

CONDICIONES GENERALES CORPORATE CARE

CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA DE GRUPO “CORPORATE CARE”

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, el término “**Administrador de Grupo**” se refiere al representante autorizado por el **contratante** con quien la **Aseguradora** ha entrado en acuerdo para proporcionar cobertura a los **asegurados** bajo este seguro de asistencia médica de grupo, y el término “**Asegurado Titular**” se refiere al **asegurado** principal nombrado en el **Certificado de Cobertura**. 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 destacados en **negrilla** se encuentran definidos en el numeral 4 “Definiciones” de este documento.

No.	CLÁUSULA
1.	AMPARO BÁSICO
1.1	<p>COBERTURA: La Aseguradora se compromete a proporcionar a los asegurados bajo este seguro de asistencia médica de grupo los beneficios descritos en el contrato. Todos los beneficios están sujetos a los términos y condiciones del contrato. El contrato está gobernado por un acuerdo entre el Administrador de Grupo y la Aseguradora, el cual cubre los términos y condiciones de la póliza. Esto significa que no hay un contrato legal entre el Asegurado Titular y la Aseguradora.</p> <p>En caso de que los asegurados del grupo tengan residencia en un país diferente al Ecuador, los beneficios ofrecidos bajo este contrato no garantizan el cumplimiento de los requisitos obligatorios de su país de residencia. El contrato solamente puede ser ejecutable por las partes. No se otorga el derecho para ejecutar ni ningún otro derecho a terceras partes, incluyendo aquéllas que se describen en el contrato.</p>
1.2	<p>ADMINISTRACIÓN: El Administrador de Grupo designado contará con el correspondiente nivel de autoridad para desempeñar las responsabilidades administrativas del grupo y pagar las primas. Si el Administrador de Grupo involucrara a una tercera parte para fungir como intermediario, el Administrador de Grupo será el único responsable por los actos u omisiones de dicha tercera parte. Ningún intermediario, agente o consultor tiene la autoridad para hacer o confirmar cambios al contrato en nombre de la Aseguradora, o para exonerar ninguna de sus condiciones. Después de que el contrato ha sido firmado, ningún cambio será válido a menos que sea específicamente acordado entre el contratante y la Aseguradora, y que el contrato sea modificado por medio de un endoso o enmienda.</p>
1.3	<p>DOCUMENTOS: Las Condiciones Generales de la póliza, las Condiciones Especiales, las Condiciones Particulares, los Certificados de Cobertura y las tarjetas de identificación ofrecen información sobre la cobertura, la cual está sujeta a cualquier cambio a los términos y condiciones acordados entre la Aseguradora y el contratante. El Administrador de Grupo es responsable de informar a los Asegurados Titulares sobre cualquier cambio en los términos y condiciones que afecte la póliza. El Certificado de Cobertura contiene información sobre las condiciones y tratamientos con restricción o exclusión de cobertura que correspondan a cualquiera de los asegurados en base a su historial médico.</p>
1.4	<p>DEDUCIBLE: Se entiende por deducible la cantidad de gastos cubiertos que debe ser pagada por el Asegurado Titular cada año póliza antes de que los beneficios de la póliza sean pagaderos. El Administrador de Grupo ha elegido un plan de deducibles para los asegurados bajo el grupo. Los deducibles se encuentran indicados en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Cobertura.</p> <p>Los gastos incurridos en Ecuador o cualquier otro país (excepto los EE.UU.) están sujetos al deducible mundial. Los gastos incurridos en los EE.UU. están sujetos al deducible en EE.UU. Las cantidades cubiertas por concepto de deducible se acumulan independientemente de dónde se incurra el gasto. Es decir, las cantidades cubiertas por concepto de deducible en los EE.UU. se acumulan para cubrir el deducible mundial y viceversa.</p> <p>Si la familia del asegurado está cubierta bajo la póliza, los deducibles se aplican separadamente a cada asegurado. Sin embargo, la Aseguradora aplica un total máximo de dos deducibles por familia, por año póliza, si se procesan reclamaciones para dos o más asegurados en la familia.</p> <p>Aun cuando la cantidad de la reclamación sea menor que el deducible, el asegurado deberá enviar un formulario de solicitud de reembolso a la Aseguradora si desea que esa cantidad sea tomada en cuenta al calcular el deducible anual correspondiente.</p> <p>En caso de un accidente serio que requiera hospitalización inmediata, no se aplica el deducible durante la primera hospitalización únicamente. El deducible correspondiente se aplicará a cualquier hospitalización subsiguiente.</p>

No.	CLÁUSULA
-----	----------

1.5	OPCIONES DE DEDUCIBLE:																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Plan</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Deducible mundial por asegurado</td> <td>US\$1,000</td> <td>US\$5,000</td> <td>US\$10,000</td> <td>US\$20,000</td> </tr> <tr> <td>Deducible en EE.UU. por asegurado</td> <td>US\$2,000</td> <td>US\$5,000</td> <td>US\$10,000</td> <td>US\$20,000</td> </tr> <tr> <td>Deducible máximo por familia</td> <td>US\$4,000</td> <td>US\$10,000</td> <td>US\$20,000</td> <td>US\$40,000</td> </tr> </tbody> </table>	Plan	1	2	3	4	Deducible mundial por asegurado	US\$1,000	US\$5,000	US\$10,000	US\$20,000	Deducible en EE.UU. por asegurado	US\$2,000	US\$5,000	US\$10,000	US\$20,000	Deducible máximo por familia	US\$4,000	US\$10,000	US\$20,000	US\$40,000
Plan	1	2	3	4																	
Deducible mundial por asegurado	US\$1,000	US\$5,000	US\$10,000	US\$20,000																	
Deducible en EE.UU. por asegurado	US\$2,000	US\$5,000	US\$10,000	US\$20,000																	
Deducible máximo por familia	US\$4,000	US\$10,000	US\$20,000	US\$40,000																	

2.	COBERTURA Y LÍMITES DE LOS BENEFICIOS
----	--

2.1 **BENEFICIOS CUBIERTOS:** La **Tabla de Beneficios** es solamente un resumen de los beneficios pagaderos a los **asegurados**. Los detalles completos se encuentran en los Términos y Condiciones. Todos los **beneficios cubiertos** están sujetos a cualquier **deducible** aplicable, a menos que se indique lo contrario. Cualquier **diagnóstico** o procedimiento terapéutico, **tratamiento** o beneficio está cubierto únicamente si es originado por una condición cubierta bajo la **póliza**.

Todas las cantidades están expresadas en dólares de los Estados Unidos de América, por **asegurado**, por **año póliza**, a menos que se especifique lo contrario.

Todos los reembolsos son procesados de acuerdo a las tarifas **usuales, acostumbradas y razonables (UCR)** por servicios médicos específicos. La cantidad UCR es la cantidad máxima que la **Aseguradora** considerará elegible para pago, ajustada para una región o área geográfica específica.

La **Aseguradora** no proporcionará cobertura ni pagará ninguna reclamación bajo esta **póliza** si las obligaciones de la **Aseguradora** y las de sus compañías afiliadas están 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. Por favor comuníquese con la **Aseguradora** para obtener más información sobre esta restricción.

2.2 **BENEFICIOS DENTRO DE RED DE PROVEEDORES:** Los **asegurados** no están obligados a obtener **tratamiento** dentro de la **red de proveedores** de la **Aseguradora**. La lista de **hospitales** en la **red de proveedores** de la **Aseguradora** está disponible a través de la **Aseguradora** o en www.bupalud.com, y puede cambiar en cualquier momento sin previo aviso. Para asegurar que el proveedor de servicios médicos forme parte de la **red de proveedores** la **Aseguradora**, todo **tratamiento** deberá ser coordinado por la **Aseguradora**. No existe restricción sobre los **hospitales** que el **asegurado** puede utilizar en el Ecuador.

2.3 **NOTIFICACIÓN PREVIA:** Los **asegurados** deben notificar a la **Aseguradora** antes de comenzar cualquier **tratamiento**.

2.4 **SUMA ASEGURADA:** Todos los beneficios indicados en la **Tabla de Beneficios**, incluso aquellos pagados en su totalidad, contribuirán a la cobertura máxima anual por **asegurado**.

Opción de cobertura	Opción 1	Opción 2	Opción 3
Cobertura máxima anual por asegurado	US\$500,000	US\$1,000,000	US\$2,000,000

2.5	TABLA DE BENEFICIOS:
-----	----------------------

Beneficios y limitaciones por hospitalización	Cobertura Opción 1	Cobertura Opción 2	Cobertura Opción 3
Servicios hospitalarios	100% en red 70% fuera de red	100% en red 70% fuera de red	100%
Habitación y alimentación (privada/semi-privada estándar): Dentro de la red de proveedores En otros hospitales , máximo por día	100% 70% hasta US\$1,000	100% 70% hasta US\$1,000	100% US\$1,000
Unidad de cuidados intensivos: Dentro de la red de proveedores En otros hospitales , máximo por día	100% 70% hasta US\$3,000	100% 70% hasta US\$3,000	100% US\$3,000
Honorarios médicos y de enfermería	100% en red 70% fuera de red	100% en red 70% fuera de red	100%
Medicamentos por receta durante la hospitalización	100% en red 70% fuera de red	100% en red 70% fuera de red	100%
Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, imagen por resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, ecocardiograma y endoscopia)	100% en red 70% fuera de red	100% en red 70% fuera de red	100%

Beneficios y limitaciones por tratamiento ambulatorio	Cobertura Opción 1	Cobertura Opción 2	Cobertura Opción 3
Cirugía ambulatoria	100% en red 70% fuera de red	100% en red 70% fuera de red	100%
Visitas a médicos y especialistas (máximo 20 visitas)	80%	80%	80%
Medicamentos por receta prescritos después de una hospitalización o cirugía ambulatoria	US\$10,000	US\$10,000	US\$10,000
Procedimientos de diagnóstico (patología, exámenes de laboratorio, radiografías, imagen por resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), tomografía por emisión de positrones (PET scan), ultrasonido, ecocardiograma y endoscopia)	80%	80%	80%
Fisioterapia y servicios de rehabilitación (deben ser pre-aprobados, máximo 30 días)	80%	80%	80%
Atención médica en el hogar (debe ser pre-aprobada, máximo 30 días)	80%	80%	80%
Reconocimiento médico de rutina (todo incluido) ○ No aplica deducible	US\$150	US\$150	US\$150
Beneficios y limitaciones por maternidad (Solo Plan 1)	Cobertura Opción 1	Cobertura Opción 2	Cobertura Opción 3
Embarazo, maternidad y parto (incluye tratamiento pre- y post-natal y las visitas para el cuidado del recién nacido saludable) ○ Período de espera de 10 meses ○ No aplica deducible Parto normal (máximo por embarazo)	US\$5,000 70% fuera de red	US\$5,000 70% fuera de red	US\$5,000
Parto por cesárea médicamente prescrita (máximo por embarazo)	US\$8,000 70% fuera de red	US\$8,000 70% fuera de red	US\$8,000
Complicaciones de la maternidad y el parto (máximo de por vida) ○ No aplica deducible	US\$100,000 70% fuera de red	US\$100,000 70% fuera de red	US\$100,000
Cobertura provisional del recién nacido (máximo de 90 días después del parto) ○ No aplica deducible	US\$10,000 70% fuera de red	US\$10,000 70% fuera de red	US\$10,000
Beneficios y limitaciones por evacuación médica	Cobertura Opción 1	Cobertura Opción 2	Cobertura Opción 3
Evacuación médica de emergencia (debe ser pre-aprobada y coordinada por la Aseguradora): Ambulancia aérea (máximo por incidente) Ambulancia terrestre (máximo por incidente) Viaje de regreso Repatriación de restos mortales	US\$25,000 US\$1,000 100% US\$5,000	US\$25,000 US\$1,000 100% US\$5,000	US\$25,000 US\$1,000 100% US\$5,000
Otros beneficios y limitaciones	Cobertura Opción 1	Cobertura Opción 2	Cobertura Opción 3
Tratamiento del cáncer (quimioterapia/radioterapia)	100% en red 70% fuera de red	100% en red 70% fuera de red	100%
Insuficiencia renal terminal (diálisis)	100% en red 70% fuera de red	100% en red 70% fuera de red	100%
Procedimientos de trasplante (máximo por diagnóstico , de por vida)	US\$500,000 70% fuera de red	US\$500,000 70% fuera de red	US\$500,000
Condiciones congénitas y/o hereditarias (máximo de por vida)	US\$300,000 70% fuera de red	US\$300,000 70% fuera de red	US\$300,000
Tratamientos especiales (prótesis, implantes, aparatos y dispositivos ortóticos, equipo médico durable , radioterapia, quimioterapia y medicamentos altamente especializados)	100% en red 70% fuera de red	100% en red 70% fuera de red	100%

Tratamiento en sala de emergencia relacionado con una enfermedad o dolencia o accidente serio	100%	100%	100%
Tratamiento dental relacionado con un accidente (hasta 6 meses después del accidente)	100%	100%	100%
Deformidad de la nariz y del tabique nasal (cobertura en casos de accidente)	100% en red 70% fuera de red	100% en red 70% fuera de red	100%
Residencia y cuidados paliativos	100% en red 70% fuera de red	100% en red 70% fuera de red	100%
VIH/SIDA (máximo de por vida) o Período de espera de 12 meses	US\$50,000 70% fuera de red	US\$50,000 70% fuera de red	US\$50,000
Condiciones preexistentes (máximo de por vida)	US\$100,000(*) 70% fuera de red (*) sujeto a evaluación de riesgo	US\$100,000(*) 70% fuera de red (*) sujeto a evaluación de riesgo	US\$100,000(*) (*) sujeto a evaluación de riesgo

2.6	BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR HOSPITALIZACIÓN
2.6.1	<p>SERVICIOS HOSPITALARIOS: Se proporciona cobertura solamente cuando la hospitalización es médicamente necesaria.</p> <p>(a) Para cobertura fuera de la red de proveedores de la Aseguradora:</p> <ol style="list-style-type: none"> La habitación estándar privada o semi-privada y alimentación en el hospital están limitadas al beneficio máximo indicado en la Tabla de Beneficios. La habitación y alimentación en la unidad de cuidados intensivos están limitadas al beneficio máximo indicado en la Tabla de Beneficios. <p>(b) Para cobertura dentro de la red de proveedores de la Aseguradora:</p> <ol style="list-style-type: none"> La habitación estándar privada o semi-privada y alimentación en el hospital están cubiertas al cien por ciento (100%) de la cantidad usual, acostumbrada y razonable para cargos hospitalarios. La habitación y alimentación en la unidad de cuidados intensivos están cubiertas al cien por ciento (100%) de la cantidad usual, acostumbrada y razonable para cargos hospitalarios. <p>(c) Los cargos por hospitalización no serán cubiertos si el procedimiento pudo haber sido realizado como tratamiento ambulatorio.</p> <p>(d) El tratamiento de emergencia está cubierto como se estipula en el numeral 2.10.6.</p>
2.6.2	<p>HONORARIOS MÉDICOS Y DE ENFERMERÍA: Los honorarios de médicos, cirujanos, anestesistas, cirujanos asistentes, especialistas y cualquier otro honorario médico o de enfermería solamente están cubiertos cuando son médicamente necesarios durante la cirugía o tratamiento. Los honorarios médicos y de enfermería están limitados al menor de:</p> <p>(a) Los honorarios usuales, acostumbrados y razonables para el procedimiento, o</p> <p>(b) Las tarifas especiales establecidas por la Aseguradora para un área o país determinado.</p>
2.6.3	MEDICAMENTOS POR RECETA: Los medicamentos prescritos durante una hospitalización están cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios .
2.6.4	PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO: Los cargos de hospital por patología, exámenes de laboratorio, radiografías, imagen por resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), tomografía por emisión de positrones (PET), ultrasonido, endoscopia y otros procedimientos de diagnóstico están cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios cuando dichos procedimientos sean recomendados por un médico para ayudarle a determinar o evaluar la condición del paciente, y cuando son realizados en el hospital como parte de la hospitalización .
2.7.	BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS
2.7.1	CIRUGÍA AMBULATORIA: Los procedimientos quirúrgicos ambulatorios realizados en un hospital , clínica o consultorio médico están cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios . Estas cirugías permiten que el paciente regrese a casa el mismo día que se realiza el procedimiento.
2.7.2	<p>SERVICIOS AMBULATORIOS: Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es médicamente necesario.</p> <p>(a) Honorarios por visitas a médicos y especialistas: Los honorarios por visitas a médicos y especialistas por una consulta realizada como servicio ambulatorio están cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios.</p> <p>(b) Procedimientos de diagnóstico ambulatorios: Los cargos por exámenes de laboratorio (tales como exámenes de sangre y orina), radiografías, ecocardiogramas, ultrasonido, imagen de resonancia magnética (IRM), tomografía axial computarizada (TAC), procedimientos endoscópicos (tales como colonoscopias y cistoscopias), y otros procedimientos de diagnóstico están cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios cuando han sido recomendados por el médico del paciente para ayudarle a determinar o evaluar la condición del paciente.</p>

No.	CLÁUSULA
2.7.3	<p>MEDICAMENTOS POR RECETA: Los medicamentos por receta que hayan sido prescritos por primera vez después de una hospitalización o cirugía ambulatoria por una condición médica cubierta bajo esta póliza están cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios. Se deberá incluir con la reclamación una copia de la receta del médico que atiende al asegurado.</p>
2.7.4	<p>FISIOTERAPIA Y SERVICIOS DE REHABILITACIÓN: Los servicios de fisioterapia y rehabilitación están cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios y no separadamente por condición o terapia. Los servicios deben ser pre-aprobados por la Aseguradora. Se deberá presentar evidencia médica y un plan de tratamiento actualizado para obtener aprobación.</p>
2.7.5	<p>ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR: Después de una hospitalización cubierta, la atención médica en el hogar se cubre como se indica en la Tabla de Beneficios, cuando:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) es medicamento necesaria, y sin la cual el paciente necesitaría permanecer en el hospital, (b) comienza inmediatamente después de la hospitalización, (c) es proporcionada en el hogar del paciente por un(a) enfermero(a) calificado(a), y (d) se lleva a cabo bajo la supervisión de un médico.
2.7.6	<p>RECONOCIMIENTO MÉDICO DE RUTINA: Los reconocimientos médicos de rutina están cubiertos hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios, sin deducible. Los reconocimientos médicos de rutina pueden incluir procedimientos de diagnóstico.</p>
2.8	<p>BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR MATERNIDAD</p>
2.8.1	<p>EMBARAZO, MATERNIDAD Y PARTO: Los beneficios de maternidad solamente aplican a pólizas cubiertas bajo el Plan 1. No hay cobertura de maternidad bajo esta póliza para hijas dependientes. Los gastos médicos cubiertos relacionados con la maternidad incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Cuidados pre-natales, como ultrasonidos o Cargos de obstetra y hospital o Cuidados post-natales requeridos por la madre inmediatamente después del parto o Condiciones secundarias debido al embarazo, tales como dolor de espalda, alta presión sanguínea, sangrado vaginal, náusea y vómitos o Cuidado del recién nacido saludable <p>(a) Parto normal: Los gastos médicos relacionados con un parto normal están cubiertos hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios por embarazo, sin deducible, siempre y cuando la madre asegurada ha estado cubierta bajo esta póliza durante un período continuo de diez (10) meses calendario antes de la fecha actual del parto.</p> <p>(b) Parto por cesárea prescrita: Los gastos médicos relacionados con un parto por cesárea están cubiertos hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios, sin deducible, siempre y cuando la madre asegurada ha estado cubierta bajo esta póliza durante un período continuo de diez (10) meses calendario antes de la fecha actual del parto. Este beneficio solamente aplica cuando es medicamento necesario que el bebé nazca por cesárea. Si la asegurada elige tener parto por cesárea cuando no es medicamento necesario, el beneficio máximo pagadero será la cantidad especificada para parto normal en el numeral 2.8.1(a).</p>
2.8.2	<p>COBERTURA DEL RECIÉN NACIDO:</p> <p>(a) Cobertura provisional: Si nace de un embarazo cubierto, el recién nacido tendrá cobertura automática por complicaciones del embarazo, la maternidad y/o el parto y por cualquier lesión, enfermedad o dolencia durante los primeros noventa (90) días después del parto, hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios, sin deducible. Si nace de un embarazo no cubierto, el recién nacido no tendrá cobertura provisional.</p> <p>(b) Cobertura permanente:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Adición automática: Para incluir al recién nacido bajo la póliza de los padres, el Administrador de Grupo deberá enviar dentro de los noventa (90) días siguientes al parto una copia del certificado de nacimiento del recién nacido que incluya el nombre completo, sexo y fecha de nacimiento. La cobertura con el deducible correspondiente será efectiva a partir de la fecha de nacimiento hasta los totales máximos indicados en la Tabla de Beneficios. La cobertura del recién nacido para complicaciones del embarazo, la maternidad y/o el parto está limitada al beneficio máximo descrito en el numeral 2.8.3. ii. Adición no-automática: La adición de bebés que hayan nacido antes de que la póliza de sus padres haya estado vigente durante al menos diez (10) meses calendario consecutivos está sujeta a evaluación de riesgo. Para incluir al bebé bajo la póliza de los padres, deberá enviarse un Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico y una copia del certificado de nacimiento. La adición de hijos adoptados, hijos nacidos como resultado de tratamientos de fertilidad, e hijos nacidos por maternidad subrogada está sujeta a evaluación de riesgo. Se deberá presentar un Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico y una copia del certificado de nacimiento en estos casos, los cuales están sujetos a los procedimientos estándar de evaluación de riesgo. El Asegurado Titular deberá comunicarse con el Equipo de Servicio Corporativo o con su Administrador de Grupo para obtener más información. <p>(c) El cuidado del recién nacido saludable está cubierto tal y como se describe en el numeral 2.8.1.</p>

No.	CLÁUSULA
2.8.3	<p>COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y/O EL PARTO: Las complicaciones del embarazo, la maternidad y/o el parto están cubiertas bajo el Plan 1 hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios, incluyendo los gastos médicos relacionados con:</p> <p>(a) Aborto espontáneo, óbito fetal, embarazo ectópico, hemorragia postparto y placenta retenida.</p> <p>(b) Complicaciones del recién nacido (no relacionadas a condiciones congénitas y/o hereditarias) tales como nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, ictericia, hipoglucemia, dificultad respiratoria y traumatismo al nacer.</p> <p>(c) Para los propósitos de esta cobertura, el parto por cesárea no es considerado una complicación del embarazo, la maternidad y/o el parto.</p> <p>Este beneficio no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier condición excluida o no cubierta bajo la póliza, incluyendo pero no limitado a complicaciones de la maternidad o del recién nacido durante el parto que surjan de un embarazo que sea resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o cualquier tipo de procedimiento de fertilidad asistida, o de embarazos no cubiertos.</p>
2.9	BENEFICIOS Y LIMITACIONES POR EVACUACIÓN MÉDICA
2.9.1	<p>EVACUACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA: El transporte de emergencia (por ambulancia terrestre o ambulancia aérea) solamente será cubierto si está relacionado a una condición cubierta para la cual no puede proporcionarse tratamiento localmente, y el transporte por cualquier otro medio podría resultar en la pérdida de la vida o de la integridad física. El transporte de emergencia hacia la instalación médica más cercana deberá ser realizado por una compañía de transporte certificada y autorizada. El vehículo o aeronave utilizado deberá contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para atender emergencias médicas.</p> <p>(a) Transporte por ambulancia terrestre: La cantidad máxima pagadera por este beneficio es la indicada en la Tabla de Beneficios.</p> <p>(b) Transporte por ambulancia aérea:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Todo transporte por ambulancia aérea debe ser aprobado con anticipación y coordinado por la Aseguradora, siempre y cuando la vida del asegurado no esté en peligro y cumpla la condición cubierta por la póliza ii. La cantidad máxima pagadera por este beneficio es la indicada en la Tabla de Beneficios. iii. El asegurado se compromete a mantener a la Aseguradora y a cualquier otra compañía afiliada con la Aseguradora por medio de formas similares de propiedad o administración, libres de responsabilidad por cualquier negligencia que resulte de tales servicios, negligencia que resulte por demoras o restricciones en los vuelos causadas por el piloto o por problemas mecánicos, restricciones gubernamentales, o debido a condiciones operacionales. Lo anterior no aplicará si dicha negligencia es consecuencia directa de una acción u omisión de la Aseguradora o de cualquier otra compañía afiliada con la Aseguradora con los proveedores o prestadores de dichos servicios. <p>(c) Viaje de regreso: Si el asegurado es transportado para recibir tratamiento, él/ella y la persona acompañante, si aplica, recibirán reembolso por los gastos del viaje de regreso al lugar de donde el asegurado fue evacuado. El viaje de regreso deberá llevarse a cabo no más de noventa (90) días después de que haya finalizado el tratamiento. Solamente se proporciona cobertura por los gastos de viaje equivalentes al valor de un boleto aéreo en clase económica, como máximo, por persona. Los servicios de transporte deberán ser pre-aprobados y coordinados por la Aseguradora.</p>
2.9.2	<p>REPATRIACIÓN DE RESTOS MORTALES: En caso de que el asegurado fallezca fuera de su país de residencia, la Aseguradora cubrirá los gastos de repatriación de los restos mortales al país de residencia del fallecido hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios, siempre y cuando la muerte sea resultado de una condición cubierta bajo los términos de la póliza. La cobertura está limitada solamente a aquellos servicios y suministros necesarios para preparar y transportar el cuerpo al país de residencia del asegurado. Los trámites deben ser coordinados conjuntamente con la Aseguradora.</p>
2.10	OTROS BENEFICIOS Y LIMITACIONES
2.10.1	<p>TRATAMIENTO DEL CÁNCER: Están cubiertos los honorarios médicos relacionados específicamente con la preparación y administración del tratamiento para el cáncer incluyendo radioterapia, quimioterapia y oncología, así como los cargos de hospital por la administración de exámenes y medicamentos requeridos para la quimioterapia que sean específicamente relacionados con el tratamiento para el cáncer. Todos los beneficios son pagaderos hasta el límite máximo por año póliza indicado en la Tabla de Beneficios.</p>
2.10.2	<p>DIÁLISIS POR INSUFICIENCIA RENAL: Los gastos elegibles por diálisis para el tratamiento de insuficiencia renal están cubiertos hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios.</p>

No.	CLÁUSULA
2.10.3	<p>PROCEDIMIENTOS DE TRASPLANTE: El tratamiento requerido para los servicios de procedimientos de trasplante está cubierto hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios, después de cubrir el deducible correspondiente. El beneficio para procedimientos de trasplante comienza en el momento en que la necesidad de trasplante ha sido determinada por el médico, ha sido certificada por una segunda opinión quirúrgica, y ha sido aprobada por la Aseguradora, y está sujeto a todos los términos, condiciones y exclusiones de la póliza. Este beneficio incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Cuidado antes del trasplante, incluyendo todos los servicios directamente relacionados con la evaluación de la necesidad del trasplante, evaluación del asegurado para el procedimiento de trasplante, y preparación y estabilización del asegurado para el procedimiento de trasplante. (b) Reconocimiento médico pre-quirúrgico, incluyendo exámenes de laboratorio, radiografías, tomografías computarizadas, imágenes de resonancia magnética, ultrasonidos, biopsias, medicamentos y suministros. (c) Los costos de la obtención, transporte y extracción de órganos, células o tejido, incluyendo el almacenamiento de médula ósea, células madre, o sangre del cordón umbilical están cubiertos hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios, el cual está incluido como parte del beneficio máximo para el trasplante. Los procedimientos de preparación del donante, incluyendo pruebas de compatibilidad de donantes potenciales están incluidos en este beneficio. (d) La hospitalización, cirugías, honorarios de médicos y cirujanos, anestesia, medicamentos, y cualquier otro tratamiento necesario durante el procedimiento de trasplante. (e) El cuidado post-operatorio, incluyendo pero no limitado a cualquier tratamiento de seguimiento medicamento necesario después del trasplante, y cualquier complicación que resulte después del procedimiento de trasplante, ya sea consecuencia directa o indirecta del mismo. (f) Medicamentos o medidas terapéuticas necesarios para asegurar la viabilidad y permanencia del órgano, célula o tejido humano trasplantado. (g) Cuidado médico en el hogar, cuidados de enfermería (por ejemplo, cuidado de la herida, infusiones, evaluaciones, etc.), transporte de emergencia, atención médica, visitas médicas, transfusiones, suministros, o medicamentos relacionados con el trasplante. <p>La cobertura de los beneficios descritos en este numeral, está sujeta a la aprobación de la Aseguradora, del proveedor o la instalación donde se llevará a cabo el tratamiento. La reclamación será denegada de no tener dicha aprobación por parte de la Aseguradora. El tratamiento para procedimientos de trasplante que incluyan órganos artificiales o de animales no está cubierto. La compra de un órgano para trasplante no está cubierta.</p>
2.10.4	<p>CONDICIONES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS: El tratamiento medicamento necesario para condiciones congénitas y/o hereditarias está cubierto hasta el máximo indicado en la Tabla de Beneficios. El beneficio comienza cuando la condición congénita y/o hereditaria ha sido diagnosticada por un médico. El beneficio es retroactivo a cualquier período anterior a la identificación de la condición actual.</p>
2.10.5	<p>TRATAMIENTOS ESPECIALES: Las prótesis, los dispositivos ortóticos, el equipo médico durable, los implantes, la radioterapia, la quimioterapia, y los siguientes medicamentos altamente especializados: Interferón beta-1a, Interferón peguilado alfa 2a, Interferón beta-1b, Etanercept, Adalimumab, Bevacizumab, Cyclosporine A, Azathioprine, y Rituximab están cubiertos pero deben ser aprobados y coordinados con anticipación por la Aseguradora.</p>
2.10.6	<p>TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA (CON O SIN HOSPITALIZACIÓN): La póliza Corporate Care solamente cubre el tratamiento médico de emergencia relacionado con accidente o enfermedad aguda cuando la vida del asegurado o su integridad física se encuentran en peligro inminente, y la emergencia ha sido notificada a la Aseguradora, como se indica en el numeral 15.1 de las Condiciones Generales de la póliza. Todos los gastos médicos de un proveedor fuera de la red de proveedores en relación con un tratamiento médico de emergencia serán pagados como si el asegurado hubiese sido tratado en un hospital dentro de la red de proveedores.</p>
2.10.7	<p>TRATAMIENTO DENTAL RELACIONADO CON UN ACCIDENTE: El tratamiento dental relacionado con un accidente que sea necesario para reparar el daño de dientes sanos y naturales como consecuencia de un accidente o lesión está cubierto. El tratamiento deberá proporcionarse y completarse dentro de un período de seis (6) meses después de la fecha en que ocurrió el accidente o lesión. El dentista deberá confirmar que los dientes tratados fueron dañados como consecuencia de un accidente. Un diente sano y natural es aquél que no tiene caries, ni empastes en más de dos superficies, ni gingivitis o periodontitis asociada con la pérdida de hueso bucal, ni terapia de conducto radicular, no es un implante dental, y funciona normalmente al masticar y al hablar. Esta cobertura no aplica a implantes dentales, coronas, o dentaduras postizas.</p>
2.10.8	<p>DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL: Cuando la deformidad de la nariz o del tabique nasal ha sido causada por trauma en un accidente cubierto, el tratamiento quirúrgico estará cubierto solamente si es aprobado con anticipación por la Aseguradora. La evidencia del trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).</p>

No.	CLÁUSULA										
2.10.9	RESIDENCIA Y CUIDADOS PALIATIVOS: El alojamiento en residencias para pacientes terminales y los tratamientos y servicios paliativos están cubiertos como se indica en la Tabla de Beneficios para aquellos pacientes terminales con una expectativa de vida de seis (6) meses o menos, y que necesitan atención física, psicológica y social, así como la instalación o adaptación de equipos especiales, servicios de enfermería y medicamentos por receta . Estos servicios deben ser aprobados con anticipación por la Aseguradora .										
2.10.10	VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA): La cobertura para el tratamiento del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) está limitada al máximo indicado en la Tabla de Beneficios doce (12) meses después de la fecha de efectividad de la cobertura del asegurado , si el virus o los anticuerpos no han sido detectados o manifestados antes o durante este período.										
2.10.11	CONDICIONES PRE-EXISTENTES: Las condiciones pre-existentes están limitadas al beneficio máximo indicado en la Tabla de Beneficios .										
2.11	AMPAROS OPCIONALES										
2.11.1	<p>COBERTURAS ADICIONALES: Este producto contempla coberturas opcionales adicionales a la indicada en la Tabla de Beneficios, las cuales pueden ser seleccionadas por el contratante. Los beneficios ofrecidos bajo estos anexos están sujetos a todos los términos, condiciones, exclusiones, limitaciones y restricciones de la cobertura del plan Corporate Care.</p> <p>El contratante puede elegir una, todas o cualquier combinación de anexos para cubrir las necesidades del grupo. Si no se elige un anexo en el momento de solicitar cobertura bajo el plan Corporate Care, éste puede agregarse en la fecha de aniversario. Los anexos aplican a todos los Asegurados Titulares y sus dependientes asegurados bajo el plan Corporate Care. Los anexos se mantienen en vigor mientras que el plan Corporate Care esté en vigor. El área de cobertura geográfica que se haya elegido para el plan Corporate Care también aplica para el o los anexos elegidos. Los anexos para Cuidado Dental, Cuidado de la Vista y Medicamentos por Receta no están sujetos al deducible del plan Corporate Care.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Amparos Opcionales</th> </tr> <tr> <th>Beneficios y limitaciones por cobertura adicional opcional (no incluidos automáticamente)</th> <th>Cobertura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> Anexo para Cuidado Dental: Cuidado dental básico y especializado, por asegurado, por año póliza Ortodoncia, por asegurado de 18 años de edad o menos, de por vida <ul style="list-style-type: none"> ○ No aplica deducible ○ Aplica un coaseguro del 20% </td> <td> US\$1,500 US\$1,500 </td> </tr> <tr> <td> Anexo para el Cuidado de la Vista: Exámenes oculares, armaduras, lentes, lentes de contacto <ul style="list-style-type: none"> ○ No aplica deducible </td> <td> US\$200 </td> </tr> <tr> <td> Anexo para Medicamentos por Receta: Medicamentos por receta que no han sido prescritos después de una hospitalización o cirugía ambulatoria <ul style="list-style-type: none"> ○ No aplica deducible ○ Aplica un coaseguro del 20% </td> <td> US\$1,000 </td> </tr> </tbody> </table>	Amparos Opcionales		Beneficios y limitaciones por cobertura adicional opcional (no incluidos automáticamente)	Cobertura	Anexo para Cuidado Dental: Cuidado dental básico y especializado, por asegurado , por año póliza Ortodoncia, por asegurado de 18 años de edad o menos, de por vida <ul style="list-style-type: none"> ○ No aplica deducible ○ Aplica un coaseguro del 20% 	US\$1,500 US\$1,500	Anexo para el Cuidado de la Vista: Exámenes oculares, armaduras, lentes, lentes de contacto <ul style="list-style-type: none"> ○ No aplica deducible 	US\$200	Anexo para Medicamentos por Receta: Medicamentos por receta que no han sido prescritos después de una hospitalización o cirugía ambulatoria <ul style="list-style-type: none"> ○ No aplica deducible ○ Aplica un coaseguro del 20% 	US\$1,000
Amparos Opcionales											
Beneficios y limitaciones por cobertura adicional opcional (no incluidos automáticamente)	Cobertura										
Anexo para Cuidado Dental: Cuidado dental básico y especializado, por asegurado , por año póliza Ortodoncia, por asegurado de 18 años de edad o menos, de por vida <ul style="list-style-type: none"> ○ No aplica deducible ○ Aplica un coaseguro del 20% 	US\$1,500 US\$1,500										
Anexo para el Cuidado de la Vista: Exámenes oculares, armaduras, lentes, lentes de contacto <ul style="list-style-type: none"> ○ No aplica deducible 	US\$200										
Anexo para Medicamentos por Receta: Medicamentos por receta que no han sido prescritos después de una hospitalización o cirugía ambulatoria <ul style="list-style-type: none"> ○ No aplica deducible ○ Aplica un coaseguro del 20% 	US\$1,000										
2.11.2	ANEXO PARA EL CUIDADO DENTAL: Ofrece cobertura para tratamiento dental básico y especializado por asegurado , por año póliza , realizados por un profesional dental con licencia para practicar odontología. También ofrece cobertura para tratamiento de ortodoncia, de por vida, para asegurados de dieciocho (18) años de edad o menos. No ofrece cobertura para tratamiento dental cosmético (requerido únicamente para mejorar la apariencia).										
2.11.3	ANEXO PARA EL CUIDADO DE LA VISTA: Ofrece cobertura por asegurado , por año póliza , para exámenes oculares de rutina, armaduras para gafas, lentes para gafas y lentes de contacto. No ofrece cobertura para queratotomía radial y otros procedimientos para corregir trastornos de refracción ocular.										
2.11.4	ANEXO PARA MEDICAMENTOS POR RECETA: Ofrece cobertura por asegurado , por año póliza para medicamentos por receta que no hayan sido prescritos durante una hospitalización o después de una cirugía ambulatoria, y están sujetos al veinte por ciento (20%) de coaseguro . Los medicamentos por receta deben corresponder a una condición médica cubierta bajo el plan Corporate Care. Deberá adjuntarse una copia de la receta del médico tratante con la solicitud de reembolso.										

No.	CLÁUSULA
2.12	<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> <ul style="list-style-type: none"> ○ La cuantía de las primas para personas con discapacidad es igual a las fijadas para las pólizas emitidas a favor de personas sin discapacidad.
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 del seguro de salud de grupo.</p>
3.1	<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, o (f) Que sea un artículo personal, como llamadas telefónicas, periódicos, cosméticos o alimentos para visitantes.
3.2	<p>LESIONES AUTO INFLIGIDAS, SUICIDIO, SUICIDIO 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>
3.3	<p>EXÁMENES DE RUTINA Y DISPOSITIVOS PARA OJOS Y OÍDOS: Exámenes de rutina de ojos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial, y/o cualquier otro procedimiento para corregir desórdenes de refracción visual.</p>
3.4	<p>MEDICINA ALTERNATIVA: Tratamiento quiropráctico, homeopático, acupuntura, o cualquier tipo de medicina alternativa.</p>
3.5	<p>CIRUGÍA COSMÉTICA: La cirugía cosmética o el tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea requerido debido al tratamiento de una lesión, deformidad o enfermedad o dolencia que compromete la funcionalidad y que se haya manifestado por primera vez estando el asegurado cubierto bajo esta póliza. Esta exclusión también aplica a cualquier tratamiento quirúrgico de deformidades nasales o del tabique nasal que no hayan sido causadas por trauma.</p>
3.6	<p>TRATAMIENTO EXPERIMENTAL O NO APROBADO PARA USO GENERAL: Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente reconocido o aprobado para la condición diagnosticada, o que sea considerado experimental y/o no aprobado para uso general por la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA).</p>
3.7	<p>TRATAMIENTO EN INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES: Tratamiento en cualquier institución gubernamental, o cualquier gasto incurrido si el asegurado tiene derecho a cuidados gratuitos. Servicio o tratamiento por el cual no habría que pagar de no existir una cobertura de seguro.</p>

No.	CLÁUSULA
3.8	ENFERMEDADES MENTALES Y DESÓRDENES DE LA CONDUCTA: Procedimientos de diagnóstico o tratamiento psiquiátrico a menos que sean resultado de una condición cubierta. Las enfermedades mentales y/o los desórdenes de la conducta o del desarrollo, el síndrome de fatiga crónica, apnea del sueño, y cualquier otro desorden del sueño.
3.9	GASTOS QUE EXCEDAN UCR: Cualquier porción de cualquier gasto que exceda lo usual, acostumbrado y razonable por el servicio o suministro en particular para el área geográfica o el nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.
3.10	COMPLICACIONES DE CONDICIONES NO CUBIERTAS: El tratamiento o servicio por cualquier condición médica, mental o dental relacionada con, o que resulte como complicación de dichos servicios médicos, mentales o dentales, u otras condiciones específicamente excluidas por un endoso o enmienda, o no cubiertas bajo esta póliza.
3.11	TRATAMIENTO DENTAL NO RELACIONADO A UN ACCIDENTE CUBIERTO: Cualquier tratamiento o servicio dental no relacionado con un accidente cubierto, o después de noventa (90) días de la fecha de un accidente cubierto.
3.12	LESIONES RELACIONADAS A ACTIVIDADES POLICIALES O MILITARES: Tratamiento de lesiones que resulten mientras el asegurado preste servicio como integrante de la policía o de una unidad militar, o por participación en guerra, motín, conmoción civil, o cualquier actividad ilegal, incluyendo el encarcelamiento resultante.
3.13	VIH/SIDA: Cualquier tratamiento que se lleve a cabo antes del período de espera de doce (12) meses.
3.14	ADMISIÓN ELECTIVA AL HOSPITAL: La admisión electiva por más de veintitrés (23) horas antes de una cirugía programada, excepto cuando sea aprobada por escrito por la Aseguradora.
3.15	TRATAMIENTO REALIZADO POR FAMILIAR INMEDIATO: Tratamiento que haya sido realizado por el cónyuge, los padres, hermanos o hijos de cualquier asegurado bajo esta póliza.
3.16	MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE O SIN RECETA: Medicamentos de venta libre o medicamentos que pueden obtenerse sin receta, medicamentos por receta que no fueron originalmente recetados durante una hospitalización o por un tratamiento durante hospitalización, y medicamentos por receta que no han sido recetados como parte del post tratamiento directamente relacionado con un tratamiento ambulatorio.
3.17	EQUIPO DE RIÑÓN ARTIFICIAL PERSONAL: Equipo de riñón artificial personal o para uso residencial, excepto cuando sea aprobado por escrito por la Aseguradora.
3.18	ALMACENAMIENTO DE TEJIDO Y/O CÉLULAS: Almacenamiento de médula ósea, células madre, sangre del cordón umbilical, u otro tipo de tejido o célula, excepto como está estipulado bajo las condiciones de esta póliza. Los costos relacionados con la adquisición e implantación de un corazón artificial, otros órganos artificiales o de animales, y todos los gastos relacionados con la crío preservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.
3.19	TRATAMIENTO RELACIONADO A RADIACIÓN O CONTAMINACIÓN NUCLEAR: Lesión, enfermedad o dolencia causada por, o relacionada con, radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible nuclear o artefactos nucleares.
3.20	TRATAMIENTO RELACIONADO CON EL PESO: Cualquier gasto, servicio, o tratamiento por obesidad, control de peso, o cualquier forma de suplemento alimenticio.
3.21	TRATAMIENTO PARA LA ESTIMULACIÓN DEL CRECIMIENTO: Tratamiento con un estimulador de crecimiento óseo, estimulación del crecimiento óseo, o tratamiento relacionado con la hormona del crecimiento, independientemente de la razón para la receta médica.
3.22	CONDICIONES RELACIONADAS AL SEXO, LA SEXUALIDAD Y LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE: Cualquier gasto por reasignación de sexo, disfunción sexual incluyendo pero no limitado a impotencia, inadecuaciones, desórdenes relacionados con el virus del papiloma humano (VPH) transmitido sexualmente, y cualquier otra enfermedad transmitida sexualmente.
3.23	TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD: Cualquier tipo de tratamiento o procedimiento de fertilidad e infertilidad, incluyendo pero no limitado a ligadura de trompas, vasectomía y cualquier otro procedimiento electivo de carácter permanente para prevenir el embarazo, así como la reversión de esterilización voluntaria, la inseminación artificial, y la maternidad subrogada.

No.	CLÁUSULA
3.24	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD E INFERTILIDAD: Complicaciones de la maternidad como resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad e infertilidad o procedimiento de fertilidad asistida.
3.25	TRATAMIENTO RELACIONADO CON LA MATERNIDAD PARA EMBARAZOS NO CUBIERTOS: Todo tratamiento relacionado con el embarazo o la maternidad para un embarazo no cubierto.
3.26	ABORTO: La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente.
3.27	CUIDADO PODIÁTRICO: Cuidado podiátrico para tratar desórdenes funcionales de las estructuras de los pies, incluyendo pero no limitado a callos, callosidades, juanetes, verrugas plantares, fasciitis plantar, Hallux valgus, dedo en martillo, neuroma de Morton, pies planos, arcos débiles y pies débiles, incluyendo pedicura, zapatos especiales, y soportes de cualquier tipo o forma.
3.28	TRATAMIENTO DE LA MANDÍBULA: Cualquier gasto asociado con el tratamiento del maxilar superior, la mandíbula, y/o el conjunto de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con la articulación mandibular que haya sido causado por una condición dental, un tratamiento dental anterior, y/o sus complicaciones, incluyendo pero no limitado a cualquier diagnóstico donde la condición principal sea dental.
3.29	DEFORMIDAD DE LA NARIZ Y DEL TABIQUE NASAL: Excepto cuando ha sido causada por politraumatismo en un accidente cubierto. Los procedimientos quirúrgicos estarán cubiertos solamente si están autorizados con anticipación por la Aseguradora. La evidencia de trauma en forma de fractura deberá ser confirmada por medios radiográficos (radiografía, tomografía computarizada, etc.).
3.30	COSTOS RELACIONADOS CON EL TRANSPORTE DE EMERGENCIA: Cualquier costo adicional o secundario relacionado con la necesidad de transporte de emergencia, tales como gastos de hotel.
3.31	ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y PANDÉMICAS: El tratamiento de, o que surja como resultado de, cualquier enfermedad epidémica y/o enfermedad pandémica y las vacunas, los medicamentos o los tratamientos preventivos para, o relacionados con, cualquier enfermedad epidémica y/o enfermedad pandémica no están cubiertos.

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.
ACCIDENTE SERIO	Un trauma imprevisto que ocurre sin la intención del asegurado debido a una causa externa que provoca un impacto violento en el cuerpo, resultando en una lesión corporal demostrable que requiere una hospitalización inmediata de veinticuatro (24) horas o más durante las primeras horas siguientes al accidente para evitar la pérdida de la vida o de la integridad física. La lesión severa deberá ser determinada por acuerdo mutuo entre el médico tratante y el consultor médico de la Aseguradora después de revisar las notas de evaluación inicial y los expedientes clínicos de la sala de emergencias y de la hospitalización .
ADMINISTRADOR DE GRUPO	El representante autorizado por el contratante con quien la Aseguradora ha entrado en acuerdo para proporcionar cobertura a los asegurados bajo este seguro de salud de grupo. Esta persona es a quien la Aseguradora dirigirá toda la correspondencia, y quien tiene la responsabilidad de efectuar los pagos y notificar a la Aseguradora sobre cualquier cambio a la póliza en nombre del Asegurado Titular .
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 .
ANEXO	Documento añadido por la Aseguradora a la póliza de grupo que agrega y detalla una cobertura opcional adicional.
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.
ÁREA DE COBERTURA	El área geográfica en la cual el asegurado tiene derecho a recibir tratamiento . Esta área puede incluir o excluir los Estados Unidos de América continentales (EE.UU.), dependiendo de la opción de cobertura elegida por el contratante .

ASEGURADO	La persona para quien se ha completado un Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico , 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 su póliza .
ASEGURADO TITULAR	El solicitante nombrado en el Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico y la primera persona identificada en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Cobertura . Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos.
ASEGURADORA	Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros, sociedad anónima inscrita con el Registro Único de Contribuyente (RUC) 1791782402001.
ATENCIÓN MÉDICA EN EL HOGAR	Cuidados al asegurado en su hogar, los cuales han sido prescritos y certificados por escrito por el médico tratante, los cuales son necesarios para el tratamiento adecuado de la lesión, enfermedad o dolencia , y prescritos en lugar de la hospitalización . La atención médica en el hogar incluye los servicios de profesionales certificados y autorizados (por ejemplo, enfermeros , terapeutas, etc.) fuera del hospital , y no incluyen los cuidados asistenciales .
BENEFICIOS CUBIERTOS	Tratamientos y beneficios que aparecen identificados en la Tabla de Beneficios .
CERTIFICADO DE COBERTURA	Documento que forma parte de la póliza , que especifica la fecha del inicio de vigencia , el deducible contratado, la suma asegurada , el tipo de plan y otra información de relevancia para el Asegurado Titular , y que además enumera a todos los dependientes cubiertos bajo la póliza .
CLASE	Los asegurados de todas las pólizas de un mismo tipo, incluyendo pero no limitado a beneficios, deducibles , grupos de edad, país, plan, grupos por año, o una combinación de cualesquiera de éstos.
COASEGURO	Es el porcentaje de las facturas médicas de ciertos beneficios que el asegurado debe pagar en adición al deducible .
COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, LA MATERNIDAD Y/O EL PARTO	Condiciones causadas por, y/o que ocurren como resultado del embarazo o la maternidad, y cualquier condición relacionada con el nacimiento del recién nacido que no sea causada por factores congénitos o hereditarios, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida, incluyendo pero no limitado a hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto. Para propósitos de esta cobertura, los partos por cesárea no son considerados una complicación del embarazo, la maternidad y/o el parto.
CONDICIÓN CONGÉNITA Y/O HEREDITARIA	Cualquier enfermedad o dolencia o desorden adquirido durante la concepción o la etapa fetal del desarrollo como consecuencia de la constitución genética de los padres o de factores ambientales o agentes externos, sea o no manifestado o diagnosticado antes del nacimiento, durante el nacimiento, después del nacimiento o años más tarde.
CONDICIÓN PREEXISTENTE	Es aquella condición: (a) Que ha sido diagnosticada por un médico antes de la fecha del inicio de vigencia o de la rehabilitación de la póliza , o (b) Para la cual se ha recomendado o recibido tratamiento médico antes de la fecha del inicio de vigencia o de la rehabilitación de la póliza , o (c) Que habría resultado en el diagnóstico médico de una enfermedad o dolencia o condición tras el análisis de los síntomas o signos si se hubiesen presentado a un médico antes de la fecha del inicio de vigencia .
CONDICIÓN TERMINAL	La enfermedad o dolencia o condición activa, progresiva e irreversible la cual, sin los procedimientos de soporte de vida, causará la muerte del paciente en un futuro cercano, o bien un estado de inconsciencia permanente para el cual es improbable que haya recuperación.
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.
CONSULTA	Visita a un médico para evaluar o tratar una condición médica.

CONTRATANTE	Compañía, empresa, negocio o persona que firma la Solicitud de Seguro de Salud de Grupo para obtener cobertura para los asegurados bajo el seguro de salud de grupo, y que se obliga al pago de la prima.
CONTRATO	El documento celebrado entre la Aseguradora y el contratante , bajo el cual la Aseguradora se obliga, mediante el pago de una prima, a pagar a los Asegurados Titulares del grupo por gastos relacionados con los beneficios cubiertos en que incurran. El término del contrato entre la Aseguradora y el contratante es de un (1) año.
CONVIVIENTE	Persona del sexo opuesto, o del mismo sexo, con quien el Asegurado Titular ha establecido una unión estable y monógama, libres de vínculo matrimonial que formen un hogar de hecho, por el lapso y bajo las condiciones y circunstancias que señale la ley, con los mismos derechos y obligaciones que tienen las familias constituidas mediante matrimonio.
CUIDADO ASISTENCIAL	Ayuda para realizar actividades cotidianas que puede ser proporcionada por personal sin entrenamiento médico o de enfermería (por ejemplo, para bañarse, vestirse, asearse, alimentarse, ir al baño, etc.).
CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO SALUDABLE	Es el cuidado médico de rutina que se proporciona a un recién nacido saludable.
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. Hay dos tipos de deducibles considerados, dependiendo del país donde se ofrezca el tratamiento o servicio.
DEPENDIENTE	Cualquier otra persona diferente del Asegurado Titular nombrada en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Cobertura que haya sido identificada en el Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico y para quien se ha aprobado cobertura bajo la póliza .
DIAGNÓSTICO	Proceso por medio del cual el médico identifica una condición a través de exámenes (resultados de laboratorio, radiografías o cualquier otro examen clínico), la naturaleza y circunstancias de dicha condición, y la decisión alcanzada en base a este proceso.
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).
EMBARAZO CUBIERTO	Los embarazos cubiertos son aquéllos para los cuales la fecha estimada del parto es por lo menos diez (10) meses posterior a la fecha efectiva de cobertura para la respectiva asegurada . La asegurada correspondiente no puede ser una hija dependiente . Sólo el Plan 1 ofrece beneficios para los embarazos cubiertos.
EMERGENCIA	Lesión, 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 O ENMIENDA	Documento que forma parte integrante de la póliza que puede ser emitido con posterioridad a la fecha del inicio de vigencia y que aclara, explica o modifica las Condiciones Generales de la póliza . Lo estipulado en un endoso o enmienda siempre prevalecerá sobre las Condiciones Generales de la póliza en todo aquello que se contraponga.
ENFERMEDAD EPIDÉMICA	La incidencia de más casos de lo esperado de cierta enfermedad o dolencia 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 INFECCIOSA	Condición clínica que resulta de la presencia de agentes microbianos patógenos, incluyendo virus patógenos, bacterias patógenas, hongos, protozoos, parásitos multicelulares, y proteínas aberrantes conocidas como priones, que puede ser transmitida de una persona a otra.
ENFERMEDAD O DOLENCIA	Es la alteración en la salud del asegurado que ha sido diagnosticada por un médico o doctor legalmente autorizado, ya sea en el funcionamiento de un órgano o parte del cuerpo y que provenga de alteraciones patológicas comprobables.
ENFERMEDAD PANDÉMICA	Una enfermedad epidémica que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.
ENFERMERO(A)	Profesional legalmente autorizado para prestar cuidados de enfermería en el país donde se ofrece el tratamiento .
EQUIPO DE SERVICIO CORPORATIVO	Equipo de ejecutivos de servicio, profesionales y multilingües, capacitados para ayudar a los asegurados con preguntas relacionadas con su póliza , el estado de sus reclamaciones, su cobertura y la actualización de su información personal.
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 lesión, enfermedad o dolencia 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.
EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO	Investigaciones médicas como radiografías o exámenes de sangre para encontrar la causa de los síntomas de un paciente.
EXPERIMENTAL	Todo servicio, procedimiento, dispositivo médico, medicamento o tratamiento que no se adhiere a las pautas de práctica estándar aceptadas en los Estados Unidos de América, independientemente del lugar donde se lleve a cabo dicho servicio. Los medicamentos deberán contar con la aprobación de la Administración de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos de América (FDA), a fin de poder ser usados para la enfermedad diagnosticada, o bien con la aprobación de otra agencia gubernamental, estatal o federal, que se requiera en los Estados Unidos de América, independientemente del lugar donde se lleve a cabo el tratamiento médico o se emitan las facturas.
FECHA DE ANIVERSARIO	Ocurrencia anual de la fecha del inicio de vigencia del contrato .
FECHA DE RENOVACIÓN	El primer día a partir de la fecha de aniversario . La renovación ocurre solamente en la fecha de aniversario del contrato .
FECHA DE VENCIMIENTO	La fecha en que la prima vence y debe pagarse.
FECHA DEL INICIO DE VIGENCIA	Fecha en que comienza la cobertura para cada asegurado , tal como aparece en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Cobertura .
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ASEGURADO PARA SEGURO DE SALUD DE GRUPO Y/O SUPLEMENTO MÉDICO	Documentos que contienen declaraciones por escrito sobre los solicitantes y sus dependientes al solicitar cobertura, los cuales son utilizados por la Aseguradora para determinar la aceptación o denegación del riesgo. También se incluyen las declaraciones orales realizadas por el solicitante durante la entrevista médica realizada por la Aseguradora , su historial médico, cuestionarios y cualquier otro documento proporcionado o solicitado por la Aseguradora antes de aprobar la cobertura.
GASTOS ELEGIBLES	Los honorarios y cargos por tratamientos cubiertos bajo la póliza que la Aseguradora cubrirá tal como se ha especificado en la Tabla de Beneficios , y los cuales son presentados para reembolso por el Asegurado de acuerdo a los términos y condiciones de la cobertura y sujetos a cualquier deducible o coaseguro correspondiente.

GRUPO COLECTIVO	Grupo diseñado para pequeñas y medianas empresas que desean asegurar a cinco (5) empleados o más. Las cotizaciones se basan en la información de censo obtenida, el país de residencia de los empleados y el deducible elegido. Se ofrecen primas estándar, evaluación de riesgo flexible, renovación garantizada, sin límite en cuanto a la edad para aplicar, y tarifas de renovación basadas en el rendimiento del portafolio.
GRUPO DE EXPERIENCIA	Grupo diseñado para grandes empresas que desean asegurar a setenta (70) empleados o más. La cotización del plan de salud personalizado se basa en la información de censo que la empresa proporcione a la Aseguradora , el historial de reclamaciones de dicha empresa, y los beneficios solicitados. Se ofrece una cotización personalizada, contrato garantizado por un año, informes trimestrales para ayudar a que la empresa pueda monitorizar la tasa de pérdida del grupo, programa de capacitación para el Administrador de Grupo para asegurar una transición exitosa la cobertura de la Aseguradora , cobertura para condiciones preexistentes , y tarifas de renovación basadas en el rendimiento del grupo.
HIJASTRO	Niño nacido de o adoptado por el(la) cónyuge o conviviente del Asegurado Titular y que no ha sido adoptado legalmente por el Asegurado Titular .
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 y las Condiciones Particulares .
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 lesión, enfermedad o dolencia . El tratamiento , servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si: (a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el asegurado , la familia del asegurado o el proveedor del servicio (por ejemplo, un enfermero(a) privado(a), la sustitución de una habitación estándar por una suite o júnior suite); (b) No es apropiado para el diagnóstico, 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.); (e) Es calificado como cuidado asistencial .
MEDICAMENTOS ALTAMENTE ESPECIALIZADOS	Son medicamentos con un alto costo unitario que tienen una importancia significativa para tratar al paciente fuera del hospital , los cuales son prescritos y supervisados por un especialista en condiciones poco comunes, severas o resistentes al tratamiento de primera elección.
MEDICAMENTOS POR RECETA	Medicamentos cuya venta y uso están legalmente limitados a la orden de un médico .
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.
OPCIÓN	El área de cobertura y el límite máximo anual seleccionado por el Administrador de Grupo para los asegurados en el grupo.

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 ESPERA	Período de tiempo que comienza en la fecha del inicio de vigencia durante el cual los beneficios aun no son pagaderos al asegurado . (a) Para los beneficios de embarazo, maternidad y parto, la asegurada debe haber estado cubierto bajo la póliza durante un período de diez (10) meses calendario continuos antes de la fecha actual del parto. (b) Para los beneficios de VIH/SIDA, el asegurado debe haber estado cubierto bajo la póliza durante un período de doce (12) meses calendario continuos.
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 .
POLITRAUMATISMO	Lesiones corporales accidentales que ocurren simultáneamente en diferentes partes del cuerpo como resultado de un accidente serio .
PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO	Procedimientos y pruebas de laboratorio médicamente necesarios usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas, incluyendo patología, radiografía, ultrasonido, resonancia magnética, tomografía computarizada, y tomografía por emisión de positrones (PET).
RECEPTOR	La persona que ha recibido, o está en proceso de recibir, el trasplante de un órgano, célula o tejido.
RECIÉN NACIDO	Un infante desde el momento del nacimiento hasta que cumple treinta y un (31) días de vida.
RECONOCIMIENTO MÉDICO DE RUTINA	Examen médico que se lleva a cabo a intervalos regulares para verificar un estado normal de salud o descubrir una enfermedad en su etapa inicial. El reconocimiento médico no incluye exámenes o consultas para dar seguimiento a una enfermedad o dolencia que ha sido diagnosticada con anterioridad.
RED DE PROVEEDORES	Grupo de médicos y hospitales aprobados y contratados para atender a los asegurados de la Aseguradora . La lista de médicos y hospitales en la Red de Proveedores está disponible en la página web de la Aseguradora y está sujeta a cambio sin previo aviso.
RELACIÓN DE UNIÓN DE HECHO	Relación entre el Asegurado Titular y otra persona del sexo opuesto o del mismo sexo. Todos los siguientes requerimientos aplican a ambas personas: (a) Ninguno de los dos puede estar actualmente casado con, o ser conviviente de, otra persona según la ley o el derecho común. (b) Los dos deben compartir la misma residencia permanente, así como otras necesidades de la vida. (c) Los dos deben tener por lo menos dieciocho (18) años de edad. (d) Los dos deben ser mentalmente competentes para acordar un contrato. (e) Los dos deben ser interdependientes financieramente, y deberán haber proporcionado documentos que comprueben por lo menos dos (2) de las siguientes condiciones de dicha interdependencia financiera i. Mantienen una relación exclusiva y dedicada durante por lo menos un (1) año. ii. Ambos son propietarios de una residencia en común. iii. Cumplen con por lo menos dos (2) de los siguientes requisitos o Un automóvil que pertenece a los dos. o Una cuenta mancomunada de cheques, ahorros o inversiones. o Una cuenta de crédito mancomunada. o Un contrato de alquiler de residencia que identifique a ambos como inquilinos. o Un testamento y/o póliza de seguro de vida que designe al otro como beneficiario principal. El Asegurado Titular y su conviviente deberán presentar la declaración juramentada o la documentación legal que acredite la relación de unión de hecho .
RESIDENCIA Y CUIDADOS PALIATIVOS	Cuidados que el asegurado recibe después de ser diagnosticado con una condición terminal , incluyendo cuidados físicos, psicológicos, y sociales, así como también adecuación de la cama, cuidados de enfermería, y medicamentos por receta . Este cuidado debe ser aprobado con anticipación por la Aseguradora .
SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA	La opinión de un médico distinto del médico tratante.

SERVICIOS AMBULATORIOS	Tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requieren de hospitalización . Los servicios ambulatorios pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia cuando estos servicios tengan una duración de menos de veinticuatro (24) horas.
SERVICIOS DE REHABILITACIÓN	Tratamiento proporcionado por un profesional de la salud legalmente acreditado, con la intención de habilitar a personas que han perdido la capacidad de funcionar normalmente debido a una lesión, enfermedad o dolencia o para el tratamiento del dolor que les permita alcanzar y mantener su función física, sensorial, e intelectual normal. Estos servicios pueden incluir cuidado médico, terapia física, terapia ocupacional, y otros.
SERVICIOS HOSPITALARIOS	El personal hospitalario de enfermería, instrumentistas, habitaciones privadas o semi-privadas estándar y alimentación, y otros tratamientos o servicios médicamente necesarios ordenados por un médico para el asegurado que ha sido hospitalizado. Estos servicios no incluyen llamadas telefónicas locales, televisión, periódicos, enfermero(a) privado(a), ni la sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite.
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 DE GRUPO	Declaración escrita en un formulario por el contratante usada por la Aseguradora para determinar la aceptación del riesgo. La solicitud de seguro de salud de grupo incluye cualquier declaración verbal hecha a la Aseguradora por el contratante o sus representantes y otros documentos proporcionados a, o solicitados por, la Aseguradora antes de suscribir el contrato .
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 del contrato , 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 incluye los beneficios cubiertos y las cantidades máximas que serán pagados una vez que superen el deducible anual aplicable detallado en las Condiciones Generales y en el Certificado de Cobertura .
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 DENTAL RELACIONADO CON UN ACCIDENTE	Tratamiento necesario para restaurar o reemplazar el daño o la pérdida de dientes sufridos durante un accidente cubierto.
TRATAMIENTO DE EMERGENCIA	Atención o servicios médicamente necesarios que se hacen necesarios debido a una emergencia .

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 en el Certificado de Cobertura y termina a las 24:00 horas del día indicado en las Condiciones Particulares y en el Certificado de Cobertura como fecha de expiración de vigencia, siempre que el contratante haya pagado la prima o primera fracción de dicha prima.
5.2	<p>CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA: El contratante puede cancelar la póliza del Asegurado Titular o la cobertura de cualquiera de sus dependientes en cualquier momento con previo aviso a la Aseguradora de treinta (30) días calendario. La Aseguradora no puede cancelar la cobertura de manera retroactiva. El contratante es responsable por el pago de las primas hasta la fecha de la cancelación.</p> <p>La Aseguradora puede cancelar una póliza:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Si el contratante no paga la prima correspondiente para un Asegurado Titular al final del período de gracia, según lo estipulado en el numeral 10.4. ii. Si un Asegurado Titular cambia su país de residencia, tal como se indica en el numeral 25.1 de las Condiciones Generales de la póliza. iii. Si fallece el Asegurado Titular.
5.3	<p>DECLARACIÓN FALSA: La Aseguradora puede cancelar o rescindir una póliza si existe evidencia de que el contratante, 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Si un asegurado puede agregarse a la póliza como dependiente. ii. La cantidad de la prima que el contratante debe pagar por el Asegurado Titular. iii. 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 están prohibidas según las leyes del Ecuador o de cualquier otra jurisdicción relevante, 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 .
5.5	TERMINACIÓN DE LA COBERTURA: En caso de terminación por cualquier razón, la cobertura finaliza en la fecha cuando se hace efectiva la terminación, y la Aseguradora solamente será responsable por el tratamiento cubierto bajo los términos del contrato que se haya llevado a cabo antes de la fecha de terminación. No se proporcionará cobertura para ningún tratamiento que se lleve a cabo después de la fecha efectiva de la terminación, independientemente de cuándo se manifestó la condición por primera vez o cuánto tratamiento adicional sea necesario.

No.	CLÁUSULA
5.6	<p>DERECHO DE TRANSFERIR A UN PLAN INDIVIDUAL: Si la cobertura termina para un Asegurado Titular y sus dependientes, es posible que el Asegurado Titular pueda transferir su cobertura a un plan individual con un deducible igual o mayor, y las mismas restricciones en vigor bajo el plan Corporate Care, después de cumplir dos (2) años de cobertura bajo la póliza de grupo, y cumpliendo con los requisitos de elegibilidad del plan individual. Los asegurados bajo un grupo colectivo podrán transferir su cobertura sin evaluación de riesgo. Los asegurados bajo un grupo de experiencia que deseen transferir su cobertura a un plan individual están sujetos a evaluación de riesgo. El Asegurado Titular deberá comunicarse con la Aseguradora o con su Administrador de Grupo para averiguar si el contrato contempla esta opción.</p> <p>Si el Asegurado Titular tiene el derecho de transferir su cobertura y desea proceder con el cambio, deberá enviar una Solicitud de Seguro de Salud Individual a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes a la terminación de su cobertura dentro del grupo.</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>
6.	ELEGIBILIDAD
6.1	<p>CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD PARA EL CONTRATANTE: La Aseguradora puede firmar un contrato de seguro de grupo con compañías legalmente incorporadas en la República del Ecuador. Las compañías legalmente incorporadas en los Estados Unidos de América y sus territorios no son elegibles.</p>
6.2	<p>CONDICIONES DE ELEGIBILIDAD PARA EL ASEGURADO: Los asegurados elegibles para cobertura incluyen a empleados del contratante que trabajan para su empleador un mínimo de treinta (30) horas por semana y que tienen por lo menos dieciocho (18) años de edad (excepto los dependientes elegibles). No hay un límite de edad máxima para solicitar cobertura bajo Corporate Care. No hay una edad máxima para renovación para asegurados ya cubiertos bajo el contrato. El grupo asegurado debe mantener el requisito mínimo de cinco (5) Asegurados Titulares para ser elegible para renovación.</p> <p>Los dependientes elegibles incluyen al cónyuge o conviviente del Asegurado Titular y a los hijos biológicos, hijos adoptados legalmente, hijastros, y 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 el Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza de grupo.</p> <p>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.</p> <p>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 deducible igual o mayor, bajo las mismas condiciones y restricciones o exclusiones existentes en la póliza anterior bajo la cual tuvieron cobertura, sirviendo como base para esta nueva póliza las declaraciones vertidas en la solicitud que dio origen a la primera póliza, mismas que deberán ser ratificadas por el ahora Asegurado Titular antes de terminar el período de gracia para el pago de la póliza bajo la cual tuvo cobertura como dependiente. Lo anterior siempre y cuando el dependiente solicite su póliza con la Aseguradora dentro de los treinta (30) días calendario siguientes a que dejó de ser integrante de la póliza original.</p> <p>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.</p>

No.	CLÁUSULA
6.3	<p>INCLUSIÓN DE DEPENDIENTE: Si el contratante lo autoriza, el Asegurado Titular puede solicitar la inclusión de su cónyuge o conviviente e hijo(s) como dependientes bajo su póliza. Para solicitarlo, deberá llenar un Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico (si corresponde), tal como se indica a continuación:</p> <p>(a) Grupos colectivos: Al ser aprobados por el departamento de evaluación de riesgo, los empleados y dependientes serán incluidos en el grupo (i) a partir de la fecha efectiva, si se trata de inscripción inicial, (ii) en la fecha de renovación, o (iii) durante el transcurso de la póliza, una vez se haya recibido el Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo si se trata de una adición posterior. Un bebé recién nacido de una maternidad cubierta será incluido a partir de la fecha de nacimiento sin evaluación de riesgo, siempre y cuando la notificación del nacimiento sea recibida durante los noventa (90) días siguientes al parto (solamente en el Plan 1). Para añadir recién nacidos de una maternidad no cubierta, el Asegurado Titular debe presentar un Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico (si corresponde), y dicha adición estará sujeta a evaluación de riesgo. Una vez aprobada, la cobertura será efectiva a partir de la fecha de la adición.</p> <p>(b) Grupos experiencia: El Asegurado Titular y sus dependientes serán incluidos sin evaluación de riesgo (i) a partir de la fecha efectiva de la inscripción inicial, (ii) en la fecha de renovación, o (iii) durante el transcurso de la póliza. Un bebé recién nacido será incluido a partir de la fecha de nacimiento, siempre y cuando la notificación del nacimiento sea recibida durante los noventa (90) días siguientes al parto.</p> <p>El Administrador de Grupo se compromete a inscribir a todos los Asegurados Titulares elegibles a partir de la fecha en que sean elegibles. El no cumplir con este requisito puede ser causa para la terminación del contrato. La Aseguradora puede anular, a su discreción, la cobertura de un Asegurado Titular y sus dependientes si considera o sospecha que el Asegurado Titular o sus dependientes han engañado o tratado de engañar a la Aseguradora. La Aseguradora puede cancelar la cobertura de un asegurado si en cualquier momento se vuelve ilegal proporcionar cobertura a dicho asegurado.</p>
6.4	<p>ELIMINACIÓN DE DEPENDIENTE: Si el Asegurado Titular ha agregado a un dependiente a su póliza, también podrá cancelar esa adición a través del Administrador de Grupo, quien notificará a la Aseguradora. 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 contratante la cantidad completa de la prima adicional que haya pagado.</p>
7.	<p>LIQUIDACIÓN DEL VALOR ASEGURADO POR FALLECIMIENTO</p>
7.1	<p>BENEFICIOS PENDIENTES DE PAGO: En caso de que el Asegurado Titular fallezca, la Aseguradora cancelará la póliza correspondiente y la cobertura terminará para los dependientes del Asegurado Titular que ha fallecido, tal como se indica en el numeral 5.2 iii. La Aseguradora deberá recibir la información médica y no médica requerida para determinar la compensación antes de aprobar un pago directo o reembolsar al beneficiario o heredero del Asegurado Titular.</p>
8.	<p>TERMINACIÓN DEL CONTRATO</p>
8.1	<p>CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN DEL CONTRATO: La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar, modificar o rescindir el contrato si se descubre que las declaraciones en el Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo son falsas, están incompletas o que se ha cometido fraude.</p>
8.2	<p>La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar, no renovar o modificar el contrato en base a la clase, tal como se define en el numeral 4. El contratante se reserva el derecho de cancelar el contrato enviando notificación por escrito con dos (2) meses de anticipación a la fecha de renovación del mismo.</p>
9.	<p>MODIFICACIÓN DEL ESTADO DE RIESGO</p>
9.1	<p>En caso de que la Aseguradora decida renovar las pólizas bajo el contrato, no se agregará ninguna restricción o exclusión personal adicional a las que aparecen en los Certificados de Cobertura, 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 contratante 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 Administrador de Grupo es responsable por el pago a tiempo de la prima correspondiente a la póliza de grupo según el contrato entre la Aseguradora y el contratante. Las primas deben pagarse anualmente, a menos que la Aseguradora autorice otra modalidad de pago.</p>

No.	CLÁUSULA
10.2	<p>FACTURAS: La Aseguradora emitirá facturas por adelantado detallando la cantidad de la prima anual. La Aseguradora también podrá emitir facturas o devolución de prima para reflejar inscripciones, cancelaciones y variaciones en la cobertura que sean solicitados por el Administrador de Grupo. El Administrador de Grupo deberá pagar la prima a la Aseguradora cada año a más tardar en la fecha de vencimiento del pago.</p> <p>Cuando un Asegurado Titular se une al grupo después del inicio del período de cobertura, la Aseguradora calculará la prima a prorrata con respecto a esa persona, y el Administrador de Grupo deberá pagar a la Aseguradora dicha cantidad dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha de vencimiento del pago. Cuando un Asegurado Titular o un dependiente sale del grupo después del inicio del período de cobertura, la Aseguradora calculará la prima a prorrata con respecto a esa persona y devolverá prontamente, cuando corresponda, cualquier cantidad en exceso que ya haya sido pagada a la Aseguradora por el Administrador de Grupo con respecto al Asegurado Titular o dependiente.</p> <p>Para los propósitos del contrato, la prima a prorrata representa todas las cantidades pagadas con respecto al asegurado para el período de cobertura correspondiente, calculadas en proporción al período durante el cual dicho asegurado estuvo inscrito en el grupo.</p>
10.3	<p>PAGO RETRASADO: El Administrador de Grupo es responsable por el pago a tiempo de la prima. El pago de la prima vence en la fecha de renovación del contrato o en cualquier otra fecha autorizada por la Aseguradora. Los avisos de renovación se envían como una cortesía, y la Aseguradora no garantiza el envío de dichos avisos. Si el Administrador de Grupo no ha recibido el aviso de renovación treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento del pago, y no sabe cuál es la cantidad que debe pagarse, el Administrador de Grupo deberá contactar al Agente o a la Aseguradora. El Administrador de Grupo debe cancelar la prima en un solo pago.</p>
10.4	<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>
10.5	<p>DEVOLUCIÓN DE LA PRIMA: Si el contrato o la cobertura de un asegurado es cancelada luego de haber sido emitida, rehabilitada o renovada, la Aseguradora reembolsará la porción no devengada de la prima. La porción no devengada de la prima se basa en el número de días correspondientes a la modalidad de pago menos el número de días que el contrato o la cobertura del asegurado estuvo en vigor.</p>
11.	<p>RENOVACIÓN</p>
11.1	<p>RENOVACIÓN DEL CONTRATO: La renovación de las pólizas depende de que el contratante renueve el contrato con la Aseguradora. La renovación de las pólizas está sujeta a discreción del contratante.</p>
11.2	<p>CAMBIOS DE TARIFA DE PRIMAS: La Aseguradora se reserva el derecho de cambiar las tarifas de prima en la fecha de renovación. La Aseguradora también podrá cambiar los beneficios que están cubiertos y los límites de dichos beneficios, y los términos y condiciones del contrato. Cualquier ajuste será notificado al Administrador de Grupo por lo menos treinta (30) días antes de la fecha efectiva de dicho cambio. El contratante podrá terminar el contrato a partir de la fecha efectiva del cambio propuesto si ambas partes no están de acuerdo con dicho cambio.</p> <p>La Aseguradora enviará al contratante 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 contratante decide no renovar el contrato, deberá contactar a la Aseguradora durante los treinta (30) días siguientes a la fecha de inicio de la renovación del contrato.</p>
11.3	<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 (excepto para Grupos de Experiencia), 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 del pago. 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 contratante con al menos treinta (30) días hábiles de anticipación a la fecha de aniversario de la póliza, los valores de la prima y el deducible correspondiente. En cada fecha de aniversario se aplicará el deducible contratado que corresponda al plan si el 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 Titular cambie de residencia u ocupación, la renovación de la póliza quedará sujeta a la aprobación de la Aseguradora.</p>

No.	CLÁUSULA
11.4	<p>NO RENOVACIÓN DEL CONTRATO: La Aseguradora se reserva el derecho de no renovar el contrato o la cobertura de cualquier Asegurado Titular si se descubre que las declaraciones en el Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico son falsas, incompletas o que se ha cometido fraude.</p> <p>El contratante se reserva el derecho de cancelar el contrato enviando notificación por escrito con dos (2) meses de anticipación a la fecha de renovación del mismo.</p>
11.5	<p>AVISO DE CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN DEL SEGURO DE GRUPO: Las notificaciones por Morosidad y Aviso de Cancelación por incumplimiento por parte del contratante 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 quince (15) días se entenderá que la póliza está cancelada de pleno derecho y la Aseguradora no tendrá obligación alguna con el contratante ni los Asegurados Titulares y sus dependientes a partir de este momento.</p> <p>En caso que la Aseguradora no haga la notificación del aviso de cancelación al contratante de conformidad con la ley vigente, el contrato de seguros subsistirá y se aplicará lo que dispone el Código de Comercio, el Código Orgánico Monetario y Financiero (Libro III: Ley General Seguros), publicado en el registro oficial No. 332, del 12 de septiembre del 2014, y la Codificación de Resoluciones emitido por la Superintendencia de Bancos y Junta Bancaria, o las leyes que los reformen o modifiquen.</p>
11.6	<p>CAMBIO DE OPCIÓN DE COBERTURA O PLAN DE DEDUCIBLE: En la fecha de aniversario del contrato, el contratante puede solicitar un cambio de opción o plan de deducible para el grupo completo. Si el cambio es aprobado, la Aseguradora ajustará la prima a partir de la fecha de vigencia del cambio. Los cambios de opción o plan de deducible para un Asegurado Titular no serán aprobados. Para Grupos Colectivos, durante los sesenta (60) días siguientes a la fecha de vigencia del cambio, los beneficios pagaderos estarán limitados al menor de los beneficios provistos bajo la nueva opción o plan o la opción o plan anterior, mientras que los beneficios por maternidad y para el recién nacido estarán limitados al menor de los beneficios provistos bajo la nueva opción o plan o la opción o plan anterior durante los diez (10) meses siguientes a la fecha de vigencia del cambio. Para Grupos Experiencia, los beneficios bajo la nueva opción o plan entrarán en vigencia a partir de la fecha del cambio.</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 esta póliza podrán duplicarse, acumularse, excederse del máximo estipulado en las Condiciones Particulares de esta póliza. El incumplimiento de esta condición priva al asegurado de todo derecho a indemnización en caso de siniestro. Fuera del país de residencia, la 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.	<p>TERMINACIÓN DE COBERTURA POR PARTE DEL CONTRATANTE</p>
13.1	<p>CANCELACIÓN: El contratante podrá cancelar el contrato si éste es devuelto a la Aseguradora durante los diez (10) días siguientes a su recibo para el reembolso de todas las primas pagadas. De ser devuelto, el contrato será considerado nulo como si nunca hubiese sido emitido.</p> <p>El contratante podrá cancelar una póliza por cualquier razón enviando una notificación a la Aseguradora tal como se indica en el numeral 5.2.</p>
14.	<p>TERMINACIÓN DE COBERTURA POR PARTE DE LA ASEGURADORA</p>
14.1	<p>DECLARACIONES FRAUDULENTAS: La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar o rescindir una póliza si se descubre que las declaraciones en el Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico son falsas, incompletas o que se ha cometido fraude. La Aseguradora se reserva el derecho de dar por terminada una póliza de seguro con base en la omisión de información requerida por parte del Asegurado Titular de conformidad con el Código de Comercio, el Código Orgánico Monetario y Financiero (Libro III: Ley General Seguros), publicado en el registro oficial No. 332, del 12 de septiembre del 2014, y la Codificación de Resoluciones emitido por la Superintendencia de Bancos y Junta Bancaria.</p>
14.2	<p>CANCELACIÓN POR POSIBLE INFRACCIÓN DE LA LEY U ORDEN JUDICIAL: La Aseguradora podrá dar por terminada una 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.</p>
14.3	<p>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 están 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.</p>

No.	CLÁUSULA
15.	RECLAMACIÓN DE SINIESTROS
15.1	REQUISITO DE NOTIFICACIÓN: El asegurado debe notificar a la Aseguradora por lo menos setenta y dos (72) horas antes de recibir cualquier tratamiento médico. El tratamiento de emergencia debe ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento . Si el asegurado no se comunica con la Aseguradora como se indica en este documento, él/ella 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 coaseguro de su plan, si corresponden.
15.2	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.
15.3	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. 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.
15.4	REQUISITO PARA PAGO DE BENEFICIOS DE HIJOS MAYORES DE 19 AÑOS: 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 son estudiantes de tiempo completo, así como también una declaración por escrito firmada por el Asegurado Titular confirmando que dichos hijos dependientes son solteros.
15.5	DEBIDA COLABORACIÓN: El asegurado debe proporcionar a la Aseguradora todos los expedientes y reportes médicos y, cuando así lo solicite la Aseguradora , y firmará todos los formularios de autorización necesarios para que la Aseguradora obtenga tales expedientes y reportes médicos. El no cooperar con la Aseguradora , o el no autorizar el acceso de la Aseguradora a los expedientes y reportes médicos, puede ser motivo para que una reclamación sea denegada. El asegurado deberá proporcionar a la Aseguradora cualquier ayuda necesaria para que la Aseguradora pueda gestionar la reclamación; por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> ○ proporcionar documentos o declaraciones de testigos; ○ firmar documentos legales que sean necesarios, y ○ someterse a una evaluación médica.
15.6	EXÁMENES FÍSICOS: La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar exámenes físicos de cualquier asegurado cuya lesión, enfermedad o dolencia sea la base de la reclamación, cuando y con la frecuencia que lo considere necesario, corriendo los gastos a cargo de la Aseguradora antes de llegar a una conclusión sobre la reclamación.
15.7	SOLICITUD DE UNA SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA: Si un cirujano ha recomendado que el asegurado sea sometido a un procedimiento quirúrgico que no sea de emergencia , el asegurado debe notificar a la Aseguradora por lo menos setenta y dos (72) horas antes del procedimiento programado. Si la Aseguradora considera que es necesaria una segunda opinión quirúrgica , ésta debe ser realizada por un médico seleccionado y coordinado por la Aseguradora . Solamente estarán cubiertas las segundas opiniones quirúrgicas requeridas y coordinadas por la Aseguradora . En caso de que la segunda opinión quirúrgica contradiga o no confirme la necesidad de cirugía, la Aseguradora también cubrirá el costo de una tercera opinión quirúrgica de un médico seleccionado entre el asegurado y la Aseguradora . Si la segunda o tercera opinión quirúrgica confirma la necesidad de cirugía, los beneficios por dicha cirugía serán pagados de acuerdo a lo establecido en la póliza . Si el asegurado no obtiene la segunda opinión quirúrgica requerida, él/ella será responsable por el treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos de médicos y hospitales relacionados con la reclamación, además del deducible y coaseguro , si corresponden.
16.	PÉRDIDA DEL DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN
16.1	PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUD DE REEMBOLSO: La Aseguradora no está obligada a pagar por ningún beneficio cubierto si el formulario de solicitud de reembolso es recibido por la Aseguradora después de ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del tratamiento o servicio, a menos de que la solicitud de reembolso no haya podido ser presentada en este plazo por causa de fuerza mayor o caso fortuito, tal como se establece en la legislación ecuatoriana.
16.2	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 están 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 .

No.	CLÁUSULA
16.3	INDEMNIZACIÓN EN CASO DE TERMINACIÓN DE COBERTURA: En caso de terminación de cobertura por cualquier razón, la cobertura finaliza en la fecha cuando se hace efectiva la terminación, y la Aseguradora solamente será responsable por el tratamiento cubierto bajo los términos del contrato que se haya llevado a cabo antes de la fecha de terminación. No se proporcionará cobertura para ningún tratamiento que se lleve a cabo después de la fecha efectiva de la terminación, independientemente de cuándo se manifestó la condición por primera vez o cuánto tratamiento adicional sea necesario.
17.	PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN
17.1	PAGO DIRECTO AL PROVEEDOR: El objetivo de la Aseguradora es pagarle directamente al proveedor por cualquier beneficio cubierto bajo esta póliza cuando sea posible. De lo contrario, el asegurado deberá pagar al proveedor directamente y posteriormente presentar la reclamación a la 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. La Aseguradora no está en posibilidad de regresar documentación original al asegurado ; sin embargo, la Aseguradora podrá enviarle copia de los mismos.
17.2	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 . 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.
17.3	MONEDA DE PAGO Y TIPO DE CAMBIO: La tasa de cambio utilizada para procesar pagos de facturas emitidas en otras monedas que no sean dólares americanos, será determinada según la fecha de prestación del servicio, a discreción de la Aseguradora . Adicionalmente, la Aseguradora se reserva el derecho de efectuar el pago o reembolso en la moneda en que se facturó el servicio o tratamiento .
17.4	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 el total de la suma 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.	REDUCCIÓN Y RESTABLECIMIENTO DE SUMA ASEGURADA
18.1	SUMA ASEGURADA: La suma asegurada establecida en la Tabla de Beneficios para todos los gastos médicos y hospitalarios cubiertos durante la vigencia de la póliza aplica por asegurado , por año póliza .
18.2	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 la Tabla de Beneficios , 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 .
19.	CESIÓN DE LA PÓLIZA
19.1	PROHIBICIÓN DE LA PÓLIZA: Esta póliza no podrá ser cedida o traspasada sin previo consentimiento de la Aseguradora .
20.	CONTRATO
20.1	PARTES DEL CONTRATO: El contrato de seguro entre el contratante y la Aseguradora tiene validez de un (1) año. El contrato puede ser devuelto a la Aseguradora durante los diez (10) días siguientes a su recibo para el reembolso de todas las primas pagadas. De ser devuelto, el contrato será considerado nulo como si nunca hubiese sido emitido.

No.	CLÁUSULA
20.2	<p>DOCUMENTOS QUE INTEGRAN EL CONTRATO: Este contrato de seguro se compone de, y constituye el contrato completo entre la Aseguradora y el contratante:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ las Condiciones Generales de la póliza, ○ las Condiciones Especiales, las cuales tienen prelación sobre las Condiciones Generales de la póliza, ○ las Condiciones Particulares ○ la Solicitud de Seguro de Salud de Grupo, ○ el Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico de todos los asegurados ○ los Certificados de Cobertura que la Aseguradora extiende los Asegurados Titulares, y ○ cualquier anexo, endoso o enmienda. <p>El contrato está basado en la Solicitud de Seguro de Salud de Grupo, el Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico de todos los asegurados cuando corresponda, y el pago de la prima. Si alguna información en cualquiera de los documentos mencionados anteriormente está incorrecta o incompleta, o si se ha omitido alguna información, el Administrador de Grupo y/o el Asegurado Titular deberán proporcionar a la Aseguradora una notificación por escrito con la información correcta. El no cumplir con este requisito podrá resultar en que el contrato o la póliza sean rescindidos o cancelados, o que la cobertura sea modificada a la sola discreción de la Aseguradora.</p> <p>Ningún reglamento interno del contratante o acuerdo oral tiene validez sobre el contrato, a menos de que hayan sido incluidos como parte del mismo antes de que fuera sido firmado. Una vez que el contrato ha sido firmado, los únicos cambios que pueden hacerse al mismo son los anexos de cobertura adicional, endosos o enmiendas que hayan sido acordados por ambas partes. La Aseguradora puede cancelar, modificar o anular el contrato si el contratante o el Administrador de Grupo han engañado o ha tratado de engañar a la Aseguradora de cualquier forma, ya sea intencionalmente o por descuido.</p>
20.3	<p>ENTREGA DE DOCUMENTOS: Las Condiciones Generales de la póliza, las Condiciones Particulares y Condiciones Especiales, el Certificado de Cobertura y la tarjeta de identificación ofrecen información sobre la cobertura, la cual está sujeta a cualquier cambio en los términos y condiciones acordados entre la Aseguradora y el contratante. El Administrador de Grupo es responsable de informar a los Asegurados Titulares sobre cualquier cambio a los términos y condiciones que afecte la póliza. Las Condiciones Particulares contienen información sobre las condiciones y tratamientos con restricción o exclusión de cobertura—si existe—que correspondan a cualquiera de los asegurados en base a su historial médico.</p>
20.4	<p>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.</p>
20.5	<p>INSOLVENCIA: La insolvencia, bancarrota, dificultad financiera, plan voluntario de pago a acreedores, o disolución del negocio del contratante no impondrá ninguna responsabilidad sobre la Aseguradora que no haya sido específicamente determinada en el contrato.</p>
20.6	<p>CANCELACIÓN O NO RENOVACIÓN DEL CONTRATO: La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar o rescindir el contrato si se descubre que las declaraciones en la Solicitud de Seguro de Salud de Grupo son falsas, incompletas o que se ha cometido fraude, como se define en el numeral 8.1. La Aseguradora se reserva el derecho de cancelar, no renovar o modificar el contrato en base a clase, tal como se define en el numeral 8.2. El contratante se reserva el derecho de cancelar el contrato enviando notificación por escrito con dos (2) meses de anticipación a la fecha de renovación del mismo.</p>
21.	<p>SUBROGACIÓN E INDEMNIZACIÓN</p>
21.1	<p>SUBROGACIÓN EN DERECHO DE ACCIÓN: Si el tratamiento necesario es resultado de la culpabilidad de un tercero, por ejemplo, una lesión sufrida durante un accidente en el cual el asegurado es la víctima, el asegurado debe notificar a la Aseguradora por escrito lo antes posible o completar la sección correspondiente en el formulario de solicitud de reembolso. Si ese es el caso, la Aseguradora solicita que el asegurado tome las acciones necesarias para:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Recuperar de la parte culpable (a través de su compañía de seguro) el costo del tratamiento pagado por la Aseguradora, y (b) Reclamar cualquier interés, si corresponde. <p>Si el asegurado logra recuperar el costo de cualquier tratamiento por el cual la Aseguradora haya pagado, el asegurado debe reembolsar esa cantidad (y el interés correspondiente) a la Aseguradora. La Aseguradora se reserva el derecho de subrogación o reembolso de y en nombre del asegurado a quien ha pagado cualquier reclamación, si dicho asegurado ha recuperado todo o parte de dichos pagos de la parte responsable. Además, la Aseguradora se reserva el derecho de proceder en nombre del asegurado, asumiendo los gastos, contra terceras personas que puedan ser responsables de causar una reclamación bajo esta póliza, o que puedan ser responsables de proporcionar indemnización de beneficios por cualquier reclamación bajo esta póliza.</p>

No.	CLÁUSULA
22.	CAMBIOS A LA PÓLIZA
22.1	<p>MODIFICACIONES: Los términos y condiciones de la póliza pueden modificarse en ciertas ocasiones a través del contrato entre el contratante y la Aseguradora. Únicamente la Aseguradora y el contratante podrán modificar el contrato y la cobertura de la 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 y del contratante.</p> <p>Ningún corredor de seguros tiene facultad para hacer modificaciones o concesiones al contrato o a la póliza. Después de que la póliza ha sido emitida, ningún cambio será considerado válido a menos que sea acordado expresamente entre el contratante y la Aseguradora y sea hecho constar por un endoso o enmienda a la póliza, firmado por ambas partes.</p>
22.2	<p>PERÍODO PARA REALIZAR MODIFICACIONES: La Aseguradora podrá hacer modificaciones al contrato o a la póliza durante el año póliza solamente cuando se traten de cambios legales o regulatorios, y dichos cambios apliquen a todos los asegurados para mejorar la cobertura que reciben de la Aseguradora. Cuando este sea el caso, la Aseguradora notificará al contratante por escrito sobre los cambios con la debida anticipación, siempre que esto sea posible.</p>
23.	AVISO DE PRIVACIDAD
23.1	<p>CONFIDENCIALIDAD: La Aseguradora toma la confidencialidad de la información personal de sus asegurados seriamente. La confidencialidad de la información de pacientes y asegurados es una prioridad de la Aseguradora y sus compañías afiliadas. Con este fin, la Aseguradora cumple con las leyes correspondientes de protección de la información y con los reglamentos de confidencialidad médica.</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>
23.2	<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>
23.3	<p>POLÍTICAS DE PRIVACIDAD: Tanto el Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y/o Suplemento Médico 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.bupalud.com.</p>
24.	SOLUCIÓN DE CONFLICTOS
24.1	<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>
24.2	<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>
24.3	<p>JURISDICCIÓN: Cualquier litigio que se suscitare entre las partes con motivo del presente contrato, quedan sometidos a la jurisdicción ecuatoriana. Las acciones contra la Compañía deberán ser deducidas en el domicilio de ésta; las acciones contra el asegurado o el beneficiario, en el domicilio del demandado.</p>
24.4	<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>
24.5	<p>VACÍOS CONTRACTUALES: En lo no previsto en las presentes Condiciones Generales y/o en las Condiciones Particulares, esta póliza y el contrato entre la Aseguradora y el contratante se regirán por las disposiciones legales que rigen la materia.</p>

No.	CLÁUSULA
25.	NOTIFICACIONES
25.1	<p>CAMBIO DE DOMICILIO O DATOS DE CONTACTO: El Administrador de Grupo deberá notificar a la Aseguradora cualquier cambio de dirección del Asegurado Titular y/o contratante; de lo contrario se tendrá por válido el último que conste en el expediente de la Aseguradora.</p> <p>El Administrador de Grupo deberá informar a la Aseguradora dentro de los treinta (30) días siguientes al cambio si algún Asegurado Titular se muda a otro país o si cambia su país de residencia. Un cambio del país de residencia podrá resultar en la terminación de la cobertura 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>La Aseguradora enviará un nuevo Certificado de Cobertura al Asegurado Titular si:</p> <p>(a) Se añade a la póliza otro dependiente, como un hijo recién nacido o un cónyuge, con la aprobación del Administrador de Grupo.</p> <p>(b) La Aseguradora necesita hacer constar cualquier otro cambio solicitado por el Administrador de Grupo o cualquier cambio que la Aseguradora tenga el derecho de hacer.</p> <p>El nuevo Certificado de Cobertura reemplazará cualquier versión anterior que posea el Asegurado Titular a partir de la fecha de efectividad que aparece en el nuevo Certificado de Cobertura.</p>
26.	PRESCRIPCIÓN
	<p>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 de Comercio, el Código Orgánico Monetario y Financiero (Libro III: Ley General Seguros), publicado en el registro oficial No. 332, del 12 de septiembre del 2014, y la Codificación de Resoluciones emitido por la Superintendencia de Bancos y Junta Bancaria.</p>
27.	VERIFICACIÓN DE TEXTO
27.1	<p>El Asegurado Titular y/o contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.</p>

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a las presentes Condiciones Generales el número 44395, con fecha 1 de febrero de 2017.

