
<p>Honorarios médicos</p> <p>La Aseguradora pagará los honorarios por concepto de consulta con especialistas, médicos o doctores para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Proponer un tratamiento ○ Dar seguimiento al tratamiento recibido previamente ○ Recibir consultas o tratamientos pre y post hospitalarios ○ Prescribir medicamentos ○ Efectuar el diagnóstico relacionado con los síntomas manifestados <p>Exclusiones y restricciones:</p> <p>Consultar los numerales 3.9, 3.12 y 3.34.</p>	100%
<p>Enfermeros profesionales</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados al cuidado de enfermeros profesionales calificados para administrar medicamentos por inyección, colocar vendajes o brindar un servicio que requiere especialización y sea médicamente necesario.</p>	100%, máximo 30 visitas
<p>Fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos</p> <p>La Aseguradora cubrirá los honorarios relacionados con consultas y tratamiento de fisioterapeutas, osteópatas y quiroprácticos profesionales calificados para realizar terapias físicas con el objeto de restaurar la función física normal del asegurado.</p>	100%, máximo 30 visitas
<p>Podología</p> <p>La Aseguradora cubrirá los honorarios relacionados con el tratamiento realizado por un podiatra, quiropodista o especialista profesional calificado en ortopedia, posterior a un diagnóstico y que forme parte del tratamiento prescrito por el médico tratante.</p>	100%, máximo 30 visitas
<p>Consultas medicina alternativa</p> <p>Consultas y tratamiento con profesionales calificados en naturopatía, homeopatía y medicina china debidamente registrados para ejercer en el país donde se recibe el tratamiento.</p> <p>Nota: Si cualquier medicina complementaria o tratamiento es proporcionado o llevado a cabo en una fecha diferente a la fecha de consulta, estos costos serán considerados como una consulta independiente.</p> <p>Exclusiones y restricciones:</p> <p>Consultar el numeral 3.26.</p>	100%, máximo 15 visitas

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p>Medicamentos y materiales de curación con receta médica</p> <p>La Aseguradora pagará los medicamentos y materiales de curación con receta médica siempre que sean prescritos por un médico o doctor de forma previa y que sean necesarios para tratar una lesión, enfermedad o dolencia.</p>	<p>Plan 1: 80% hasta US\$5,000(*); 100% después de US\$5,000</p> <p>Planes 2 y 3: 100%</p>
<p>Equipo médico durable</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos derivados de la utilización de equipo médico durable y sus componentes, siempre y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ sea prescrito por un médico ○ cumpla con la definición de equipo médico durable <p>La Aseguradora no pagará por los componentes que no sean indispensables para el uso del equipo médico durable.</p>	<p>100%</p>
<p>Asesoría nutricional</p> <p>La Aseguradora pagará por consultas con un nutricionista si la asesoría nutricional está relacionada con una enfermedad o dolencia cubierto y diagnosticado, como la diabetes.</p>	<p>100%, máximo 4 visitas</p>
<p>(*) Aplica un coaseguro de 20%</p>	
<p>2.6.4 Salud Mental</p>	
<p>Salud mental durante la hospitalización</p> <p>La Aseguradora pagará los gastos derivados del tratamiento psiquiátrico, siempre y cuando sea médicamente necesario y la terapia se otorgue durante la estadía en el hospital.</p> <p>Cualquier tratamiento psiquiátrico cuando el asegurado esté hospitalizado durante cinco (5) días o más requiere de autorización previa de la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Exclusiones y restricciones:</p> <p>Consultar el numeral 3.20.</p>	<p>100%, máximo 90 visitas de por vida</p>
<p>Salud mental en ambulatorio</p> <p>La Aseguradora pagará los honorarios en el consultorio del psiquiatra, psicólogo o psicoterapeuta</p> <p>Exclusiones y restricciones:</p> <p>Consultar los numerales 3.20 y 3.29.</p>	<p>100%, máximo 30 visitas</p>
<p>2.6.5 Embarazo y Parto</p>	
<p>Embarazo/parto – Solo Planes 1 y 2 (período de espera de 10 meses):</p>	
<p>La Aseguradora pagará a la Asegurada Titular, cónyuge o conviviente los gastos derivados del embarazo, parto y complicaciones del embarazo, del parto y del recién nacido hasta el límite establecido en este beneficio siempre y cuando la fecha estimada de parto sea por lo menos diez (10) meses calendario después de la fecha de vigencia de la cobertura para la respectiva asegurada.</p> <p>Esta cobertura no aplica para aseguradas dependientes diferentes a las aquí señaladas. Para disfrutar de este beneficio, la asegurada dependiente que no sea cónyuge o conviviente deberá optar por una póliza independiente donde sea la Asegurada Titular de forma previa al nacimiento de su hijo y siempre que haya estado asegurada en la póliza original inmediata anterior durante al menos (10) meses consecutivos cumplidos a partir de la fecha del inicio de vigencia.</p> <p>Exclusiones y restricciones:</p> <p>Consultar los numerales 3.5, 3.9, 3.23 y 3.34.</p>	
<p>Parto normal y cesárea electiva en el hospital o clínica – Solo Planes 1 y 2 (período de espera de 10 meses)</p> <p>La Aseguradora cubrirá a la Asegurada Titular, cónyuge o conviviente. No aplica deducible.</p> <p>El tratamiento de maternidad y parto incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ cargos de hospitales, honorarios de equipo médico, obstetras y matronas por parto natural o cesárea electiva, ○ cuidados post natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto natural o cesárea electiva, como suturas, y ○ hasta siete (7) días de cuidado rutinario para el recién nacido 	<p>US\$7,000</p>

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p>Cesárea médicamente necesaria – Solo Planes 1 y 2 (período de espera de 10 meses)</p> <p>La Aseguradora cubrirá a la Asegurada Titular o cónyuge o conviviente por gastos de hospital, honorarios del obstetra y otros honorarios médicos relacionados con el costo de parto por cesárea cuando la cesárea sea médicamente necesaria. No aplica deducible.</p>	US\$7,000
<p>Tratamiento pre y post natal – Solo Planes 1 y 2 (período de espera de 10 meses)</p> <p>Una vez transcurridos los diez (10) meses cumplidos de cobertura continua bajo la póliza, la Aseguradora cubrirá a la Asegurada Titular, cónyuge o conviviente por los cuidados de maternidad y tratamiento antes y después del parto.</p>	Cubierto bajo el beneficio de embarazo
<p>Complicaciones del embarazo y parto – Solo Planes 1 y 2 (período de espera de 10 meses)</p> <p>La Aseguradora cubrirá a la Asegurada Titular, cónyuge o conviviente por los gastos relacionados con cualquier tratamiento que sea médicamente necesario como resultado directo de complicaciones del embarazo o parto. No aplica deducible.</p> <p>Por complicaciones del embarazo o complicaciones del recién nacido durante el parto se entienden aquellas condiciones que solamente surgen como resultado directo del embarazo o parto; por ejemplo, preclamsia, amenaza de aborto espontáneo, diabetes gestacional, muerte fetal o del recién nacido.</p> <p>Este beneficio se encuentra sujeto a autorización previa de la Aseguradora. La asegurada deberá contactar a la Aseguradora para recibir autorización previa si es posible. Si requiere hospitalización de emergencia como resultado directo de complicaciones del embarazo o parto, la asegurada deberá comunicarse con la Aseguradora dentro de las cuarenta y ocho (48) horas después de haber sido hospitalizada.</p>	US\$500,000 de por vida

Incorporación del recién nacido en la póliza

Para que el **recién nacido** de un embarazo cubierto disfrute de cobertura bajo esta **póliza** sin necesidad de requisitos adicionales de evaluación de riesgo, el **Asegurado Titular** y/o **contratante** deberá presentar dentro de los primeros noventa (90) días después del parto un acta o certificado de nacimiento que contenga el nombre completo del **recién nacido**, su sexo, talla y peso, la fecha de su nacimiento y el nombre de los padres.

Si la notificación no es recibida durante los noventa (90) días después del parto, se requerirá una **solicitud de seguro de salud** para incluir al **recién nacido**, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo.

La incorporación del **recién nacido** en la **póliza** queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente. La cobertura por **complicaciones del recién nacido durante el parto** está limitada al beneficio máximo descrito bajo el beneficio de “**complicaciones del embarazo y parto**”.

Si el **recién nacido** nace de un embarazo no cubierto, se le podrá agregar a la **póliza** cumpliendo con la obligación de pago de la prima y el envío de una **solicitud de seguro de salud**, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo por parte de la **Aseguradora**. Sin embargo, si alguno de los padres del **recién nacido** tiene por lo menos diez (10) meses cumplidos de cobertura continua en esta **póliza**, el **recién nacido** podrá ser dado de alta en la misma **póliza** sin evaluación de riesgo previa, siempre y cuando se presente el acta o certificado de nacimiento dentro de los primeros 90 días después del parto.

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
2.6.6 Transporte y Viajes	

Viajes de traslado

La cobertura por evacuación cubre los gastos razonables de viaje de traslado del **asegurado** al lugar más cercano en donde pueda recibir **tratamiento** apropiado, cuando el **tratamiento** que necesita no está disponible en un lugar cercano.

Para todos los traslados médicos y evacuaciones:

- o el **asegurado** debe contactar a la **Aseguradora** para recibir autorización previa antes de su traslado,
- o el **tratamiento** debe ser recomendado por el **especialista** o **médico** tratante del **asegurado**,
- o el **tratamiento** no debe estar disponible en un lugar cercano,
- o el **tratamiento** debe estar cubierto bajo esta **póliza**,
- o la **Aseguradora** coordinará el traslado con el **asegurado**, y
- o el beneficio aplica para **tratamiento** en **hospital**, tanto como **paciente ambulatorio** u hospitalizado. La evacuación podrá ser autorizada si el **asegurado** necesita imagenología avanzada o **tratamiento** contra el cáncer, como radioterapia o quimioterapia.

La **Aseguradora** no es el proveedor de traslado y otros servicios establecidos en la sección de Viajes de traslado, pero coordinará estos servicios para el **asegurado**. En algunos países, la **Aseguradora** podrá usar a socios proveedores de servicios para coordinar estos servicios localmente, pero la **Aseguradora** siempre estará con el **asegurado** para apoyarle.

Exclusiones y restricciones:

- o La **Aseguradora** no pagará por noches extra en el **hospital** cuando el **asegurado** ya no esté recibiendo **tratamiento** activo que requiera que esté hospitalizado; por ejemplo, cuando está esperando su vuelo de regreso.
- o La **Aseguradora** no aprobará un viaje de traslado que, dentro de la opinión razonable de la **Aseguradora**, sea inapropiado basado en prácticas médicas y clínicas establecidas. Adicionalmente, la **Aseguradora** se reserva el derecho de realizar una investigación del caso cuando sea razonable. La evacuación o repatriación no será autorizada si va en contra de la recomendación del equipo médico de la **Aseguradora**.
- o La **Aseguradora** no podrá coordinar una evacuación cuando la situación local lo haga imposible, sea irrazonablemente peligroso, o el área lo haga impráctico; por ejemplo, una plataforma petrolera, dentro de una zona de guerra, en áreas geográficamente remotas, o rescate en alta montaña. Tales intervenciones dependen y están sujetas a los recursos disponibles local y/o internacionalmente y deberán permanecer dentro del marco nacional e internacional legal y regulatorio. Las intervenciones pueden estar sujetas al otorgamiento de autorizaciones requeridas que son emitidas por diversas autoridades involucradas, que podrán estar fuera del control o influencia de la **Aseguradora** o de nuestros socios proveedores de servicios.
- o La **Aseguradora** no será responsable por cualquier retraso o restricción en conexión con el viaje de traslado ocasionado por condiciones climatológicas, problemas mecánicos, restricciones impuestas por autoridad pública o por el piloto o cualquier otra condición fuera del control de la **Aseguradora**.
- o La **Aseguradora** solo pagará por los viajes de traslado coordinados y autorizados previamente por la **Aseguradora**. Los gastos de viaje de traslado cubiertos bajo esta **póliza** pero que no sean coordinados por la **Aseguradora** serán pagados por una cantidad equivalente a los costos que la **Aseguradora** habría pagado si la **Aseguradora** hubiera coordinado el traslado.

Evacuación médica

Evacuación médica hospitalaria: La **Aseguradora** cubrirá los gastos de viaje de traslado para una evacuación médica cuando el **asegurado** se encuentre hospitalizado para recibir atención médica hacia el lugar apropiado más cercano en donde el **tratamiento** médico necesario esté disponible (en territorio nacional o en el extranjero) y el regreso al lugar de donde fue trasladado.

Deberá obtenerse autorización previa de la **Aseguradora**, y el viaje de regreso debe realizarse dentro de los catorce (14) días siguientes al final del **tratamiento**.

La **Aseguradora** cubrirá los costos para el viaje de regreso que sean más económicos entre:

- o El costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o
- o El costo de un boleto comercial por una aerolínea en clase turista.

La **Aseguradora** no pagará ningún otro costo relacionado con el traslado, como gastos de traslado diferentes a los aquí mencionados o el alojamiento de hotel.

100%

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p>Costos de viaje de traslado para un acompañante (por evacuación)</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos razonables de viaje de traslado para un familiar cercano del asegurado (esposo(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) para que le acompañe si existe una necesidad razonable para ello. La Aseguradora considera como 'necesidad razonable' cuando el asegurado necesita de alguien que le acompañe por una de las siguientes razones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ necesita asistencia para subir o bajar de un transporte, ○ necesita ser trasladado por una distancia larga (por lo menos 1,000 millas o 1,600 kilómetros), ○ no hay acompañamiento médico disponible, o ○ en el caso de una enfermedad o dolencia aguda y seria <p>La persona acompañante puede viajar en un tipo de transporte diferente que el asegurado que requiere el tratamiento, dependiendo de los requerimientos médicos.</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos razonables de traslado para el viaje de regreso al lugar de donde se originó el traslado, cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ esto sea autorizado previamente por la Aseguradora, y ○ el viaje de regreso se realice dentro de los catorce (14) días siguientes al final del tratamiento. <p>La Aseguradora cubrirá los costos para el viaje de regreso que sean más económicos entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ el costo razonable del viaje de regreso por tierra o por mar, o ○ el costo de un boleto en una aerolínea comercial en clase turista. <p>La Aseguradora no cubrirá los costos del viaje para el acompañante cuando la evacuación o repatriación se haga para que el asegurado reciba tratamiento como paciente ambulatorio.</p> 	<p>100%</p>
<p>Costos de alimentación y transporte para acompañante</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos de alimentación y transporte indispensables de un familiar (esposo(a) o pareja, hijo(a), hermano(a)) que esté autorizado para viajar con el asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ únicamente durante una evacuación, y ○ por hasta diez (10) días o hasta el día de alta del asegurado, cualquiera que sea primero, mientras el familiar del asegurado se encuentre fuera de su país de residencia habitual. <p>La Aseguradora no cubrirá los costos del acompañante cuando la evacuación se haga para que el asegurado reciba tratamiento como paciente ambulatorio.</p>	<p>US\$150 por día, máximo 10 días por año póliza</p>
<p>Costos de viaje de traslado de niños</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos de viaje de traslado razonables para que los hijos del asegurado sean trasladados junto con el asegurado en caso de su evacuación o repatriación, siempre y cuando los hijos sean menores de dieciocho (18) años, y cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ sea médicamente necesario que el asegurado (el padre o madre o guardián de los niños), sea evacuado o repatriado, ○ el(la) esposo(a), pareja u otro guardián que comparta la custodia de los niños, esté acompañando también al asegurado, y ○ que de no trasladarlos, los niños quedarían sin un padre, madre o apoderado, y ○ esto sea autorizado previamente por la Aseguradora. 	<p>100%</p>
<p>Ambulancia aérea local</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia aérea local utilizada para transportar al asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ de la ubicación de un accidente o centro de esquí al hospital, o ○ para el traslado de un hospital a otro <p>Será procedente esta cobertura cuando la ambulancia aérea sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ médicamente necesaria, ○ utilizada para distancias cortas de hasta 100 millas/160 kilómetros, y ○ relacionada al tratamiento cubierto que el asegurado necesite recibir en el hospital <p>Este beneficio debe ser aprobado previamente por la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p>	<p>100%</p>

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p>Ambulancia terrestre local</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos por la utilización de los servicios de ambulancia terrestre local utilizada para transportar al asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ de la ubicación de un accidente al hospital, ○ para el traslado de un hospital a otro, o ○ de su casa al hospital <p>Cuando una ambulancia terrestre local sea:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ médicamente necesaria, y ○ relacionada al tratamiento cubierto y que el asegurado necesite recibir en el hospital 	100%
<p>Repatriación de restos mortales</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos razonables para el traslado del cuerpo o restos mortales cremados del asegurado a su país de nacionalidad o a su país de residencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ en el caso de su fallecimiento mientras esté fuera de su país de residencia, y ○ sujeto a los requerimientos y restricciones de la aerolínea <p>La Aseguradora sólo pagará por los arreglos reglamentarios, como la cremación, urna, embalsamamiento y ataúd de zinc cuando sea requerido por las autoridades de la aerolínea para poder llevar a cabo el traslado.</p> <p>La Aseguradora no pagará por ningún otro costo relacionado con el entierro o la cremación, el costo de ataúd para entierro, etc., ni los costos de traslado para que alguien recolecte o acompañe los restos mortales del asegurado.</p>	100%
2.6.7 Tratamiento Dental	
<p>Tratamiento dental relacionado con accidentes</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos generados por el tratamiento dental médicamente necesario derivado de un accidente cubierto, siempre y cuando el primer gasto se genere dentro de los treinta (30) días siguientes al accidente.</p>	100%
<p>Tratamiento dental(*) (período de espera de 6 meses)</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos por:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ rellenos ○ tratamiento del conducto radicular ○ radiografía ○ extracción dental ○ limpieza dental ○ anestesia 	80% hasta US\$1,000
<p>Restauración mayor no estética(*) (período de espera de 6 meses)</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos derivados de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ puentes ○ coronas ○ implantes dentales ○ dentaduras postizas 	80% hasta US\$1,000
(*) Aplica un coaseguro de 20%	
2.6.8 Tratamiento Preventivo	
<p>Examen de salud general (período de espera de 10 meses)</p> <p>La Aseguradora pagará por un examen de salud general una vez que el asegurado haya estado cubierto bajo esta póliza por diez (10) meses consecutivos. No aplica deducible.</p> <p>El examen de salud general normalmente incluye varios exámenes de rutina realizados para evaluar el estado de salud, y que podrán incluir exámenes para analizar los niveles de colesterol y azúcar en la sangre (glucosa), exámenes de función hepática y renal, medición de la presión arterial y una evaluación de riesgo cardiaco. También podrá incluir pruebas específicas para medir el riesgo de cáncer de mama, cervical, de próstata y colorrectal, así como pruebas de densidad ósea.</p>	US\$800

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p>Vacunas(*)</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos por la aplicación de las siguientes vacunas:</p> <ul style="list-style-type: none"> o vacunas que sean recomendadas como parte de los programas nacionales de inmunización de niños en Ecuador o vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH) para proteger contra el cáncer cervical o vacuna contra la influenza (gripe) 	80% hasta US\$800
<p>Examen de la vista</p> <p>La Aseguradora cubrirá un examen de refracción cada año póliza, que incluye el costo de la consulta. No aplica deducible.</p>	100%
<p>Examen dental preventivo (período de espera de 6 meses)</p> <p>La Aseguradora cubrirá dos chequeos/exámenes dentales preventivos por año póliza, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> o radiografías simples/interproximales, radiografías panorámicas o de serie completa, ortopantogramas (OPG) o eliminación de la placa dental y pulido o protector de encías/protector bucal <p>No aplica deducible.</p>	100%
(*) Aplica un coaseguro de 20%	
2.6.9 Dispositivos para la Audición y la Vista	
<p>Aparatos auditivos(*)</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos de aparatos auditivos con receta médica. No cubre reemplazos durante el mismo año póliza.</p>	80% hasta US\$1,000
<p>Anteojos y lentes de contacto(*)</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos de anteojos y lentes de contacto con receta médica prescrita por un especialista oftalmológico, y para corregir un problema de la vista o la visión, como miopía o astigmatismo. No cubre reemplazos durante el mismo año póliza.</p>	80% hasta US\$1,000
<p>Cirugía refractiva(*) (1 por ojo, de por vida)</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos de la cirugía refractiva para corregir astigmatismo y miopía/hipermetropía, sujeto a los siguientes criterios médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> o si el asegurado tiene tres (3) dioptrías o más en el ojo que está siendo tratado, y o si el tratamiento es realizado por un proveedor (médico, hospital o clínica) reconocido y acreditado <p>La Aseguradora únicamente cubrirá una cirugía por ojo, de por vida. Este procedimiento está sujeto a pre-autorización, por lo que el asegurado deberá obtener dicha pre-autorización antes de coordinar cualquier consulta o tratamiento. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p>	80% hasta US\$1,500 de por vida
(*) Aplica un coaseguro de 20%	
2.6.10 Rehabilitación y Cuidados Paliativos	
<p>Enfermería en casa</p> <p>La Aseguradora cubrirá los gastos de enfermería en casa para el asegurado después de su tratamiento en el hospital cubierto por esta póliza cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> o sea prescrito por el médico del asegurado, o comience inmediatamente después de que el asegurado salga del hospital, o reduzca la duración de la estadía del asegurado en el hospital, o sea proporcionada por un(a) enfermero(a) profesional calificado(a) en casa del asegurado, y o sea necesaria para proporcionar cuidados médicos, (no incluye cuidados personales o asistenciales). <p>El asegurado deberá comunicarse con la Aseguradora para recibir autorización previa antes de recibir este beneficio. La Aseguradora se reserva el derecho de no pagar los gastos a menos de que la autorización previa haya sido otorgada.</p> <p>Exclusiones y restricciones:</p> <p>Consultar el numeral 3.19.</p>	US\$300 por día, máximo 60 días

BENEFICIO Y EXPLICACIÓN	COBERTURA
<p>Centro para pacientes terminales y cuidados paliativos</p> <p>Se entenderán como cuidados paliativos aquéllos que se otorgan a pacientes que no responden al procedimiento curativo y se encuentran en etapa terminal. Derivado de esta cobertura, la Aseguradora pagará servicios de centros para pacientes terminales y cuidados paliativos si recibe un diagnóstico de enfermedad terminal y si el asegurado ya no puede recibir tratamiento que conduzca a su recuperación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ alojamiento en centro para pacientes terminales ○ cuidados de enfermero(a) profesional calificado(a) ○ medicamentos recetados y terapias para disminuir el dolor corporal ○ cuidados físicos, psicológicos, sociales y espirituales 	100%
<p>Rehabilitación (rehabilitación multidisciplinaria)</p> <p>La Aseguradora pagará por la rehabilitación, incluyendo habitación, alimentos y una combinación de terapias físicas, ocupacionales y de fonoaudiología, después de un acontecimiento como un infarto cerebral. La Aseguradora pagará por rehabilitación únicamente cuando el asegurado haya recibido autorización previa al inicio del tratamiento. La Aseguradora sólo cubrirá los gastos por rehabilitación cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sea considerada médicamente necesaria, después de revisar la información médica correspondiente, y ○ Sea parte del tratamiento recibido para dicha condición cubierta bajo la póliza <p>Nota: Para que la Aseguradora pueda otorgar una autorización previa, el especialista deberá proporcionar la información clínica completa del asegurado, incluyendo el diagnóstico, el tratamiento recibido o por recibir, y la fecha planeada o propuesta para darle de alta si el asegurado se encuentra internado para recibir rehabilitación.</p> <p>Exclusiones y restricciones:</p> <p>Consultar el numeral 3.19.</p>	100% máximo 60 días

2.6.11 Beneficios Adicionales

Cobertura extendida para dependientes elegibles debido al fallecimiento del Asegurado Titular

En caso de que fallezca el **Asegurado Titular**, la **Aseguradora** otorgará cobertura a los **asegurados dependientes** cubiertos bajo la **póliza** al momento del fallecimiento del **Asegurado Titular** durante un (1) año sin costo alguno a partir del vencimiento pagado por el **Asegurado Titular**, si la causa de la muerte del **Asegurado Titular** se debió a un **accidente, enfermedad o dolencia** cubierto bajo esta **póliza**. Este beneficio aplica solamente a los **dependientes** cubiertos bajo la **póliza** existente y terminará automáticamente para el cónyuge o **conviviente** sobreviviente si contrae matrimonio, o para los **dependientes** sobrevivientes que dejen de ser elegibles bajo esta **póliza** y/o para los cuales se haya emitido su propia **póliza** por separado.

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

2.6.12 Amparos Opcionales

Este producto no contempla ninguna cobertura opcional adicional.

No.	CLÁUSULA
2.7	<p>COBERTURA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD: Las coberturas para personas con discapacidad estarán disponibles siempre que el asegurado sea calificado como persona discapacitada por la autoridad sanitaria nacional de acuerdo con los lineamientos regulatorios de elegibilidad indicados en la Ley Orgánica de Discapacidades publicada el 25 de septiembre de 2012 y sus normas reglamentarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Las condiciones preexistentes, incluyendo las enfermedades graves, catastróficas o degenerativas que sobrevengan como consecuencia de la discapacidad, serán cubiertas con un monto de cobertura mínima de veinte (20) salarios básicos unificados por año. Esta cobertura surtirá efecto transcurrido un período de espera estipulado en la Ley Orgánica de Discapacidades, contados desde la fecha de emisión de la póliza de seguro. Este límite no aplicará en caso de discapacidad superviniente. ○ Las condiciones preexistentes relacionadas con la discapacidad, serán cubiertas aun cuando la persona cambie de programa de salud o plan de medicina prepagada o aseguradora o empresa de medicina prepagada. ○ La cobertura de cualquier condición médica y/o condición preexistente que no sea consecuencia de la discapacidad no estará sujeta a lo dispuesto en esta cláusula sino a las condiciones generales de la póliza. ○ Las pólizas suscritas con personas con discapacidad tendrán una duración de al menos tres (3) años. En el caso de cancelación anticipada no motivada por parte del asegurado, el asegurado o afiliado perderá el derecho a la continuidad de cobertura prevista en el Artículo 25 de la Ley Orgánica de Discapacidades. <p>En caso de pólizas grupales, al cancelar anticipadamente la póliza el contratante, la persona con discapacidad podrá suscribir con la aseguradora una póliza individual por el tiempo remanente de los tres (3) años.</p> <p>La cuantía de las primas para personas con discapacidad es igual a las fijadas para las pólizas emitidas a favor de personas sin discapacidad.</p>
3.	<p>EXCLUSIONES Y LIMITACIONES</p>
	<p>En esta sección de exclusiones y limitaciones encontrará un listado de los tratamientos, condiciones y situaciones específicas que no están cubiertas por la Aseguradora como parte de su seguro de salud.</p>
3.1	<p>CONDICIONES PREEXISTENTES: Cualquier gasto relacionado con condiciones preexistentes excepto lo estipulado en el numeral 1.5 “Condiciones Preexistentes”.</p>
3.2	<p>EXCLUSIONES GENERALES: Las exclusiones en esta sección corresponden además de cualquier exclusión y limitación personal, tal como se ha explicado anteriormente.</p> <p>Para todas las exclusiones en esta sección, y para cualquier exclusión o limitación personal especificada en el documento de Condiciones Particulares, la Aseguradora no proporciona cobertura o beneficios, así como tampoco para las exclusiones y limitaciones que aparecen en la Tabla de Beneficios, ni para las condiciones preexistentes que estén directamente relacionados con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Condiciones preexistentes no declaradas al momento de contratar la póliza o sus complicaciones; ○ Enfermedades o dolencias y tratamientos excluidos; ○ Gastos adicionales o incrementados que resulten de enfermedades o dolencias y tratamientos excluidos, ○ Complicaciones que resulten de enfermedades o dolencias y tratamientos excluidos, y ○ Los servicios y tratamientos que no se lleven a cabo dentro de la Red de Proveedores, excepto en los casos especificados bajo la cobertura de tratamiento de emergencia.
3.3	<p>ACTIVIDADES Y DEPORTES PELIGROSOS: Tratamiento por cualquier lesión que resulte de participar en cualquier actividad o deporte peligroso, ya sea por compensación o como profesional.</p>
3.4	<p>ADMISIÓN ELECTIVA: La admisión electiva en un hospital por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por la Aseguradora.</p>
3.5	<p>ALMACENAMIENTO DE TEJIDOS: Extracción y almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre de cordón umbilical, o cualquier otro tipo de tejido o célula. También están excluidos los gastos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la crio-preservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.</p> <p>Nota: La Aseguradora cubrirá los gastos relacionados con trasplantes de medula ósea y trasplantes de células madre de sangre periférica cuando son realizados como parte del tratamiento de cáncer. Esto está cubierto bajo el beneficio de tratamiento de cáncer.</p>
3.6	<p>CIRUGÍAS Y TRATAMIENTOS PARA CAMBIO DE SEXO: Cualquier gasto por cambio o transformación de sexo y las complicaciones surgidas u ocasionadas directa o indirectamente de dichas cirugías o tratamientos, excepto reasignación de sexo por condiciones congénitas cubiertas bajo la póliza.</p>
3.7	<p>CLINICAS DE HIDROTERAPIA, NATURISTAS, ETC.: Tratamientos o servicios recibidos en una clínica de hidroterapia o naturista, spa, o en cualquier establecimiento similar que no sea un hospital.</p>

No.	CLÁUSULA
3.8	<p>CONFLICTO Y DESASTRE: Contaminación nuclear o química, guerra declarada o no, acto de enemigo extranjero, hostilidades, operaciones bélicas, invasión, guerra civil, huelga, desordenes obrero-patronales, alborotos o desórdenes populares, alteración de orden público, rebelión, revolución, insurrección, guerrillas, golpes de Estado, ley marcial, poder usurpado o de facto, motín, conmoción civil, actos de terrorismo, eventos o situaciones bajo el control de las autoridades sanitarias locales y eventos similares y las acciones destinadas a evitarlas o contenerlas, si el asegurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ha puesto su vida en peligro al entrar en una zona de conflicto conocida, ○ ha participado activamente, o ○ ha demostrado un comportamiento negligente con su seguridad personal.
3.9	<p>CONTROL DE NATALIDAD: Métodos anticonceptivos, esterilización, vasectomía, terminación del embarazo (a menos que exista una amenaza a la salud de la madre), planeación familiar, tal como consultas de la asegurada con su médico para discutir si embarazarse o utilizar métodos anticonceptivos.</p>
3.10	<p>DEPÓSITOS/PAGOS POR ADELANTADO: Depósitos y/o pagos por adelantado para el costo de cualquiera de los beneficios cubiertos.</p>
3.11	<p>DESÓRDENES DEL SUEÑO: Tratamiento para el insomnio, apnea de sueño, ronquidos, o cualquier otro problema relacionado con el sueño, incluyendo estudios del sueño.</p>
3.12	<p>DISFUNCIONES SEXUALES: Consultas para recibir tratamiento para atender problemas sexuales, como impotencia, excepto cuando sean derivados de una condición cubierta bajo la póliza.</p>
3.13	<p>EMBARAZOS NO CUBIERTOS: Todo tratamiento a una madre o a un recién nacido relacionado con un embarazo no cubierto tal como se indica en la Tabla de Beneficios.</p>
3.14	<p>ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y EFERMEDADES PANDÉMICAS: No está cubierto el tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o enfermedad pandémica, así como tampoco están cubiertas las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o enfermedad pandémica.</p>
3.15	<p>EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL: Equipo de riñón artificial personal para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por la Aseguradora.</p>
3.16	<p>EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO PARA TRABAJO O VIAJES: Cualquier examen médico o de diagnóstico que forme parte de un examen físico de rutina, incluyendo vacunas y la emisión de certificados médicos, y exámenes con el propósito de demostrar la capacidad del asegurado para trabajar o viajar.</p>
3.17	<p>GASTOS DE REGISTRO/ADMINISTRACIÓN: Gastos de registro/administración en hospitales o instituciones similares (a menos que la Aseguradora, dentro de su discreción razonable, considere que esos gastos son adecuados y usuales, aceptados por la práctica del país que sea relevante).</p>
3.18	<p>GASTOS EXCESIVOS: Cualquier cantidad o gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro para el área geográfica en particular o nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.</p>
3.19	<p>GASTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTOS NO CUBIERTOS: El tratamiento de cualquier lesión, enfermedad o dolencia, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Que no sea médicamente necesario, o (b) Para un asegurado que no se encuentre bajo los cuidados de un médico o doctor o profesional acreditado, o (c) Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor, o (d) Que está relacionado con el cuidado personal, o (e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias.
3.20	<p>LESIONES AUTO INFLIGIDAS, SUICIDO, SUICIDO FALLIDO Y/O USO NOCIVO O PELIGROSO DE ALCOHOL, DROGAS Y/O MEDICINAS: Cualquier cuidado o tratamiento debido a enfermedades o dolencias, así como lesiones auto infligidas por el propio asegurado, suicidio, suicidio fallido, u ocasionado por culpa grave del asegurado por el uso de alcohol, drogas no prescritas médicamente, sustancias ilegales o psicotrópicas, o el uso ilegal de sustancias controladas. Esto incluye cualquier accidente o complicación resultante de cualquiera de los estados anteriores.</p>
3.21	<p>LESIONES POR RIÑAS: Se excluyen tratamientos de lesiones, enfermedades o dolencias, así como accidentes que se produzcan en actos delictivos intencionales en los que el Asegurado Titular o sus dependientes participe directamente o que sean derivados por riñas en las que el asegurado haya sido el provocador.</p>

No.	CLÁUSULA
3.22	<p>MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE LA VIDA: La Aseguradora no pagará el mantenimiento artificial de vida dentro de una institución hospitalaria (independientemente de la causa: muerte cerebral, estado vegetativo persistente, coma, trauma, etc.), incluyendo ventilación mecánica, alimentación parenteral o por gastrostomía, diálisis o cualquier otro procedimiento relacionado, cuando no se espere que dichos tratamientos resulten en la recuperación del asegurado o en la restauración de su salud.</p> <p>La Aseguradora se reserva el derecho de convocar a un panel de expertos en búsqueda de una segunda opinión para corroborar el pronóstico.</p>
3.23	<p>MATERNIDAD SUSTITUTA: Tratamiento directamente relacionado con la maternidad subrogada. Esta exclusión es aplicable tanto si la Asegurada actúa como madre sustituta, o cuando una tercera persona actúa como tal para el asegurado.</p>
3.24	<p>MEDICAMENTOS SIN RECETA: Medicamentos de venta libre o medicamentos que pueden obtenerse sin receta o medicamentos que no fueron recetados.</p>
3.25	<p>MEDICINA ALTERNATIVA: Tratamiento quiropráctico u homeopático, acupuntura o cualquier tipo de medicina alternativa, excepto como se ha estipulado bajo la cobertura de esta póliza.</p>
3.26	<p>MEDICAMENTOS COLOQUIALMENTE CONOCIDOS COMO CHINOS: Cualquiera de los siguientes medicamentos chinos tradicionales: hongo cordyceps, hongo ganoderma, astas de ciervo, cubilose; ejiao; hipocampos; ginseng; ginseng rojo; ginseng americano; ginseng radix silverstris; polvo de astas de antílope; placenta humana; hongo agaricus blazei murill; almizcle; polvo de perla; cuerno de rinoceronte; sustancias del elefante asiático, oso malayo, tigre y otras especies en peligro de extinción.</p>
3.27	<p>ÓRGANOS MECÁNICOS O ANIMALES: Órganos mecánicos o animales, excepto cuando se utiliza temporalmente un aparato mecánico para mantener la función corporal mientras se espera un trasplante. También se excluye la compra de un órgano donado de cualquier fuente y la recolección o almacenamiento de células madre como una medida preventiva contra posibles enfermedades o dolencias futuras.</p>
3.28	<p>PODOLOGÍA: Cuidado podiátrico cosmético, o que no sea médicamente necesario, así como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.</p>
3.29	<p>PROBLEMAS DEL DESARROLLO: Dificultades del aprendizaje, como dislexia; problemas relacionados con el desarrollo físico, como corta estatura; o problemas de desarrollo tratados en un ambiente educacional para apoyar el desarrollo educacional, excepto cuando sean resultado de una condición cubierta bajo esta póliza.</p>
3.30	<p>PROFESIONAL O PROVEEDOR MÉDICO NO RECONOCIDO O INSTALACIONES MÉDICAS NO RECONOCIDAS: Tratamiento realizado por un profesional o proveedor médico no reconocido o tratamiento realizado en instalaciones médicas no reconocidas.</p>
3.31	<p>PRUEBAS GENÉTICAS: Los exámenes genéticos que sean realizados para determinar si el asegurado es susceptible o no de desarrollar una enfermedad o padecimiento y cuyo único propósito sea preventivo, excepto cuando sean parte de exámenes de diagnóstico.</p>
3.32	<p>SERVICIO MILITAR Y/O POLICIAL: Tratamiento de lesiones que se produzcan mientras el asegurado se encuentra en servicio en una unidad militar o policial o durante la participación en una guerra, motín, rebelión o cualquier acto de insurrección civil o militar o lesiones sufridas en prisión.</p>
3.33	<p>TRATAMIENTO COSMÉTICO: Cirugía que no sea médicamente necesaria y tratamiento para alterar la apariencia, incluyendo tratamiento relacionado con la remoción de tejido no enfermo, redundante, como una liposucción, tanto si se requiere o no por razones médicas o psicológicas.</p>
3.34	<p>TRATAMIENTO DE FERTILIDAD: Tratamiento para asistir en la reproducción, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ fertilización in-vitro (IVF) ○ transferencia intratubárica de gametos (GIFT) ○ transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT) ○ inseminación artificial (IA) ○ tratamiento de medicamentos recetados ○ traslado del embrión (de una ubicación física a otra) ○ gastos relacionados con la donación de óvulos y/o semen
3.35	<p>TRATAMIENTO EN INSTALACIONES PÚBLICAS: Tratamientos en cualquier institución gubernamental, cuando el asegurado es derecho-habiente de la misma, o de cualquier establecimiento de caridad, beneficencia pública, asistencia social o cualquier otra semejante, en donde no se exige remuneración.</p>
3.36	<p>TRATAMIENTO EXPERIMENTAL: La Aseguradora no pagará por tratamientos o medicamentos que dentro de sus lineamientos sean considerados experimentales. La Aseguradora tampoco pagará por medicamentos y equipo utilizado para propósitos que no sean aquellos definidos por su licencia, a menos de que esto sea autorizado previamente.</p> <p>La Aseguradora no pagará por cualquier costo relacionado con tratamientos o medicamentos experimentales si éstos son suministrados como parte de una prueba clínica registrada y estos gastos son cubiertos por un patrocinador de la prueba clínica.</p>

No.	CLÁUSULA
3.37	TRATAMIENTO MAXILAR: Tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula o desórdenes de la articulación de la mandíbula, incluyendo pero no limitado a, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporomandibular, desórdenes cráneo-mandibulares, u otras condiciones de la mandíbula o la articulación de la mandíbula, que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esa articulación, excepto cuando sean originadas por una condición cubierta bajo esta póliza.
3.38	TRATAMIENTO NO NECESARIO Y OTROS: Tratamiento de cualquier lesión, enfermedad o dolencia, o cualquier gasto que resulte de cualquier tratamiento, servicio o suministro: (a) Que no sea autorizado o recetado por un médico o doctor, o (b) Que esté relacionado con el cuidado personal, o (c) Que se lleve a cabo en un hospital, pero para el cual no es médicamente necesario el uso de instalaciones hospitalarias.
3.39	TRATAMIENTO PARA EL CRECIMIENTO: Cualquier tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, incluyendo tratamientos realizados por un estimulador de crecimiento óseo, excepto cuando esté directamente relacionado al tratamiento de una condición cubierta bajo la póliza.
3.40	TRATAMIENTO POR OBESIDAD: Tratamiento para o como resultado de la obesidad, como suplementos alimenticios, medicamentos o asesoría nutricional. Los gastos asociados con cirugías por obesidad están cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios, sujetos a los términos y condiciones de la póliza. La cobertura para cirugía por obesidad está excluida para asegurados que ya hayan cumplido los sesenta (60) años de edad, y para asegurados que aún no han cumplido con el período de espera de dos (2) años de cobertura bajo la póliza.
3.41	TRATAMIENTO REALIZADO POR FAMILIARES: Cualquier tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos, o hijos de cualquier asegurado bajo esta póliza.
3.42	TRASTORNOS REFRACTIVOS: Tratamientos, equipos o cirugías para corregir la visión, como tratamiento de láser, queratotomía radial (RK) y queratotomía fotoretractiva (PRK), excepto cuando se especifique la cobertura en la Tabla de Beneficios.
3.43	TRATAMIENTOS PROVENIENTES DE SINIESTROS OCURRIDOS EN PAÍSES DE LISTA OFAC: Tratamientos que provengan de siniestros ocurridos en alguno de los países sancionados que aparecen en la lista elaborada por la Oficina de Control de Activos Extranjeros (OFAC) dependiente del gobierno de los Estados Unidos de América, disponible en www.treasury.gov/about/organizational-structure/offices/Pages/Office-of-Foreign-Assets-Control.aspx.
4.	DEFINICIONES
ACCIDENTE	Daño o lesión corporal causado involuntariamente por un evento externo, violento, súbito y fortuito. No se consideran accidentes aquellos casos donde la primera atención médica se realiza después de 30 (treinta) días posteriores a la fecha del acontecimiento.
ACTIVIDADES Y DEPORTES PELIGROSOS	Cualquier actividad o deporte que expone al participante a cualquier daño o peligro previsible. Algunos ejemplos de actividades peligrosas incluyen, pero no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5, pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de treinta (30) metros, puentismo (bungee jumping), la participación en cualquier deporte extremo, o la participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.
AMBULANCIA AÉREA	Transporte aéreo de emergencia desde el hospital donde el asegurado está ingresado, hasta el hospital más cercano donde se le puede proporcionar el tratamiento adecuado.
AMBULANCIA TERRESTRE	Unidad móvil especializada para el transporte de emergencia del asegurado hacia un hospital .
AÑO CALENDARIO	Del 1 de enero al 31 de diciembre del mismo año.
AÑO PÓLIZA	El período de doce (12) meses consecutivos que comienza en la fecha de efectividad de la póliza , y cualquier período subsiguiente de doce (12) meses.
ASEGURADO	La persona para quien se ha completado una solicitud de seguro de salud , para quien se ha pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada e iniciada por la Aseguradora . El término "asegurado" incluye al Asegurado Titular y a todos los dependientes cubiertos bajo esta póliza .
ASEGURADO TITULAR	La persona solicitante nombrada en la solicitud de seguro de salud . Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.
ASEGURADORA	Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros, sociedad anónima inscrita con el Registro Único de Contribuyente (RUC) 1791782402001.
BENEFICIOS CUBIERTOS	Tratamiento y beneficios que aparecen como cubiertos en la Tabla de Beneficios de la póliza Global Premier Health Plan.

COASEGURO	Es el porcentaje de las facturas médicas de ciertos beneficios que el asegurado debe pagar en adición al deducible .
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	Curso anormal del embarazo y puerperio que impide que la madre pueda tener un parto natural bajo cuidado médico regular. Para propósitos de esta póliza , una cesárea electiva, o una cesárea después de una cesárea, en ningún caso son consideradas una complicación del embarazo.
COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO DURANTE EL PARTO	Cualquier desorden del recién nacido relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida, incluyendo, pero no limitado a, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, nacimiento prematuro, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.
CONDICIÓN PREEXISTENTE	<p>Son aquellas enfermedades o dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata en su favor previamente a la celebración del contrato, o cuya existencia se compruebe mediante un resumen clínico o diagnóstico realizado por un médico o doctor legalmente autorizado, o bien, que hubiesen sido diagnosticados mediante pruebas de laboratorio o de patología, o por cualquier otro medio de diagnóstico reconocido, dentro de los cinco (5) años previos al inicio de vigencia de la póliza.</p> <p>Cuando la Aseguradora cuente con pruebas documentales de que el asegurado efectuó cualquier gasto para recibir un diagnóstico de la enfermedad o dolencia de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la solicitud de reembolso. También se consideran preexistentes aquellas enfermedades o dolencias por los que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya realizado gastos, comprobables documentalmente, para recibir el tratamiento médico de la enfermedad o dolencia de que se trate.</p> <p>La Aseguradora podrá requerir al solicitante y/o cualquiera de los asegurados que se someta a un examen médico. Al asegurado que se haya sometido al examen médico a que se refiere el párrafo anterior, no podrá aplicársele lo indicado en la exclusión de preexistencia respecto de enfermedad o dolencia alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.</p>
CONDICIONES ESPECIALES	Se denominan cláusulas, condiciones o estipulaciones especiales a las que amplían, condicionan, delimitan, modifican o suprimen riesgos, extienden o restringen las coberturas previstas en las condiciones generales de las pólizas, o instituyen nuevas condiciones de protección, sin que contengan disposiciones expresamente prohibidas por la Ley General de Seguros y su reglamento general, la Legislación sobre el Contrato de Seguro y, los principios de la técnica de los seguros. Las condiciones especiales prevalecerán sobre las condiciones generales.
CONDICIONES PARTICULARES	Son reglas o estipulaciones que se han convenido por mutuo acuerdo entre las partes contratantes y fijan los elementos de la relación singular acordada.
CONTRATANTE	La persona que firma la solicitud de seguro de salud para obtener cobertura, y que se obliga al pago de la prima.
CONTRATO	El presente contrato celebrado entre la Aseguradora y el asegurado , bajo el cual la Aseguradora se obliga, mediante el pago de una prima, a pagar al Asegurado Titular por gastos relacionados con los beneficios cubiertos en que incurra.
CONVIVIENTE	Persona del sexo opuesto, o del mismo sexo, con quien el Asegurado Titular ha establecido una unión estable y monógama, libres de vínculo matrimonial que formen un hogar de hecho, por el lapso y bajo las condiciones y circunstancias que señale la ley, con los mismos derechos y obligaciones que tienen las familias constituidas mediante matrimonio.
CUIDADOS INTENSIVOS	Los cuidados intensivos incluyen Unidad de Alta Dependencia: una unidad que provee un nivel de tratamiento y monitoreo médico superior, por ejemplo en los casos de falla de órganos sistémica; unidad de tratamiento intensivo/unidad de cuidados intermedios (UTI/UCI): una unidad que provee de cuidados del más alto nivel, por ejemplo, en caso de fallas de múltiples órganos o en caso de respiración mecánica; Unidad Coronaria: una unidad que provee de cuidados cardiacos del más alto nivel; Unidad de Cuidados Neonatales: una unidad que provee el mejor cuidado para los recién nacidos .
DEDUCIBLE	La cantidad anual de los gastos cubiertos que debe ser pagada por el asegurado por cada año póliza , y que debe ser cubierta antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos, salvo que expresamente se indique lo contrario. Los gastos incurridos en el país de residencia están sujetos al deducible en el país de residencia . Los gastos incurridos fuera del país de residencia están sujetos al deducible fuera del país de residencia .
DEPENDIENTE	Cualquier otra persona diferente del Asegurado Titular cubierta bajo esta póliza y nombrada en las Condiciones Particulares .

DONANTE	Persona viva o fallecida de quien se ha removido uno o más órganos o tejido para ser trasplantados en el cuerpo de otra persona (receptor).
EMERGENCIA	Enfermedad o dolencia que se manifiesta por signos o síntomas agudos que pueden resultar en peligro inmediato para la vida y/o integridad física del asegurado si no se proporciona atención médica en menos de veinticuatro (24) horas.
ENDOSO	Documento que forma parte integrante de la póliza que puede ser emitido con posterioridad al inicio de vigencia y que aclara, explica o modifica las Condiciones Generales. Lo estipulado en un endoso siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales en todo aquello que se contraponga.
ENFERMEDAD O DOLENCIA	Es la alteración en la salud del asegurado que ha sido diagnosticada por un médico o doctor legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.
ENFERMERO(A)	Profesional legalmente autorizado para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento .
ENFERMEDAD EPIDÉMICA	La incidencia de más casos de lo esperado de cierta enfermedad o condición de salud en un área determinada o dentro de un grupo de personas durante un período en particular, y que ha sido declarada como tal por la Organización Mundial de la Salud (OMS), o la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Latinoamérica, o los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) en los Estados Unidos de América, o una organización equivalente en un gobierno local (por ejemplo, un ministerio de salud local) donde se desarrolle la epidemia. Generalmente se supone que los casos tienen una causa común o que están relacionados entre ellos de alguna manera.
ENFERMEDAD PANDÉMICA	Una enfermedad epidémica que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.
EQUIPO MÉDICO DURABLE (EMD)	El equipo médico durable (EMD) es equipo médicamente necesario que provee beneficios terapéuticos al individuo y le permite realizar tareas que de otra forma y debido a ciertas condiciones médicas o enfermedades no podría realizar. El EMD debe cumplir con las siguientes características: (a) ser ordenado por un médico , (b) ser resistente al uso prolongado, (c) ser usado para un propósito médico y (d) ser apropiado para utilizarlo en casa y/o para que permitan al individuo la realización de actividades diarias.
ESPECIALISTA	Un cirujano, anestesiólogo u otro profesional de la medicina que no sea un médico general y tenga idoneidad para ejercer la correspondiente especialidad o rama de la medicina, así como un médico o doctor que esté legalmente calificado para practicar la cirugía después de graduarse de una escuela médica reconocida por las autoridades relevantes del país en el que el tratamiento sea proporcionado y debe contar con una certificación en el ramo de especialización del tratamiento de la enfermedad o dolencia o lesión que sea tratado. Por “escuela médica reconocida” se entiende una escuela médica que esté listada en el Directorio Mundial de Escuelas Médicas, publicado por la Organización Mundial de la Salud.
ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE	Un estado de pérdida de conciencia profundo, sin signos de conciencia o de funcionalidad mental, incluso si la persona puede abrir los ojos o respirar por sus propios medios, y cuando la persona no responde a estímulos tales como al llamarle por su nombre o por tacto. El estado vegetativo debe haber permanecido de esta manera por 4 (cuatro) semanas sin signos de mejoría después de que todos los intentos razonables para mejorar esta condición han sido agotados.
EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	Investigaciones médicas como radiografías o exámenes de sangre para encontrar la causa de los síntomas de un paciente.
FECHA DE ANIVERSARIO	Ocurrencia anual de la fecha del inicio de vigencia .
FECHA DE RENOVACIÓN	El primer día del siguiente año póliza . La renovación ocurre solamente en la fecha de aniversario de la póliza .
FECHA DE VENCIMIENTO	La fecha en que la prima vence y debe pagarse.
FECHA DEL INICIO DE VIGENCIA	Fecha en que comienza la cobertura, tal como aparece en las Condiciones Particulares .
FONOAUDIÓLOGO	Profesional calificado que trata los trastornos de la comunicación, mejorando la calidad de vida de personas con trastornos del habla, del lenguaje y del tragar en etapas distintas, desde la niñez hasta la edad adulta. Debe estar debidamente entrenado y legalmente calificado para proporcionar terapia relacionada con enfermedades o dolencias del habla y debe tener los permisos para realizar su profesión por parte de las autoridades competentes en el país en donde esté prestando el tratamiento .

HOSPITAL O CLÍNICA	Cualquier institución legalmente autorizada como centro médico o quirúrgico en el país donde opera, y que (a) está primordialmente dedicada a proporcionar instalaciones para diagnósticos clínicos y quirúrgicos, y para el tratamiento y cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos o doctores , y (b) no es un lugar de reposo, un lugar para ancianos, un hogar de convalecientes, una institución o una instalación para cuidados por largo plazo.
HOSPITALIZACIÓN	Ingreso del asegurado a una instalación hospitalaria por más de veintitrés (23) horas para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la enfermedad o dolencia también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.
LESIÓN	Daño causado al organismo por una causa externa.
LÍMITE MÁXIMO	Se establece en la Tabla de Beneficios como la cantidad máxima acumulada por cada año póliza que el asegurado podrá tener como protección a lo largo de las vigencias en que haya tenido cobertura para determinado accidente, tratamiento, enfermedad o dolencia , de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales de la póliza .
MANTENIMIENTO ARTIFICIAL DE VIDA	Cualquier proceso, técnica, medicamento o intervención médica recibida por un paciente para prolongar su vida artificialmente.
MÉDICAMENTE NECESARIO	El tratamiento , servicio o suministro médico que es determinado por la Aseguradora como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o dolencia o lesión . El tratamiento , servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si: (a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el asegurado , la familia del asegurado o el proveedor del servicio (por ejemplo, un enfermero(a) privado(a), la sustitución de una habitación estándar por una suite o junior suite); (b) No es apropiado para el diagnóstico, tratamiento del asegurado ; (c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado; (d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (Colegio de Médicos, Fisioterapeutas, Enfermeros, etc.).
MÉDICO O DOCTOR	Profesional idóneo y debidamente autorizado para practicar la medicina en el país donde se proporciona el tratamiento y mientras actúe dentro de los parámetros de su profesión. El término médico o doctor también incluirá a personas idóneas y legalmente autorizadas para la práctica de la odontología.
NUTRICIONISTA	Profesional que debe estar entrenado adecuadamente y legalmente calificado y permitido para realizar sus prácticas por las autoridades relevantes del país en donde se esté recibiendo el tratamiento .
OPERACIÓN QUIRÚRGICA	Un procedimiento médico que involucra el uso de instrumentos o equipo quirúrgico.
PACIENTE AMBULATORIO	Persona que recibe un tratamiento que por razones médicas requiere ocupar una cama de hospital únicamente durante el día.
PAÍS DE NACIONALIDAD	El país que le ha otorgado nacionalidad al Asegurado Titular y que éste ha especificado en la solicitud, o el que se le haya informado posteriormente a la Aseguradora por escrito.
PAÍS DE RESIDENCIA	El país donde las autoridades competentes (como autoridades migratorias) le han otorgado residencia al Asegurado Titular y que éste ha especificado en la solicitud, o el que se le haya informado posteriormente a la Aseguradora por escrito. Es el país donde el asegurado reside la mayor parte del año calendario o del año póliza , o donde el asegurado ha residido por más de ciento ochenta (180) días continuos durante cualquier período de trescientos sesenta y cinco (365) días mientras la póliza está en vigor.
PERÍODO DE GRACIA	Plazo de treinta (30) días que concede la Aseguradora siguientes a cada uno de los vencimientos para el pago de las primas vencidas. Durante este período, el asegurado tendrá derecho a cobertura y al pago de beneficios cubiertos bajo la póliza .
PÓLIZA	Su contrato de seguro con la Aseguradora , incluyendo las Condiciones Generales, las Condiciones Especiales y las Condiciones Particulares .
PRUEBA CLÍNICA REGISTRADA	Cualquier prueba clínicamente controlada y éticamente aprobada que esté incluida en un registro de información nacional o internacional de pruebas clínicas (por ejemplo: www.clinicaltrials.gov , www.ISRCTN.org o www.ukctg.nihr.ac.uk).
PSIQUIATRA, PSICÓLOGO Y PSICOTERAPEUTA	Profesional idóneo y legalmente calificado y que cuenta con licencia para ejercer la psiquiatría, la psicología o la psicoterapia por las autoridades relevantes del país en donde el paciente esté recibiendo el tratamiento .
QUINESIÓLOGO	Profesional calificado en procedimientos terapéuticos encaminados a restablecer la normalidad de los movimientos del cuerpo humano.

RECIÉN NACIDO	Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.
RED DE PROVEEDORES	<p>Hospitales y médicos con los que la Aseguradora tiene convenios y donde el asegurado puede elegir libremente dónde desea recibir la atención médica requerida.</p> <p>(a) La Red de Proveedores está disponible en la Aseguradora o en su página web www.bupasalud.com, y está sujeta a cambio sin previo aviso.</p> <p>(b) Para asegurar que el proveedor se encuentre dentro de la Red de Proveedores, todo tratamiento, excepto emergencias, deberá ser coordinado por la Aseguradora.</p> <p>(c) En los casos en los que la Red de Proveedores no esté especificada en el país de residencia del asegurado, no existirá restricción sobre los proveedores que el asegurado podrá utilizar en su país de residencia.</p>
REHABILITACIÓN (REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINARIA)	Tratamiento o una combinación de varios tratamientos de terapias como física, ocupacional y del habla que buscan restaurar la función completa después de un evento crítico como un infarto.
RENOVACIÓN	Cada aniversario de la fecha en que el Asegurado Titular contrató la póliza de seguro.
RESIDENTE	Persona que reside en un país temporalmente con visa de trabajo o de estudios, o permanentemente con autorización de las autoridades migratorias correspondientes en dicho país.
SIGNOS	Son las manifestaciones visibles de una enfermedad o dolencia constatadas por el médico o doctor tratante.
SÍNTOMA	Referencia que da un asegurado al médico o doctor tratante, por la percepción o cambio que reconoce como anómalo o causado por un estado patológico.
SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD	Declaración escrita en un formulario por el solicitante con información sobre sí mismo y sus dependientes , usada por la Aseguradora para determinar la aceptación del riesgo. La solicitud de seguro de salud incluye cualquier declaración verbal hecha por el solicitante durante una entrevista médica realizada por la Aseguradora , su historial médico, cuestionarios, y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, la Aseguradora antes de la emisión de la póliza .
SUMA ASEGURADA	Monto en dólares americanos asignada por asegurado y por año póliza , sujeto a los límites de cobertura que se estipulan en la póliza , para cubrir vía reembolso o pago directo a los prestadores de servicios, los gastos médicos en los que incurra el asegurado en la vigencia en curso, tanto en el territorio de Ecuador como en el extranjero, por accidentes, enfermedades o dolencias cubiertos bajo la póliza , de acuerdo a las condiciones y términos señalados en las Condiciones Generales, Condiciones Especiales y Condiciones Particulares de la póliza . La suma asegurada para la reclamación en curso será la suma asegurada por año póliza , reducida por los pagos que se hubiesen efectuado por los diferentes accidentes, enfermedades o dolencias cubiertas, ocurridos durante el mismo año póliza . Al concretarse la renovación de la póliza , se establecerá una nueva suma asegurada por asegurado , por año póliza , para los gastos incurridos por accidentes, enfermedades o dolencias cubiertas por la renovación en curso, así como a los gastos incurridos en esta nueva vigencia, por accidentes, enfermedades o dolencias cubiertas en las vigencias previas, aún para aquellos accidentes, enfermedades o dolencias cubiertas que por sí mismos hubieran agotado la suma asegurada por asegurado , por año póliza .
TABLA DE BENEFICIOS	Listado que forma parte de las Condiciones Generales de la póliza que incluye los beneficios cubiertos y las cantidades máximas que serán pagados una vez que superen el deducible anual aplicable detallado en las Condiciones Particulares .
TERAPEUTA (TERAPEUTA OCUPACIONAL)	Un terapeuta ocupacional, fisioterapeuta u ortopedista legalmente calificado para practicar como tal en el país en donde el asegurado esté recibiendo el tratamiento .
TERAPEUTA COMPLEMENTARIO	Profesional como un acupunturista, reflexólogo, naturópata, o practicante de medicina china que esté entrenado adecuadamente y legalmente calificado y que cuente con licencia para realizar su práctica por la autoridad relevante en el país en donde se recibe el tratamiento .
TRASPLANTE	Procedimiento mediante el cual un órgano, célula (por ejemplo, célula madre, médula ósea, etc.) o tejido es implantado de una parte a otra, o de un individuo a otro de la misma especie, o cuando un órgano, célula, o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.
TRATAMIENTO	Servicios quirúrgicos o médicos (incluyendo exámenes médicos tales como exámenes de diagnóstico , de laboratorio, gabinete e imagenología) para tratar una lesión, enfermedad o dolencia con el objeto de que el asegurado recupere o conserve su estado de salud, o que restaure su estado de salud previo.

TRATAMIENTO AMBULATORIO	Tratamiento suministrado en el hospital , consultorio, oficina del médico o doctor , o clínica para pacientes ambulatorios en donde el asegurado no se quede durante la noche o como un paciente durante el día para recibir el tratamiento .
TRATAMIENTO DE EMERGENCIA	Atención o servicios médicamente necesarios debido a una emergencia .
TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO	Tratamiento de una enfermedad o dolencia mental, incluyendo desórdenes alimenticios.
USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE	Es el costo máximo que la Aseguradora pagará por todos los gastos médicos que se generen por un tratamiento médico, tales como honorarios médicos y quirúrgicos, hospitalarios o aquellos derivados de cualesquier otro tipo de gasto cubierto bajo la póliza , el cual será determinado de acuerdo con los tabuladores que la Aseguradora tiene convenidos con los hospitales y/o proveedores, de acuerdo al área geográfica y los usos de la plaza donde se realice el tratamiento .

5.	VIGENCIA
5.1	COMIENZO Y FIN DE LA COBERTURA: Sujeto a las Condiciones Generales de esta póliza , la cobertura comienza a la 00:01 horas de la fecha del inicio de vigencia indicada en las Condiciones Particulares y termina a las 24:00 horas del día indicado en las Condiciones Particulares como fecha de expiración de vigencia, siempre que el contratante haya pagado la prima o primera fracción de dicha prima.
5.2	CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA: El Asegurado Titular puede cancelar su póliza , o la cobertura de cualquiera de sus dependientes , en cualquier momento con previo aviso de treinta (30) días calendario. La Aseguradora no puede cancelar la cobertura de manera retroactiva. El Asegurado Titular es responsable por el pago de las primas hasta la fecha de la cancelación. La Aseguradora puede cancelar una póliza: (a) Si el Asegurado Titular no paga la prima correspondiente al final del período de gracia , según lo estipulado en el numeral 10.2 de este documento. (b) Si un asegurado cambia su país de residencia , tal como se indica en el numeral 28 de este documento.
5.3	DECLARACIÓN FALSA: La Aseguradora puede cancelar o rescindir una póliza si existe evidencia de que el Asegurado Titular o cualquiera de sus dependientes han engañado o tratado de engañar a la Aseguradora . Esto incluye el proporcionar información falsa o inexacta y ocultar información necesaria para la Aseguradora , o trabajar con terceras personas para que éstas proporcionen información falsa a la Aseguradora , ya sea intencionalmente o por descuido, cuando dicha información pueda influenciar la decisión de la Aseguradora al decidir: (a) Si un asegurado puede agregarse a la póliza como dependiente . (b) La cantidad de la prima que el Asegurado Titular debe pagar. (c) Si la Aseguradora debe pagar cualquier reclamación.
5.4	DERECHO DE NO EMITIR UNA PÓLIZA: La Aseguradora se reserva el derecho de no emitir una póliza si las obligaciones de la Aseguradora y las de sus compañías afiliadas estén prohibidas según las leyes de las jurisdicciones relevantes, incluyendo las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales, o si emitir dicha póliza infringe de cualquier manera las leyes pertinentes a la Aseguradora o cualquier de las entidades relacionadas a la Aseguradora .
6.	ELEGIBILIDAD
6.1	CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD: La póliza solamente puede ser emitida a residentes del territorio de la República del Ecuador con una edad máxima de setenta y cuatro (74) años cumplidos y mínima de dieciocho (18) años, excepto para dependientes elegibles. No hay edad máxima de renovación para asegurados ya cubiertos bajo la póliza . Los dependientes elegibles incluyen al cónyuge o conviviente del Asegurado Titular y a los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros, o menores para quienes el Asegurado Titular ha sido designado tutor legal por una corte de jurisdicción competente, que sean solteros, que hayan sido identificados en la solicitud de seguro de salud y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza . La cobertura de esta póliza está disponible para los hijos dependientes del Asegurado Titular hasta los diecinueve (19) años, si son solteros, o hasta los veinticuatro (24) años, si son solteros y declaran ser estudiantes de tiempo completo al momento que la póliza es emitida o renovada. La cobertura para dichos dependientes continúa hasta la siguiente fecha de aniversario de la póliza a partir de que cumplieron las edades máximas para ser considerados como dependientes según sea el caso concreto. Los dependientes que estuvieron cubiertos bajo una póliza anterior con la Aseguradora y que son elegibles para cobertura bajo su propia póliza , serán aprobados sin la necesidad de una nueva evaluación de riesgo para una póliza con un plan de deducibles igual o mayor, bajo las mismas condiciones y restricciones o exclusiones existentes en la póliza anterior bajo la cual tuvieron cobertura, sirviendo como base para esta nueva póliza las declaraciones verdidas en la solicitud que dio origen a la primera póliza , mismas que deberán ser ratificadas por el ahora Asegurado Titular antes de terminar el período de gracia para el pago de la póliza bajo la cual tuvo cobertura como dependiente . Lo anterior siempre y cuando el dependiente solicite su póliza con la Aseguradora dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a que dejó de ser integrante de la póliza original. Si un(a) hijo(a) dependiente contrae matrimonio, deja de ser estudiante de tiempo completo después de cumplir los diecinueve (19) años de edad, o se muda a otro país de residencia , o si el (la) cónyuge dependiente deja de estar casado(a) con el Asegurado Titular por razón de divorcio o anulación de matrimonio, la cobertura para dicho dependiente terminará en la fecha del siguiente aniversario o renovación de la póliza , la que ocurra primero.

No.	CLÁUSULA
6.2	<p>INCLUSIÓN DE DEPENDIENTE: El Asegurado Titular puede solicitar la inclusión de su cónyuge o conviviente e hijo(s) como dependientes bajo su póliza en cualquier momento, quienes estarán cubiertos a partir de la fecha indicada en las Condiciones Particulares que la Aseguradora extiende al Asegurado Titular. Para solicitarlo, deberá llenar una solicitud de seguro de salud, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo.</p> <p>Si el Asegurado Titular solicita agregar un dependiente a su póliza, la Aseguradora evaluará el historial médico de dicha persona. La Aseguradora podrá decidir no agregar a dicha persona como dependiente en la póliza, o podrá decidir agregarla con restricciones o exclusiones particulares. La Aseguradora podrá decidir, a su entera discreción, proporcionar cobertura para ciertas condiciones pre-existentes del dependiente. El Asegurado Titular deberá pagar una prima adicional por dicho dependiente.</p>
6.3	<p>ELIMINACIÓN DE DEPENDIENTE: Si el Asegurado Titular ha agregado a un dependiente a su póliza, también podrá cancelar esa adición notificando a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días después de haber recibido las Condiciones Particulares que incluye al nuevo dependiente. Siempre y cuando no se haya presentado una reclamación válida para dicho dependiente o dicho dependiente no haya recibido ningún beneficio bajo esta póliza, la Aseguradora reembolsará al Asegurado Titular la cantidad completa de la prima adicional que el Asegurado Titular haya pagado.</p>
7.	LIQUIDACIÓN DEL VALOR ASEGURADO POR FALLECIMIENTO
7.1	<p>BENEFICIOS PENDIENTES DE PAGO: En caso de que el Asegurado Titular fallezca, la Aseguradora pagará cualquier beneficio pendiente de pago al heredero legal del Asegurado Titular declarado por tribunal competente. La Aseguradora deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la compensación antes de aprobar un pago directo o reembolsar al Asegurado Titular.</p>
7.2	<p>FALLECIMIENTO DE ASEGURADO TITULAR O DEPENDIENTE: Si el Asegurado Titular o cualquiera de sus dependientes fallecen, se le deberá notificar a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes.</p> <p>Al fallecimiento del Asegurado Titular, cualquier adulto dependiente podrá solicitar convertirse en Asegurado Titular por su propio derecho, e incluir a sus propios dependientes.</p> <p>Si el Asegurado Titular falleciera y ningún adulto dependiente ha solicitado convertirse en Asegurado Titular, esta póliza será cancelada, y si no se ha presentado ninguna reclamación válida y no se han recibido beneficios bajo esta póliza, la Aseguradora reembolsará la parte de la prima correspondiente al período después de que terminó la cobertura.</p> <p>Si un dependiente fallece, su cobertura bajo esta póliza terminará, y si no se ha presentado una reclamación válida para dicho dependiente o dicho dependiente no haya recibido ningún beneficio bajo esta póliza, la Aseguradora reembolsará la parte de la prima correspondiente a dicho dependiente que el Asegurado Titular haya pagado para el período siguiente a la terminación de la cobertura.</p>
8.	OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS
8.1	<p>REPRESENTANTE DEL ASEGURADO TITULAR O DEL DEPENDIENTE: En este numeral 8, cuando se hace referencia al Asegurado Titular, se incluye también a cualquier persona que actúa en su representación, y cuando se hace referencia a cualquier dependiente, se incluye a cualquier persona que actúa en representación de dicho dependiente.</p>
8.2	<p>DILIGENCIA EN ENTREGA DE INFORMACIÓN VERAZ: El Asegurado Titular y cualquiera de sus dependientes deberán actuar de manera responsable para asegurarse de que todos los hechos e información que se hayan proporcionado a la Aseguradora sean precisos y veraces y estén completos al momento de presentar la solicitud de seguro de salud y para cualquier renovación, extensión o modificación a esta póliza. El Asegurado Titular deberá notificar a la Aseguradora sobre cualquier variación en cualquier dato que se haya proporcionado en la solicitud inicial antes de que inicie la cobertura de la póliza.</p> <p>El Asegurado Titular (o cualquier persona actuando en su representación) deberá tener especial cuidado y diligencia en el tratamiento de la información de los dependientes que le sea proporcionada a la Aseguradora.</p>
8.3	<p>SUPUESTOS DE PROPORCIÓN DE INFORMACIÓN INCORRECTA O INCOMPLETA: La Aseguradora se reserva el derecho de hacer cumplir lo que se establece en el numeral 8.4 a continuación si el Asegurado Titular o cualquiera de sus dependientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ deliberadamente o por descuido proporciona información incorrecta o incompleta a la Aseguradora, y/o ○ no toma las precauciones necesarias para proporcionar información exacta y completa a la Aseguradora (por ejemplo, si el asegurado responde una pregunta incorrectamente o descuidadamente) en circunstancias en las cuales la Aseguradora habría decidido no emitir, renovar, extender o modificar esta póliza para el asegurado si la Aseguradora hubiese contado con la información correcta.

No.	CLÁUSULA
8.4	<p>DERECHO A CANCELAR O DEJAR SIN EFECTO LA PÓLIZA: En los casos donde aplique lo establecido en el numeral 8.3 anterior:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ cuando el Asegurado Titular ha faltado en el cumplimiento de lo establecido en el numeral 8.2, la Aseguradora se reserva el derecho de cancelar esta póliza. Esto significa que la Aseguradora considerará esta póliza sin validez a partir de la fecha de emisión, o de la fecha de renovación, o de la fecha del cambio, según sea el caso; ○ cuando solamente uno de los dependientes ha faltado en el cumplimiento de lo establecido en el numeral 8.2, la Aseguradora se reserva el derecho de considerar sin validez la parte de la póliza que proporciona cobertura a dicho dependiente. Esto significa que la Aseguradora considerará a dicho dependiente sin cobertura válida bajo esta póliza a partir de la fecha de inicio de cobertura, o de la fecha de renovación de la cobertura, o de la fecha del cambio, según sea el caso.
8.5	<p>OTRAS ACCIONES ANTE EL SUPUESTO DE INFORMACIÓN INCORRECTA O INCOMPLETA: Cuando el Asegurado Titular ha fallado en ejercer las precauciones necesarias para proporcionar a la Aseguradora la información requerida, pero no aplica lo establecido en el numeral 8.3, y la Aseguradora habría proporcionado cobertura bajo términos y condiciones diferentes si hubiese contado con la información correcta y completa, entonces:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La Aseguradora se reserva el derecho de considerar esta póliza como si hubiese contenido dichos términos y condiciones (diferentes de los términos relacionados con su prima). En esas circunstancias, la Aseguradora solamente pagará una reclamación cuando ésta hubiese sido cubierta por una póliza que incluya los términos y condiciones diferentes que la Aseguradora hubiera estipulado, y ○ La Aseguradora se reserva el derecho de reducir la cantidad pagadera por una reclamación si la Aseguradora hubiese cobrado una prima más alta. En esas circunstancias, la reclamación será reducido proporcionalmente, basado en la cantidad de la prima que la Aseguradora hubiese cobrado. Por ejemplo, la Aseguradora solamente pagaría la mitad de la reclamación si la Aseguradora hubiese cobrado el doble de la prima.
8.6	<p>INFORMACIÓN INCORRECTA O INCOMPLETA DE UNO DE LOS DEPENDIENTES: Cuando solamente uno de los dependientes ha fallado en ejercer las precauciones necesarias para proporcionar a la Aseguradora la información requerida, pero no aplica lo establecido en el numeral 8.3, y la Aseguradora hubiese proporcionado cobertura para ese dependiente bajo términos y condiciones diferentes si hubiese contado con la información correcta y completa, entonces:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La Aseguradora se reserva el derecho de considerar esta póliza como si hubiese contenido dichos términos y condiciones (diferentes de los términos relacionados con su prima). En esas circunstancias, la Aseguradora solamente pagará una reclamación cuando ésta hubiese sido cubierta por una póliza que incluya los términos y condiciones diferentes que la Aseguradora hubiera estipulado, y ○ La Aseguradora se reserva el derecho de reducir la cantidad pagadera por una reclamación por servicios recibidos por dicho dependiente si la Aseguradora hubiese cobrado una prima más alta para dicho dependiente. En esas circunstancias, la reclamación será reducida proporcionalmente, basado en la cantidad de la prima que la Aseguradora hubiese cobrado. Por ejemplo, la Aseguradora solamente pagaría la mitad de la reclamación si la Aseguradora hubiese cobrado el doble de la prima.
9.	<p>MODIFICACIÓN DEL ESTADO DE RIESGO</p>
9.1	<p>En caso de que la Aseguradora decida renovar esta póliza, no se agregará ninguna restricción o exclusión personal adicional a las que aparecen en las Condiciones Particulares, a menos que tenga pruebas suficientes que el riesgo ha sido agravado y estas circunstancias no hayan sido aceptadas expresamente por la Aseguradora durante el transcurso del contrato. Sin embargo, si el Asegurado Titular decide cambiar de plan de seguro, la Aseguradora se reserva el derecho de agregar restricciones o exclusiones personales.</p> <p>De acuerdo a lo indicado en el Código de Comercio, aquellas circunstancias que de ser conocidas por la Aseguradora la hubieran hecho desistir de la celebración del contrato, o induciéndola a estipular condiciones más gravosas, vician de nulidad relativa esta póliza con la salvedad prevista para el seguro de vida en el caso de inexactitud en la declaración de la edad del asegurado. Esta nulidad se entiende saneada por el conocimiento de parte de la Aseguradora de las circunstancias encubiertas, antes de perfeccionarse el contrato, o después, si las acepta expresamente.</p>
10.	<p>PRIMA</p>
10.1	<p>PAGO DE LA PRIMA: El Asegurado Titular deberá pagar las primas directamente a la Aseguradora. Si el Asegurado Titular paga sus primas a otra persona, como un intermediario o corredor de seguros, la Aseguradora no se hace responsable de que dicha persona haga el pago correspondiente a la Aseguradora.</p> <p>El asegurado debe cumplir con el pago total o primer pago fraccionado al momento de la emisión de la póliza. El incumplimiento de esto, traerá consigo que la póliza no entre en vigencia y por tanto no haya cobertura sin necesidad de declaración judicial alguna.</p>
10.2	<p>PERÍODO DE GRACIA: Si la Aseguradora no recibe el pago de la prima (o cualquier porción del pago) o cualquier otro pago correspondiente a esta póliza que el Asegurado Titular deba a la Aseguradora en la fecha de vencimiento del pago, la Aseguradora concederá un período de gracia de treinta (30) días calendario a partir de la fecha establecida para que la prima sea pagada.</p>

No.	CLÁUSULA
11.	RENOVACIÓN
11.1	<p>CAMBIO DE TARIFA DE PRIMAS: La Aseguradora informará al Asegurado Titular si esta póliza está disponible para renovación para el siguiente año póliza con anticipación a la fecha de renovación.</p> <p>Cada año póliza, la Aseguradora podrá cambiar la forma como calcula las primas, como determina las primas, el monto que el Asegurado Titular debe pagar y el método de pago. La Aseguradora también podrá cambiar los beneficios que están cubiertos y los límites de dichos beneficios, y los términos y condiciones de esta póliza.</p> <p>La Aseguradora enviará al Asegurado Titular una notificación con no menos de treinta (30) días de anticipación a la fecha de renovación, la cual incluirá detalles sobre la nueva prima, cualquier cambio en la póliza a renovar, y la razón de dichos cambios. Si el Asegurado Titular decide no renovar su póliza, deberá contactar a la Aseguradora durante los treinta (30) días siguientes a la fecha de inicio de la renovación de la póliza.</p> <p>A menos que el Asegurado Titular se comunique con la Aseguradora para expresar su deseo de no renovar la póliza, la Aseguradora considerará que el asegurado ha aprobado dichos cambios y continuará procesando el pago de la prima usando los detalles de pago que el Asegurado Titular haya proporcionado a la Aseguradora.</p>
11.2	<p>CONDICIONES DE RENOVACIÓN: Conforme a las disposiciones aplicables, la Aseguradora no podrá negar la renovación de la póliza por motivo de siniestralidad o edad, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas en los plazos estipulados, salvo que el Asegurado Titular y/o contratante notifiquen de manera fehaciente su voluntad de no renovar la póliza cuando menos treinta (30) días hábiles antes de la fecha de vencimiento de la póliza. La renovación se realizará en condiciones de aseguramiento similares con las originalmente contratadas y debidamente registradas y autorizadas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.</p> <p>La Aseguradora informará al Asegurado Titular y/o contratante con al menos treinta (30) días hábiles de anticipación a la fecha de renovación de la póliza, los valores de la prima y el deducible correspondiente. En cada renovación se aplicará el deducible contratado que corresponda al plan si el Asegurado Titular y/o contratante no realiza alguna petición de cambio de dicho concepto, y se renovará en los términos y condiciones similares al plan original.</p> <p>En caso de que el asegurado cambie de residencia u ocupación, la renovación de la póliza quedará sujeta a la aprobación de la Aseguradora.</p>
11.3	<p>AVISO DE CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA: Las notificaciones por Morosidad y Aviso de Cancelación por incumplimiento por parte del asegurado se enviarán a la última dirección que aparezca registrada en los archivos de la Aseguradora, con copia al corredor de seguros, si hubiere y con una antelación de quince (15) días hábiles a la finalización del período de gracia. Una vez finalizado este período de (15) días, se entenderá que la póliza está cancelada de pleno derecho y la Aseguradora no tendrá obligación alguna con el asegurado a partir de este momento.</p> <p>En caso que la Aseguradora no haga la notificación del Aviso de Cancelación al asegurado de conformidad con la ley vigente, el contrato de seguros subsistirá y se aplicará lo que dispone el Código de Comercio, Código Orgánico Monetario y Financiero (Libro III: Ley General Seguros), publicado en el registro oficial No. 332, del 12 de septiembre del 2014, y la Codificación de Resoluciones emitido por la Superintendencia de Bancos y Junta Bancaria, o las leyes que los reformen o modifiquen.</p>
11.4	<p>NOTIFICACIONES: Cualquier cambio de dirección del Asegurado Titular y/o contratante deberá notificarlo a la Aseguradora; de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de ésta, tal como se especifica en el numeral 28.</p>
12.	<p>COORDINACIÓN DE BENEFICIOS</p> <p>En caso de existencia de otros seguros que proporcionen los beneficios cubiertos por esta póliza, el asegurado tendrá libre elección de hacer uso de cualquiera de ellos, según le convenga y la diferencia al otro seguro, de manera que el total pagadero no sobrepase el cien por ciento (100%) de los gastos incurridos; en ningún caso los beneficios de ésta póliza podrán duplicarse, acumularse, excederse del máximo estipulado en las Condiciones Particulares de esta póliza. El incumplimiento de esta condición priva al asegurado de todo derecho a indemnización en caso de siniestro. Fuera del país de residencia, la Aseguradora funcionará como la principal aseguradora, y retiene el derecho de recaudar el pago de cualquier otra aseguradora. La siguiente documentación es necesaria para coordinar beneficios: Explicación de Beneficios (EOB) y copia de las facturas pagadas por la aseguradora local que contengan información sobre el diagnóstico, la fecha de servicio, el tipo de servicio y el monto cubierto.</p>
13.	TERMINACIÓN DE COBERTURA POR PARTE DEL ASEGURADO
13.1	<p>CANCELACIÓN: El Asegurado Titular podrá cancelar esta póliza por cualquier razón enviando una notificación a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días de haber recibido su póliza o de su fecha de renovación, siempre y cuando no haya presentado una reclamación válida o recibido ningún beneficio bajo esta póliza durante el año póliza en curso. Si el Asegurado Titular cancela la póliza durante este período de treinta (30) días, la Aseguradora reembolsará al Asegurado Titular la cantidad completa de la prima pagada para ese año póliza.</p>

No.	CLÁUSULA
14.	TERMINACIÓN POR PARTE DE LA ASEGURADORA
14.1	RECLAMACIONES FRAUDULENTAS: En este numeral 14, cuando se hace referencia al Asegurado Titular , se incluye también a cualquier persona que actúa en su representación, y cuando se hace referencia a cualquier dependiente , se incluye a cualquier persona que actúa en representación de dicho dependiente .
14.2	<p>ABSTENCIONES: El Asegurado Titular y cualquiera de sus dependientes deberán:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ abstenerse de hacer cualquier declaración fraudulenta o exagerada, o presentar una reclamación falsa bajo esta póliza; ○ abstenerse de enviar a la Aseguradora documentos falsos o falsificados, así como cualquier otra evidencia falsa, o hacer declaraciones falsas o inexactas para procesar una reclamación, y/o ○ abstenerse de proporcionar a la Aseguradora información cuando el Asegurado Titular o cualquiera de sus dependientes sepan que el no hacerlo facultará a la Aseguradora para denegar el pago de una reclamación bajo esta póliza. <p>En caso de no cumplimiento con lo establecido en este numeral, la Aseguradora se reserva el derecho de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ negar el pago de una reclamación en su totalidad o parcialmente, y/o ○ recuperar cualquier pago que la Aseguradora ya haya efectuado con respecto a determinada reclamación. <p>Adicionalmente, si el Asegurado Titular no cumple con lo establecido en este numeral, la Aseguradora se reserva el derecho de notificar al Asegurado Titular que su póliza ha sido cancelada por incumplimiento de lo establecido en este numeral, y de no reembolsar ninguna cantidad por concepto de pago de la prima.</p> <p>Si solamente uno de los dependientes infringe lo establecido en este numeral, la Aseguradora se reserva el derecho de notificar al Asegurado Titular que la cobertura bajo esta póliza del dependiente en particular ha terminado por incumplimiento de lo establecido en este numeral, y de no reembolsar ninguna cantidad por concepto de pago de la prima para este dependiente.</p>
14.3	SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD FALSA, INCOMPLETA O FRAUDULENTO: La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar, modificar o rescindir la póliza , si se descubre que las declaraciones en la solicitud de seguro de salud son falsas, incompletas o que se ha cometido fraude.
14.4	CANCELACIÓN POR POSIBLE INFRACCIÓN DE LEY U ORDEN JUDICIAL: La Aseguradora podrá dar por terminada esta póliza inmediatamente si considera que el continuar proporcionando cobertura la Aseguradora y/o el Asegurado Titular pueda infringir cualquier ley, regulación, código u orden judicial.
14.5	CANCELACIÓN POR PROHIBICIÓN DE LEYES EXTRANJERAS E INTERNACIONALES: La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar o rescindir una póliza si las obligaciones de la Aseguradora y las de sus compañías afiliadas estén prohibidas según las leyes de las jurisdicciones relevantes, incluyendo las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales, o si la misma infringe de cualquier manera las leyes pertinentes a la Aseguradora o cualquier de las entidades relacionadas a la Aseguradora .
15.	OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE SINIESTRO
15.1	DOCUMENTACIÓN PARA REEMBOLSO: El asegurado deberá presentar todos los formularios, autorizaciones y documentación requeridos para que la Aseguradora obtenga la información necesaria para procesar la solicitud de reembolso, tal como se establece en el numeral 1.4.
15.2	<p>DEBIDA COLABORACIÓN: El asegurado deberá proporcionar a la Aseguradora cualquier ayuda necesaria para que la Aseguradora pueda gestionar dicha reclamación; por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ proporcionar documentos o declaraciones de testigos; ○ firmar documentos legales que sean necesarios, y ○ someterse a una evaluación médica.
16.	RECLAMACIÓN DE SINIESTROS
16.1	<p>PRUEBA DE RECLAMACIÓN: El Asegurado Titular deberá someter prueba escrita de la reclamación, consistiendo dicha prueba de las facturas originales detalladas, expedientes médicos, y el formulario de solicitud de reembolso debidamente llenado y firmado, los cuales deben ser enviados al domicilio principal de la Aseguradora. El plazo para presentar cualquier reclamación bajo la presente póliza prescribe en ciento ochenta (180) días. El no cumplir con lo establecido en este numeral resultará en la denegación de la reclamación.</p> <p>Se requiere completar un formulario de solicitud de reembolso por cada incidente para todas las reclamaciones presentadas. En el caso de las reclamaciones relacionadas con accidentes automovilísticos, se requieren los siguientes documentos para revisión: informes policiales, constancia de cobertura del seguro principal, informe médico del tratamiento de emergencia y resultado de las pruebas de toxicología.</p>

No.	CLÁUSULA
16.2	<p>PAGO DIRECTO AL PROVEEDOR: El objetivo de la Aseguradora es pagarle directamente al proveedor por cualquier beneficio cubierto bajo esta póliza cuando sea posible.</p> <p>De lo contrario, el asegurado deberá pagar al proveedor directamente y posteriormente presentar la reclamación a la Aseguradora, adjuntando todas las facturas válidas, cartas relevantes y cualquier otro documento relacionado con la cobertura de los beneficios sobre los cuales el asegurado está presentando la reclamación. Cuando sea requerido por la Aseguradora, el asegurado deberá proporcionar las facturas originales.</p> <p>La Aseguradora no está en posibilidad de regresar documentación original al asegurado; sin embargo, la Aseguradora podrá enviarle copia de los mismos.</p>
16.3	<p>REEMBOLSO: El reembolso corresponderá a la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y la Aseguradora y la tarifa usual, acostumbrada y razonable para esa área geográfica en particular. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del Asegurado Titular.</p> <p>En casos de reembolso, la Aseguradora reembolsará al Asegurado Titular, salvo que formule objeciones, máximo hasta treinta (30) días después de que el Asegurado haya presentado la notificación sobre la ocurrencia del siniestro, aparejada de los documentos que establece esta póliza para probar la ocurrencia y cuantía de la pérdida.</p> <p>La Aseguradora solamente procesa los pagos por transferencia electrónica a la cuenta bancaria del asegurado o por medio de un cheque pagadero al Asegurado Titular.</p> <p>La Aseguradora cubrirá los costos administrativos de la transferencia bancaria. Si el banco local le cobra al asegurado un costo administrativo, la Aseguradora reembolsará dicha cantidad cuando el asegurado proporcione prueba de que ha pagado dicho costo. Cualquier otro cargo bancario, tal como costos por cambio de moneda, son responsabilidad del asegurado, a menos de que el asegurado haya pagado debido a un error de la Aseguradora.</p>
16.4	<p>MONEDA DE PAGO Y TIPO DE CAMBIO: La Aseguradora solamente pagará las reclamaciones de servicios locales e internacionales en dólares americanos.</p> <p>Cuando la Aseguradora convierta una moneda a otra, el tipo de cambio utilizado será el que corresponde a la fecha de servicio según lo indicado por la Aseguradora en su página web.</p>
17.	PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN
17.1	<p>FALTA DE COOPERACIÓN: Si el asegurado no coopera con la Aseguradora para proporcionarle toda la información necesaria para que la Aseguradora esté en posibilidades de apreciar correctamente el riesgo a cubrir, la Aseguradora no estará obligada a cubrir los gastos reclamados, tal como se establece en el numeral 1.4.</p>
17.2	<p>PRUEBA ESCRITA DE RECLAMACIÓN: Si el asegurado no presenta prueba escrita de la reclamación como se establece en el numeral 16.1, la reclamación podrá ser denegada.</p>
17.3	<p>PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUD DE REEMBOLSO: Si la Aseguradora recibe el formulario de solicitud de reembolso después de ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del tratamiento o servicio, la reclamación podrá ser denegada.</p>
17.4	<p>PROHIBICIÓN POR LEYES EXTRANJERAS O INTERNACIONALES: La Aseguradora no proporcionará cobertura o pagará ninguna reclamación bajo esta póliza si las obligaciones de la Aseguradora y las de sus compañías afiliadas estén prohibidas según las leyes de las jurisdicciones relevantes, incluyendo las del Reino Unido, la Unión Europea, los Estados Unidos de América, o las leyes internacionales. La Aseguradora generalmente informará al Asegurado Titular cuando éste sea el caso, excepto cuando esto sea prohibido por la ley o cuando esto comprometa las medidas de seguridad de la Aseguradora.</p>
18.	PAGO DE INDEMNIZACIÓN
18.1	<p>PLAZO PARA PAGO DE INDEMNIZACIÓN: La Aseguradora pagará la indemnización correspondiente, salvo que formule objeciones, dentro de un máximo de treinta (30) días calendario después de que el Asegurado Titular haya presentado la solicitud de reembolso, junto con los documentos necesarios según el numeral 16.1 para probar la ocurrencia y cuantía de la pérdida.</p>
18.2	<p>Para que los beneficios sean pagaderos bajo esta póliza, los hijos dependientes que ya hayan cumplido los diecinueve (19) años de edad, deberán presentar un certificado de la universidad como evidencia de que en el momento de emitir la póliza o renovarla, dichos hijos dependientes son estudiantes de tiempo completo, así como también una declaración por escrito firmada por el Asegurado Titular confirmando que dichos hijos dependientes son solteros.</p>

No.	CLÁUSULA
18.3	PAGOS DISCRECIONALES: Puede ser que en algunas ocasiones, la Aseguradora pague por servicios médicos o beneficios no cubiertos bajo esta póliza . Estos pagos son llamados pagos discrecionales o “ex gratia”. Cualquier pago ex gratia se hará a única y a completa discreción de la Aseguradora y el cual nunca sobrepasará la suma total asegurada correspondiente a esta póliza . El hecho de que la Aseguradora decida en cualquier momento hacer un pago discrecional o ex gratia no implica modificación tácita del presente contrato, por lo que bajo ninguna circunstancia se entenderá que la Aseguradora esté obligada a hacer un pago idéntico o similar en el futuro.
18.4	PAGO POR ERROR: En caso de que la Aseguradora efectúe por error un pago ya sea a un proveedor de servicios médicos o al Asegurado Titular por beneficios recibidos pero no cubiertos por esta póliza , la Aseguradora se reserva el derecho de reducir dicha cantidad de cualquier pago de reclamaciones futuras o de solicitar el reembolso directo al Asegurado Titular .
18.5	<p>MONTO DE REEMBOLSO: En caso de reembolso, la Aseguradora pagará al Asegurado Titular la cantidad menor entre la tarifa contractual acordada entre el proveedor y la Aseguradora y/o la tarifa usual, acostumbrada y razonable para esa área geográfica en particular. Cualquier cargo o parte de un cargo en exceso de estas cantidades será responsabilidad del Asegurado Titular.</p> <p>Para pago directo o reembolso, la Aseguradora deberá recibir la información médica y no médica requerida y suficiente para determinar la procedencia del pago antes de: (1) aprobar un pago directo, o (2) reembolsar al Asegurado Titular. En caso de que el Asegurado Titular fallezca, la Aseguradora pagará cualquier gasto cubierto pendiente de pago a los herederos legales del Asegurado Titular, tal como se establece en el numeral 7.1.</p>
19.	REDUCCIÓN Y RESTABLECIMIENTO DE SUMA ASEGURADA
19.1	SUMA ASEGURADA: La suma asegurada establecida en las Condiciones Particulares para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la póliza aplica por asegurado , por año póliza .
19.2	LÍMITES DE LOS BENEFICIOS: Todos los límites de los beneficios se aplican de forma individual para cada asegurado . Algunos límites aplican por año póliza , lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, el beneficio ya no estará disponible hasta que se renueve la póliza de seguro. Otros límites y sub-límites, tal como se describen en el numeral 2.1 de las Condiciones Generales, aplican de forma vitalicia, lo que significa que una vez que se ha alcanzado el límite, no se pagarán más beneficios, independientemente de la renovación de la póliza .
20.	CESIÓN DE LA PÓLIZA
20.1	PROHIBICIÓN DE CESIÓN: Esta póliza no podrá ser cedida o traspasada sin previo consentimiento de la Aseguradora .
21.	CONTRATO
21.1	<p>PARTES DEL CONTRATO: Esta póliza es un contrato de seguro entre el Asegurado Titular y la Aseguradora con validez por cada año póliza.</p> <p>Si la póliza es renovada, se forma un nuevo contrato bajo los mismos términos que el año póliza anterior, pero con una nueva prima, si así aplicara y cualquier enmienda que le haya sido notificada al Asegurado Titular en el momento de la renovación.</p>
21.2	DERECHO DE ACCIÓN: Ninguna otra persona, incluyendo a los dependientes , podrá hacer cumplir ninguno de los derechos legales bajo este contrato de seguro. Los dependientes pueden hacer uso del proceso de solución de conflictos establecido en el numeral 27.
21.3	<p>DOCUMENTOS QUE INTEGRAN EL CONTRATO: Este contrato de seguro se compone de, y constituye el contrato completo entre la Aseguradora y el Asegurado Titular:</p> <ul style="list-style-type: none"> o las Condiciones Generales de la póliza, o las Condiciones Especiales, las cuales tienen prelación sobre las Condiciones Generales de la póliza, o las Condiciones Particulares de la póliza, o la solicitud de seguro de salud, y o cualquier endoso, anexo o enmienda.
21.4	MONEDA: Todos los límites de los beneficios se expresan en Dólares de los Estados Unidos de América (US\$) y se computan de acuerdo al tipo de cambio en la fecha del servicio.
21.5	DOMICILIO: Para los efectos de esta póliza y los beneficios que ésta ofrece, el Asegurado Titular deberá al momento de contratar este seguro y posteriormente, residir de forma habitual y permanentemente en Ecuador, a menos que se cumpla con lo indicado en la cláusula 28.1. La falta de cumplimiento de esta condición podrá acarrear la cancelación de la póliza sin derecho a que el asegurado tenga reclamación alguna contra la Aseguradora . Se fija Ecuador como domicilio de las partes.

No.	CLÁUSULA
22.	SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN
22.1	<p>SUBROGACIÓN EN DERECHO DE ACCIÓN: Cuando un tercero sea responsable por cualquier herida, enfermedad, condición o evento relacionado con los beneficios cubiertos de un asegurado, la Aseguradora podrá gestionar la reclamación en nombre de dicho asegurado.</p> <p>La Aseguradora podrá ejercer sus derechos para gestionar una reclamación en nombre del asegurado antes o después de haber hecho cualquier pago relacionado con la póliza.</p>
22.2	<p>COLABORACIÓN EN LA RECLAMACIÓN: El asegurado deberá proporcionar a la Aseguradora cualquier ayuda necesaria para que la Aseguradora pueda gestionar dicha reclamación, y se compromete a no tomar ninguna acción, aceptar ningún acuerdo extrajudicial o hacer cualquier otra cosa que pueda afectar negativamente los derechos de la Aseguradora para gestionar una reclamación en nombre del asegurado.</p>
23.	CAMBIOS A LA PÓLIZA
23.1	<p>MODIFICACIONES: Salvo lo expresamente estipulado en este numeral, únicamente la Aseguradora y el Asegurado Titular podrán modificar esta póliza. Ningún cambio será válido a menos de que sea confirmado por escrito por la Aseguradora. Todas las modificaciones o endosos a esta póliza deberán ser firmados por un funcionario autorizado de la Aseguradora. Ningún corredor de seguros tiene facultad para hacer modificaciones o concesiones a la póliza. Después de que la póliza ha sido emitida, ningún cambio será considerado válido a menos que sea acordado expresamente entre el Asegurado Titular la Aseguradora y sea hecho constar por un endoso a la póliza, firmado por ambas partes.</p>
23.2	<p>PERÍODO PARA REALIZAR MODIFICACIONES: Al ser una póliza con vigencia anual, el Asegurado Titular únicamente podrá modificar su póliza al momento de la renovación. Si el Asegurado Titular decide cambiar su póliza al momento de la renovación, no se reiniciará ningún período de espera como se indica en la Tabla de Beneficios.</p>
23.3	<p>CAMBIOS LEGALES O REGULATORIOS: La Aseguradora podrá hacer modificaciones a la póliza durante el año póliza solamente cuando se traten de cambios legales o regulatorios, y dichos cambios apliquen a todos los asegurados con el mismo producto de seguro para mejorar la cobertura que reciben de la Aseguradora. Cuando este sea el caso, la Aseguradora notificará al Asegurado Titular por escrito sobre los cambios con la debida anticipación, siempre que esto sea posible.</p>
24.	RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA CON RESPECTO A LA COBERTURA
24.1	<p>RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA: La responsabilidad de la Aseguradora bajo esta póliza es proporcionar al asegurado cobertura de seguro y en algunas ocasiones coordinar tratamientos en nombre del asegurado relacionados con sus beneficios cubiertos. La Aseguradora no proporciona los tratamientos médicos.</p>
24.2	<p>REPRESENTACIÓN: El Asegurado Titular designa a la Aseguradora para actuar como su representante, en su nombre y el de sus dependientes, para gestionar citas médicas o coordinar la prestación de ciertos beneficios cubiertos cuando el Asegurado Titular así lo solicite expresamente y por escrito. La Aseguradora desempeñará la función de representante con el mayor cuidado posible.</p>
24.3	<p>REPRESENTACIÓN POR NO DISPONIBILIDAD: El Asegurado Titular autoriza a la Aseguradora para actuar como su representante, en su nombre y el de sus dependientes, si por cualquier razón el Asegurado Titular no está en la disponibilidad de dar instrucciones a la Aseguradora con respecto a cualquier beneficio cubierto (por ejemplo, si estuviese incapacitado), para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ tomar una decisión que la Aseguradora considere que está en el mejor interés del asegurado (de acuerdo a su cobertura bajo esta póliza); ○ proporcionar al proveedor de servicios médicos cualquier información sobre el asegurado que la Aseguradora considere apropiada bajo las circunstancias, y/o ○ recibir instrucciones de la persona que la Aseguradora considere la más apropiada (por ejemplo un familiar, el médico tratante, o el empleador). <p>Mientras la Aseguradora actúe como representante del Asegurado Titular, la Aseguradora podrá desempeñar dicha función a través de cualquiera de sus compañías administradoras o afiliadas.</p>
25.	RESPONSABILIDAD DE LA ASEGURADORA CON RESPECTO AL ASEGURADO
25.1	<p>INDEMNIDAD: Ni la Aseguradora ni ninguna de sus compañías administradoras o afiliadas serán responsables por pérdida, daño o enfermedad que pueda sufrir el asegurado en virtud de la prestación de los beneficios cubiertos por parte del proveedor de servicios médicos o cualquier otra persona que preste dichos servicios, salvo que dicha pérdida, daño o enfermedad que pueda sufrir el asegurado sean consecuencia directa de una acción u omisión por parte de la Aseguradora o de sus compañías administradoras o afiliadas con los proveedores o prestadores de dichos servicios. El Asegurado Titular podrá presentar una queja directamente ante el proveedor de dichos servicios médicos o la persona que haya prestado el servicio.</p> <p>Los derechos legales del Asegurado Titular no se verán afectados, si éste decide presentar una solicitud de solución de conflictos, como se estipula en el numeral 27.</p>

No.	CLÁUSULA
26.	AVISO DE PRIVACIDAD
26.1	<p>CONFIDENCIALIDAD: La Aseguradora toma la confidencialidad de la información personal de sus asegurados seriamente.</p> <p>La Aseguradora en ocasiones usa los servicios de terceros para procesar información. Este proceso, que puede llevarse a cabo fuera de su jurisdicción en países donde no se ofrece el mismo nivel de protección que el de la Aseguradora, estará siempre sujeto a restricciones contractuales con respecto a las obligaciones de confidencialidad y seguridad de la información.</p> <p>Si el Asegurado Titular se transfiere a otro seguro de la Aseguradora u otro seguro ofrecido por cualquiera de sus compañías afiliadas, la Aseguradora compartirá con dichas compañías la información médica, de reclamaciones e historial de la póliza del Asegurado Titular.</p>
26.2	<p>INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES: La Aseguradora podrá compartir la información de los dependientes con el Asegurado Titular, incluyendo información sobre beneficios recibidos, reclamaciones pagadas, cantidad de deducible cubierto, y cuando corresponda, cualquier historial médico que pueda impactar la prestación de beneficios cubiertos.</p>
26.3	<p>POLÍTICAS DE PRIVACIDAD: Tanto el formulario de solicitud de seguro de salud como el formulario de solicitud de reembolso contienen información más detallada sobre cómo la Aseguradora procesa la información personal de los asegurados, y a través de dichos documentos la Aseguradora solicita la autorización del Asegurado Titular para procesar su información personal, así como la de sus dependientes. El Asegurado Titular puede obtener más información sobre las políticas de privacidad de la Aseguradora en www.bupasalud.com.</p>
27.	SOLUCIÓN DE CONFLICTOS
27.1	<p>APELACIÓN DE RECLAMACIONES: En caso de un desacuerdo entre el Asegurado Titular y/o sus dependientes y la Aseguradora sobre esta póliza de seguro y/o sus condiciones, el Asegurado Titular y/o sus dependientes deberán solicitar una revisión del caso al comité de apelaciones de la Aseguradora antes de comenzar cualquier procedimiento legal. Esta petición debe incluir copias de toda la información relevante que deba ser considerada, así como una explicación de cual decisión debe ser revisada y por qué. Dichas quejas o apelaciones deben ser presentadas al comité de apelaciones de la Aseguradora en su domicilio principal. Al recibir la petición, el comité de apelaciones de la Aseguradora determinará si necesita información y/o documentación adicional y realizará los trámites para obtenerla oportunamente. Dentro de los siguientes treinta (30) días calendario, el comité de apelaciones de la Aseguradora notificará al Asegurado Titular y/o sus dependientes sobre su decisión y el razonamiento en que se basó dicha decisión.</p>
27.2	<p>ARBITRAJE: Si se originare cualquier disputa o diferencia entre la Aseguradora y el asegurado o beneficiario con relación a este seguro, tal diferencia o disputa, antes de acudir a los jueces competentes, podrá someterse de común acuerdo, a arbitraje o mediación. Los árbitros deberán, no obstante, juzgar más bien desde el punto de vista de la práctica del seguro que de derecho escrito. El laudo arbitral tendrá fuerza obligatoria para las partes.</p>
27.3	<p>JURISDICCIÓN: Las partes se someten a las leyes ecuatorianas así como a la jurisdicción de los tribunales o jueces competentes de la Ciudad de Quito para resolver las controversias o conflictos que surjan a raíz o con motivo de la ejecución o aplicación del presente contrato. El Asegurado Titular confiere jurisdicción exclusiva en Ecuador para determinar cualquier derecho bajo esta póliza. La Aseguradora y el Asegurado Titular también acuerdan pagar los gastos incurridos y los honorarios de sus respectivos abogados. Esta póliza está sujeta a las leyes de Ecuador. Cualquier disputa que no pueda ser resuelta por otros medios será considerada por los tribunales correspondientes en Ecuador.</p>
27.4	<p>INTERPRETACIÓN: En caso de cualquier conflicto de interpretación de esta póliza debido al lenguaje, la versión en español tendrá precedencia sobre la versión en cualquier otro idioma.</p>
27.5	<p>VACÍOS CONTRACTUALES: En lo no previsto en las presentes Condiciones Generales, especiales y particulares, esta póliza se regirá por las disposiciones legales que rigen la materia.</p>
28.	NOTIFICACIONES
28.1	<p>CAMBIO DE DOMICILIO O DATOS DE CONTACTO: El Asegurado Titular deberá informar a la Aseguradora inmediatamente si se muda a otro país o si cambia su país de residencia especificado. Esta póliza terminará si la ley del país a donde se mude el Asegurado Titular, o su país de residencia, o cualquier otra ley aplicable a la Aseguradora o a esta póliza le prohíba la prestación de cobertura de seguro de salud a los residentes o ciudadanos de ese país.</p> <p>El Asegurado Titular deberá informar a la Aseguradora inmediatamente si cambia su domicilio o cualquier dato de contacto, dado que la Aseguradora seguirá utilizando los últimos datos de contacto que el Asegurado Titular haya proporcionado hasta que el mismo notifique lo contrario.</p>

No.	CLÁUSULA
29.	PRESCRIPCIÓN
	Los derechos, acciones y beneficios que se deriven de esta póliza , prescriben en dos (2) años a partir del acontecimiento que les dio origen conforme lo establecido en el Código Orgánico Monetario y Financiero (Libro III: Ley General Seguros), publicado en el registro oficial No. 332, del 12 de septiembre del 2014, y la Codificación de Resoluciones emitido por la Superintendencia de Bancos y Junta Bancaria.
30.	VERIFICACIÓN DE TEXTO
30.1	El Asegurado Titular y/o contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a las presentes Condiciones Generales el número 44392, con fecha 1 de febrero de 2017.

