Seguro de Asistencia Médica

MiBupa Plan Individual

Condiciones Generales de la Póliza

miBupa
miSeguro a miMedida

40 AÑOS DE PRESENCIA EN LATINOAMÉRICA

Seguro de Asistencia Médica

MiBupa Plan Individual

Condiciones Generales de la Póliza

1. ANTECEDENTES

Esta póliza es un contrato de seguro entre el Asegurado Titular y la Compañía, la misma tendrá validez de un (1) año, salvo que termine anticipadamente por parte del Asegurado Titular o por la Compañía, en este último caso, únicamente cuando se demuestre que ha existido mala fe por parte del Asegurado y luego del trámite correspondiente, ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

Este contrato de seguro se compone de lo siguiente:

- Condiciones Generales de la Póliza
- Tabla de Coberturas
- Condiciones Particulares
- Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual Local
- Endosos y Anexos adheridos a la póliza

En este documento, el término "Compañía" se refiere a Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros, y el término "Asegurado Titular" se refiere al Asegurado Principal nombrado en la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual Local. La Compañía se compromete a cubrir al asegurado las coberturas y/o beneficios estipulados en esta póliza y sujeto a los términos y condiciones de la misma.

La Compañía no podrá negarse a celebrar un contrato o renovarlo por razón de enfermedades preexistentes, condición o estado actual de salud, sexo, identidad de género o edad. Tampoco podrá modificar las condiciones del contrato para disminuir, restringir o eliminar la cobertura contratada, por el hecho de que el Asegurado cumpla o tenga determinada edad, siempre que dichos contratos posean una continuidad mínima previa de cinco (5) años.

Las opciones de planes disponibles bajo el producto MiBupa son las que se indican:

- MiBupa Primer@
- MiBupa Optima@
- MiBupa Suprem@

2. AMPARO BÁSICO

La Compañía, siempre que el Asegurado Titular haya pagado la prima correspondiente y se encuentre al día en la misma, se obliga a brindar cobertura por las prestaciones sanitarias y/o beneficios aquí señalados, por los gastos médicos elegibles incurridos por el Asegurado, sea titular o miembro de su grupo asegurado elegible, a causa de enfermedad o Lesiones corporales ocurridas por accidente.

La Compañía cubrirá los gastos relacionados con las coberturas y beneficios cubiertos, en todos los casos, de conformidad con lo establecido en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, o de las mejoras que hayan sido contratadas por el Asegurado Titular, cuando ello suceda, conforme lo descrito en el numeral 6.1. "Mejora de Tarifario en Coberturas Ambulatorias y Hospitalarias".

2.1. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES

Se otorga cobertura bajo tarifa cero dentro del territorio ecuatoriano, como se especifica en el Anexo Tabla de Prestaciones de Prevención Primaria incluidas en Tarifa Cero y en la red ambulatoria definida por Bupa Ecuador y de acuerdo con los costos establecidos en el tarifario de prestaciones para el sistema nacional de salud. Las coberturas de tarifa cero, se brindarán únicamente cuando existan atenciones que reciba el paciente y según el ciclo de vida, de conformidad a lo dispuesto en la normativa que la Autoridad Sanitaria Nacional, dicte para el efecto.

2.2. COBERTURAS POR TRATAMIENTO AMBULATORIO

2.2.1. SERVICIOS AMBULATORIOS: Los servicios ambulatorios incluyen todos los tratamientos o servicios médicos proporcionados u ordenados por un médico que no requieren de hospitalización. Estos pueden incluir servicios prestados en un hospital o sala de emergencia cuando estos servicios tengan una duración de menos de veinticuatro (24) horas. Solamente se proporciona cobertura cuando el servicio es Médicamente Necesario y haya sido ordenado por un médico u otro profesional de salud, que se encuentre habilitado, para ejercer su profesión en el país. Los servicios que se brinden

en la red de prestadores de Bupa no requerirán pre-autorizaciones, en los casos en los que se brinden en red abierta, los mismos se cubrirán mediante el correspondiente reembolso.

2.2.2. CONSULTA DE MÉDICOS GENERALES O ESPECIALISTAS: La cobertura incluirá el costo de honorarios del médico general o especialista, tratante por cada una de las atenciones realizadas al Asegurado Titular o el miembro de su grupo asegurado elegible, en su consultorio privado o en establecimientos de salud, pero que se realicen de manera ambulatoria.

2.2.3. CIRUGÍA AMBULATORIA: Se cubrirán procedimientos quirúrgicos electivos, en los que la admisión, la cirugía y el alta del paciente ocurren el mismo día, y no requiera internación hospitalaria, dentro de esta cobertura se incluirán todas las atenciones de hospital del día. Esta cobertura deberá ser pre-aprobada por parte de la Compañía, conforme lo descrito en el numeral 25. "Documentos necesarios para la reclamación de un siniestro".

2.2.4. MEDICAMENTOS: La cobertura incluirá los medicamentos genéricos o de marca, que hayan sido recetados por el médico u otro profesional, legalmente habilitado para prescribir medicamentos, siempre que los mismos cuenten con registro sanitario obtenido en Ecuador, ante la autoridad competente. Los medicamentos podrán ser adquiridos en farmacias, que se encuentren legalmente habilitadas y conforme a la Tabla de Coberturas del plan que haya contratado el Asegurado Titular, también se cubrirán suplementos vitamínicos, siempre y cuando sean Medicamente Necesarios y debidamente recomendados por el profesional de salud competente, hasta el límite máximo indicado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

2.2.5. CONSULTAS DE MEDICINA ANCESTRAL Y ALTERNATIVA: La cobertura incluirá consultas de medicina alternativa en red abierta, brindadas por profesionales de la salud debidamente calificados y que cuenten con títulos de especialista debidamente registrados en naturopatía, homeopatía y medicina china, en este caso se cubrirán medicamentos genéricos o de marca, que hayan sido recetados y que cuenten con registro sanitario en el Ecuador.

2.2.6. FISIOTERAPIA: La cobertura incluirá sesiones de terapia física, cardiaca y respiratoria, siempre que hayan sido recomendadas por el médico tratante.

2.2.7. TERAPIA DE LENGUAJE: Esta cobertura se brindará, únicamente en red abierta e incluirá sesiones de terapia de lenguaje, siempre que hayan sido recomendadas por el médico o profesional de la salud tratante.

2.2.8. SERVICIOS DE DIAGNÓSTICO DENTRO DEL PROTOCOLO: La cobertura incluirá laboratorio clínico y estudios anatomopatológicos, realización de exámenes para diagnóstico o confirmación de enfermedad, siempre que sean solicitados por el médico tratante y correspondan al protocolo de atención de la enfermedad.

2.2.9. DIÁLISIS O HEMODIÁLISIS: Incluye todo tipo de gastos médicos necesarios para la ejecución de tratamientos de diálisis y hemodiálisis, siempre que se realicen en establecimientos de salud autorizados para brindar este tipo de servicios. La cobertura no incluirá la compra del equipo de riñón artificial personal o para uso domiciliario.

2.2.10. MÉDICO A DOMICILIO: Se brindará atención médica a domicilio y atenciones por medio de telemedicina, en los prestadores de la Red Preferida Bupa, disponible en la página web de la Compañía, por lo que esta cobertura será únicamente en red cerrada.

2.3. ATENCIÓN PRE -HOSPITALARIA

2.3.1. AMBULANCIA POR EMERGENCIA: Se brindará transporte de emergencia por ambulancia terrestre o aérea, siempre que las mismas cuenten con las habilitaciones legales necesarias para brindar ese servicio. Esta cobertura se brindará, únicamente en red cerrada y cuando exista riesgo vital del paciente, y la atención no pueda ser brindada localmente, o no exista capacidad de respuesta en el establecimiento de salud donde se encuentre siendo atendido.

El vehículo o aeronave utilizada deberá contar con personal con entrenamiento médico y estar equipado para atender emergencias médicas, . Para el transporte por ambulancia aérea, se considerará también lo siguiente:

(a) Todo transporte por ambulancia aérea deberá realizarse desde el hospital donde el Asegurado Titular o el miembro de su grupo asegurado elegible está ingresado, hasta el hospital más cercano donde se le puede proporcionar el tratamiento adecuado.

(b) Todo transporte por ambulancia aérea debe ser pre-aprobado por la Compañía y coordinado entre la Compañía, el Asegurado Titular y/o Proveedor Médico.

(c) La cantidad máxima pagadera por este beneficio es la especificada en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, por año póliza.

2.4. ATENCIÓN HOSPITALARIA

2.4.1. SERVICIOS Y ATENCIONES HOSPITALARIAS: Atenciones en sala de quirófano, sala de recuperación, uso de equipos quirúrgicos, servicios de atención indirecta por personal de salud y otros auxiliares de servicios, necesarios para la recuperación de la salud del Asegurado Titular o del miembro del grupo asegurado elegible.

La cobertura incluye la visita que realiza el médico tratante durante la hospitalización y las interconsultas médicas, revisión, consulta, diagnóstico y tratamiento de otros especialistas a solicitud del médico tratante.

La cobertura incluirá la atención de 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 Titular o miembro de su grupo asegurado elegible que ha sido hospitalizado. No se incluirá, en la cobertura enfermero privado, ni sustituciones de habitaciones estándar por suites.

La atención hospitalaria debe ser pre-aprobada, para lo cual el Asegurado Titular o el miembro de su grupo asegurado elegible, deberá enviar con setenta y dos (72) horas de anticipación, los documentos que sean aplicables conforme a lo establecido en el numeral 25. “Documentos necesarios para la reclamación de un siniestro”, con excepción de las emergencias médicas, y están sujetos al coaseguro y deducible correspondiente, conforme se detalla en la Tabla de Coberturas. Esta misma condición se aplicará para las atenciones de hospital del día, y aquellas que involucren sedación o en las que se especifique que requieren de pre-autorización.

2.4.2. HABITACIÓN Y ALIMENTACIÓN: Incluye el uso, servicio de la habitación en hospitalización, así como la dieta prescrita por el médico de acuerdo con la patología, esta cobertura se proporcionará, solamente, cuando la hospitalización sea médicamente necesaria. Este servicio se brindará como beneficio adicional, sin aumento en la prima, para el acompañante en casos de menores de dieciocho (18) años y personas mayores de setenta y cinco (75) años, hasta el monto descrito en la Tabla de Coberturas.

2.4.3. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: Se brindará cobertura para diagnóstico, tratamiento y manejo de problemas médicos que necesitan cuidados intensivos, únicamente, cuando el estado de salud del paciente lo requiera y haya sido recomendado por el médico tratante.

2.4.4. HONORARIOS MÉDICOS: Los honorarios del cirujano principal, cirujano asistente y anestesista deben ser pre-aprobados por la Compañía, se cubrirán los honorarios usuales acostumbrados y razonables para el procedimiento realizado o según la tarifa aprobada por la Compañía, dependiendo del profesional, establecimiento donde se realice la atención y de acuerdo a lo especificado en la Tabla de Coberturas. Los honorarios profesionales se cubrirán de la siguiente manera:

(a) Honorarios de cirujano:

En caso de que se requiera un segundo cirujano, y su intervención se justifique medicamente, se cubrirá hasta el cincuenta por ciento (50%) de los honorarios del

cirujano principal. En caso de que se requiera un segundo procedimiento en la misma intervención quirúrgica, se cubrirá, hasta el cincuenta por ciento (50%) del honorario del primer procedimiento.

(b) Honorario de anestesista:

Se cubrirá hasta el treinta y cinco por ciento (35%) de los honorarios aprobados para el Cirujano Principal.

(c) Honorarios de médico cirujano asistente:

Se cubrirá hasta el treinta por ciento (30%) del honorario aprobado para el Cirujano Principal, y únicamente cuando su intervención sea medicamente necesaria.

2.4.5. LABORATORIO CLÍNICO, IMAGEN Y ESTUDIOS ANATOMOPATOLÓGICOS: Incluye realización de exámenes para diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la evolución del cuadro clínico de ingreso y la condición de egreso, exámenes de imagen para diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la evolución del cuadro clínico de ingreso y la condición de egreso.

2.4.6. MEDICAMENTOS INTRAHOSPITALARIOS: Incluye la aplicación de medicamentos que requieren de infraestructura y/o supervisión continua dentro de un hospital.

2.4.7. INSUMO Y DISPOSITIVOS MÉDICOS: Elementos usados durante una cirugía, en curaciones, procedimientos menores o en procedimientos realizados en una hospitalización. Se cubrirán siempre que cuenten con Registro Sanitario, otorgado en el Ecuador.

2.4.8. REHABILITACIÓN INTRAHOSPITALARIA: Cobertura para la atención de rehabilitación intrahospitalaria necesarias para la recuperación previa al alta.

2.4.9. APOYO PSICOLÓGICO DURANTE LA ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA: Consulta psicológica como parte del tratamiento durante la hospitalización y de acuerdo con el diagnóstico de ingreso, siempre que sea solicitada por el médico tratante.

2.4.10. PRÓTESIS E IMPLANTES NO DENTALES: Estos elementos artificiales de uso quirúrgico serán cubiertos siempre que su uso sea plenamente justificado por una necesidad médica para que el Asegurado Titular o miembro de su grupo asegurado elegible restablezca su condición de salud, sea funcional y cuenten con registro sanitario otorgado en el país. Incluye la cobertura de Stents, prótesis endovasculares, prótesis biológicas o mecánicas y material de osteosíntesis. No incluye prótesis de titanio ni aparatos ortopédicos.

2.5. ATENCIÓN DE EMERGENCIA

Se cubrirá financiamiento para la atención de toda emergencia médica, hasta el monto de la cobertura contratada, al momento del requerimiento del prestador. En este caso la atención deberá prestarse obligatoriamente en cualquier establecimiento de salud.

Si el usuario no está en condiciones de ser trasladado a un establecimiento de salud, podrá solicitar en el lugar donde se encuentre, la presencia de un servicio de atención de emergencias médicas ambulatorias.

La cobertura para atenciones de Emergencias Médicas incluye las Prestaciones Sanitarias hasta el momento de la estabilización del paciente, la realización de procedimientos clínicos o quirúrgicos, la instauración terapéutica y la admisión a la unidad de cuidados intensivos hasta la superación del evento emergente, incluye el tratamiento de emergencias por accidente hasta los montos y sub-límites contratados, de acuerdo a la Tabla de Coberturas, a esta cobertura se aplicarán las siguientes condiciones:

(a) Se brindará el tope de la cobertura en red cerrada para el evento emergente, siempre que el evento no derive de actividades excluidas o de condiciones preexistentes, en este último caso la cobertura que aplicará será la destinada a ese tipo de condiciones.

(b) En el caso de prestaciones para atenciones de emergencia que deban atenderse en establecimientos que no formen parte de la red de prestadores de Bupa, se habilitará el

porcentaje de cobertura que consta en la Tabla de Coberturas, al momento de solicitud del prestador, luego de la correspondiente auditoría médica y de facturación; y, si en efecto se justifica para superar el evento emergente, se habilitará el monto restante de la cobertura.

(c) En caso de que el asegurado se encuentre en mora en sus obligaciones de pago de la prima correspondiente, se brindará cobertura hasta el monto descrito en la Tabla de Coberturas. En caso de que el asegurado pague todas sus obligaciones, al momento de solicitud de la cobertura se habilitará hasta el monto total del plan contratado.

(d) En caso de accidentes de emergencias derivadas de accidentes de tránsito se aplicará la prelación de pagos, de tal manera que, la cobertura de Bupa se brindará una vez que se termine la cobertura del Sistema Público para el Pago de Accidentes de Tránsito.

2.5.1. ATENCIÓN DE URGENCIA: Se cubrirá el financiamiento para la atención de toda urgencia médica, hasta el monto de la cobertura contratada, la atención de urgencia tanto por accidente como por enfermedad.

2.6. COBERTURA DE MATERNIDAD

Se brindará cobertura de maternidad al Asegurado Titular o a su Cónyuge, o Conviviente Legal, que forme parte del grupo asegurado elegible, hasta el monto descrito en la Tabla de Coberturas, sin deducible, ni coaseguro.

La cobertura incluirá atención prenatal, natal y post natal, consultas de control, durante el embarazo y post parto realizado por médico general o especialista, evaluación del estado nutricional, vitaminas y vacunas para la madre, servicios de atención ambulatoria y hospitalaria, atención hospitalaria de servicios de neonatología, incluye atenciones para el neonato en el servicio de hospitalización, laboratorio, imagen, cuidados de enfermería, insumos, medicamentos, honorarios médicos, termo cuna en servicio de neonatología, honorarios médicos por recepción y cuidados del recién nacido. La cobertura incluirá consultas odontológicas para detección y prevención de problemas bucales.

Se brindará atención para parto, cesárea, y embarazo ectópico, con atención de un cirujano ginecólogo, un ayudante quirúrgico, un pediatra y un anestesiólogo en el caso de cesárea o un especialista ginecólogo y pediatra para la atención del parto normal y atención para emergencias obstétricas.

La cobertura de maternidad se brindará de acuerdo con las siguientes condiciones:

(a) El embarazo deberá notificarse a la Compañía, hasta la semana treinta y dos (32), caso contrario no tendrá cobertura.

(b) Se cubrirán embarazos, luego del período de carencia de sesenta (60) días, contados desde fecha efectiva de cobertura para la respectiva asegurada.

(c) Si el embarazo se produjere dentro del período de carencia, se otorgará la cobertura especificada bajo tarifa cero y de acuerdo con los términos y condiciones definidas en el Anexo de Tarifa Cero.

2.6.1. COMPLICACIONES DE MATERNIDAD, PARTO Y RECIÉN NACIDO: Se brindará cobertura para las complicaciones del embarazo, la maternidad y/o del recién nacido durante el parto, tales como prematuridad, bajo peso al nacer, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoglucemia, déficit respiratorio, y traumatismo durante el parto, sin deducible, ni coaseguro, para lo cual se aplicará las siguientes condiciones:

(a) Esta cobertura, solamente aplicará si se cumplen todas las estipulaciones bajo las previsiones de “Cobertura de Maternidad” y “Condiciones de Inclusión para recién nacido” de esta póliza.

(b) Esta cobertura no aplica para complicaciones relacionadas a cualquier condición excluida o no cubierta bajo esta Póliza, 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.

(c) Las complicaciones causadas por una condición cubierta que ha sido diagnosticada antes del embarazo, y/o cualquiera de sus consecuencias, serán cubiertas de acuerdo con los límites de esta Póliza.

(d) Las condiciones relacionadas a condiciones congénitas y/o hereditarias serán cubiertas bajo la cobertura de condiciones congénitas y/o hereditarias de esta póliza.

(e) Para propósitos de esta cobertura, los partos por cesárea no son considerados una complicación del embarazo, la maternidad y/o el parto.

2.6.2. CONDICIONES DE INCLUSIÓN PARA RECIÉN NACIDO: Según el plan contratado, contará con esta cobertura cuando se especifique en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente:

Si nace de un embarazo cubierto:

(a) Cobertura provisional: El recién nacido tendrá cobertura automática por cualquier lesión o enfermedad durante los primeros noventa (90) días de vida después del parto, hasta el máximo establecido en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, sin deducible.

(b) Cobertura permanente: Para que un hijo nacido de un embarazo cubierto goce de cobertura permanente bajo esta póliza, deberá presentarse a la Compañía, dentro de los noventa (90) días después del parto, una notificación de nacimiento que contenga el nombre completo del recién nacido, su sexo, y la fecha de nacimiento. La cobertura con el deducible correspondiente será entonces efectiva a partir de la fecha de nacimiento hasta el límite máximo de esta Póliza. El pago de la prima por la adición del recién nacido deberá efectuarse al momento de la notificación del nacimiento. Si la notificación no es recibida durante los noventa (90) días después del parto, se requerirá una Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual Local para incluir al recién nacido, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo por la Compañía; realizada la evaluación de riesgo, de ser el caso, las Condiciones Preexistentes declaradas en la Solicitud de Seguro serán cubiertas bajo la suma asegurada de Condiciones Preexistentes y de acuerdo con lo indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza. La cobertura del recién nacido por complicaciones del nacimiento está limitada a la cobertura máxima descrita en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente. El realizar una evaluación de riesgo no significa que se va a negar la cobertura.

Si nace de un embarazo no cubierto, no gozará de la cobertura provisional. Para agregar al recién nacido a esta Póliza, deberá presentarse una Solicitud de Seguro, la cual estará sujeta a evaluación de riesgo por parte de la Compañía, y al pago de la prima correspondiente; realizada la evaluación de riesgo, de ser el caso, las Condiciones Preexistentes declaradas en la Solicitud de Seguro serán cubiertas bajo la suma asegurada de Condiciones Preexistentes y de acuerdo con lo indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza. El realizar una evaluación de riesgo no significa que se va a negar la cobertura.

2.7. CONDICIONES CONGÉNITAS Y/O HEREDITARIAS

Se entiende por condiciones o enfermedades congénitas y hereditarias, cualquier condición o enfermedad existente antes del nacimiento, independientemente de la causa, y de si se manifestó o fue diagnosticada al momento del nacimiento, después del nacimiento o años después. La cobertura para condiciones congénitas y/o hereditarias, se realizará de la siguiente manera:

(a) Las condiciones congénitas y/o hereditarias consideradas enfermedades crónicas, catastróficas, degenerativas y raras tendrán cobertura bajo el beneficio de enfermedades crónicas, catastróficas, degenerativas y raras.

(b) En caso de tratarse de una condición preexistente declarada, la condición congénita o hereditaria estará cubierta bajo la suma asegurada para Condiciones

2.8. CONDICIONES PREEXISTENTES

Se considerará preexistente cualquier enfermedad, patología o condición de salud que haya sido conocida por el Asegurado Titular o el miembro de su grupo asegurado elegible, incorporado a la póliza y diagnosticada médicamente con anterioridad a la suscripción del contrato o a la incorporación de la o el beneficiario.

Se proporcionará cobertura, de acuerdo con lo ordenado por la Ley y de acuerdo con las mejoras establecidas en la Tabla de Coberturas, para todas las condiciones preexistentes que el asegurado haya declarado en su Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual Local, por cada miembro de grupo asegurado elegible.

La Compañía negará la cobertura en casos de preexistencias no declaradas al tiempo de la contratación, cuando considerare que el Asegurado Titular o el miembro de su grupo asegurado elegible, conocía la existencia de su enfermedad, patología o condición de salud, por presentar manifestaciones clínicas y alteraciones físicas que, por sus signos y síntomas característicos y evidentes, no pudieron pasar desapercibidos y por contar con un diagnóstico médico, para lo cual presentará el correspondiente reclamo administrativo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros.

2.9. ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CATASTRÓFICAS SOBREVINIENTES A LA CONTRATACIÓN

Están prohibidos los incrementos adicionales a la prima, ante el aparecimiento posterior de este tipo de enfermedades, tampoco se negará la renovación de esta póliza, por dichas causas.

Se brindará cobertura de acuerdo a lo especificado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, en caso de que estas enfermedades hayan aparecido antes de la contratación de la póliza se considerarán enfermedades preexistentes y se sujetarán a los períodos de carencia y a los montos máximos establecidos para ese tipo de enfermedades.

2.10. TRATAMIENTO INTEGRAL DEL CÁNCER

Incluye tratamiento médico para tratar esta condición, sea éste hospitalario o ambulatorio, incluyendo cirugía reconstructiva y rehabilitación, en el caso de detección de esta patología, durante la vigencia de la póliza la misma recibirá, siempre y cuando exista diagnóstico confirmatorio por el médico especialista tratante.

2.11. TRASPLANTE

Se brindará cobertura para trasplante, previa pre-aprobación de la Compañía, para lo cual el asegurado deberá enviar con setenta y dos (72) horas de anticipación los documentos que sean aplicables conforme a lo establecido en el numeral 25. “Documentos necesarios para la reclamación de un siniestro”. En caso de no haberse pre-aprobado, será facultativo de la Compañía brindar o no la cobertura.

En estos procedimientos se cubrirán los gastos que correspondan a los procesos de pre-trasplante, trasplante y post trasplante, las complicaciones médicas que se derivaren de dichos procesos, necesarios para atender al donante y al receptor.

2.12. COBERTURA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Las coberturas para personas con discapacidad estarán disponibles siempre que el Asegurado Titular o el miembro de su grupo asegurado elegible tenga calificación de discapacidad otorgada por el Ministerio de Salud Pública, en el porcentaje que determine el Reglamento a la Ley Orgánica de Discapacidades, para lo cual, se aplicarán las siguientes condiciones:

(a) Las condiciones preexistentes, incluyendo las enfermedades crónicas, catastróficas, degenerativas y raras 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 carencia 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.

(b) 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.

(c) 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 Titular Asegurado, el asegurado o el miembro de su grupo asegurado elegible, perderá el derecho a la continuidad de cobertura prevista en la Ley Orgánica de Discapacidades.

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

2.13. CONSULTAS DE SALUD MENTAL

La cobertura incluirá consultas de psiquiatra para enfermedades mentales de base orgánica incluidas en la clasificación mundial de este tipo de enfermedades de acuerdo con el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM. También se brindará cobertura para consultas en psicología clínica y psicoterapeuta.

3. OTRAS COBERTURAS

La cobertura incluirá los siguientes beneficios adicionales, sin costo adicional a la prima del contrato, y se brindarán conforme la frecuencia y límites que constan en la Tabla de Coberturas.

3.1. PRÓTESIS, APARATOS ORTOPÉDICOS, MEDIAS ELÁSTICAS, PLANTILLAS, ZAPATOS ORTOPÉDICOS Y AJUSTE DE ZAPATO NORMAL: Siempre y cuando sean parte del tratamiento de una enfermedad diagnosticada y exista recomendación y orden médica de su uso

3.2. DEFORMIDAD DE NARIZ Y TABIQUE NASAL EN CASO DE ACCIDENTE: Intervenciones ambulatorias, de hospital del día u hospitalarias, siempre que haya orden médica y se presenten los resultados de los exámenes de diagnóstico que lo justifiquen.

3.3. TARIFA CERO: Los asegurados, recibirán obligatoriamente, con cargo a la tarifa contratada, prestaciones de prevención primaria determinadas y reguladas por la Autoridad Sanitaria Nacional.

3.4. OTRAS QUE DETERMINE LA AUTORIDAD SANITARIA NACIONAL: En los casos que la Autoridad Nacional competente lo disponga se otorgará cobertura conforme sea ordenado en un cuerpo legal de aplicación obligatoria, en la medida en que no sea incompatible con las condiciones pactadas en el presente contrato y hasta los montos establecidos en la tabla de beneficios.

4. BENEFICIOS ADICIONALES SIN AUMENTO EN LA PRIMA DEL CONTRATO

Las coberturas descritas en esta cláusula se cubrirán hasta el monto especificado en la Tabla de Coberturas.

4.1. CONTROL NIÑO SANO ADICIONAL A LAS PRESTACIONES DE PREVENCIÓN PRIMARIA: Cobertura para atención de niño sano que incluirá, consultas pediátricas, evaluación clínica de desarrollo, y aplicación de vacunas, conforme el esquema nacional de vacunación ordenado por el Ministerio de Salud Pública, de acuerdo con lo establecido en la Tabla de Coberturas.

4.2. COBERTURA PARA OPERACIÓN DE EXÍMER LASER: Incluyendo los procedimientos necesarios para el diagnóstico y tratamiento, atención hospitalaria y complicaciones que se deriven de la intervención.

4.3. COBERTURA PARA VIH Y SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA: Sea en atenciones extrahospitalarias, ambulatorias u hospitalarias, y todos los tratamientos necesarios para diagnóstico y atención, incluirá medicamentos que cuenten con registro sanitario en el país, no brindará cobertura para tratamientos experimentales, que no hayan sido aprobados por la Autoridad Sanitaria Nacional.

4.4. EXAMEN DE PAPANICOLAOU, MAMOGRAFÍA, Y EXÁMENES DE ANTÍGENO PROSTÁTICO: Siempre y cuando sean parte de un tratamiento de diagnóstico o atención clínica y exista orden médica.

4.5. COBERTURAS EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO TITULAR: En cumplimiento de lo dispuesto en la ley, en caso de muerte del Asegurado Titular, la Compañía otorgará a los miembros del grupo asegurado elegible cobertura de seguro de asistencia médica, sin costo, por un (1) año desde la muerte del señalado titular, con las mismas condiciones de esta póliza y plan contratado, adicionalmente, en caso de que aplique y así lo determine la Compañía se devolverá la prima no devengada.

4.6. **COBERTURA DE SERVICIOS EXEQUIALES:** En los prestadores de la Red Preferida Bupa, disponible en la página web de la Compañía.

5. OTRAS COBERTURAS CON EXTRA-PRIMA

La Compañía brindará coberturas adicionales, con un cargo extra en la prima, en caso de que el Asegurado lo solicite, las mismas se contratarán con la suscripción del correspondiente anexo. El Asegurado Titular podrá contratar las siguientes coberturas adicionales.

5.1. **MEJORA DE TARIFARIO EN COBERTURAS AMBULATORIAS Y HOSPITALARIAS:** El Asegurado, al momento de la contratación del plan, podrá elegir mejorar el tarifario aplicable para coberturas ambulatorias u hospitalarias del plan que haya contratado, seleccionando la cobertura de otro de los planes superiores que ofrezca Bupa, de tal manera, que reciba prestaciones mayores o más amplias a las que recibiría en el plan originalmente contratado. Esta contratación involucrará un aumento en la prima del plan contratado.

5.2. **OTRAS COBERTURAS QUE PODRÁN SER CONTRATADAS CON COSTO ADICIONAL:** El Asegurado Titular, podrá elegir otras prestaciones de asistencias médicas como la asistencia dental y otras no médicas tales como: asistencias en viajes, precios preferenciales, coordinación de servicios, entre otras; de manera adicional al plan que haya contratado, pagando el costo extra en la prima correspondiente. Dichas asistencias serán brindadas por los proveedores con los que Bupa tiene convenio.

6. EXCLUSIONES Y LIMITACIONES

Esta Póliza no proporciona cobertura o beneficios en ninguno de los siguientes casos:

6.1. El tratamiento de cualquier enfermedad o lesión, o cualquier gasto que resulte del tratamiento, servicio o suministro:

(a) Que no sea médicamente necesario; o

(b) Para un Asegurado Titular o el miembro de su grupo asegurado elegible que no se encuentre bajo los cuidados de un médico o profesional calificado ante la autoridad nacional competente, o ante la autoridad competente donde se reciba el tratamiento o servicio; o

(c) Que no sea autorizado o recetado por un médico; o

(d) Que esté relacionado con el cuidado asistencial; o

(e) Que se lleva a cabo en un hospital, pero para el cual no es necesario el uso de instalaciones hospitalarias.

6.2. Exámenes de rutina de ojos y oídos, dispositivos para la audición, anteojos, lentes de contacto, queratotomía radial.

6.3. Cualquier examen médico o estudio de diagnóstico que forme parte de un examen físico con el propósito de demostrar la capacidad del Asegurado Titular o los miembros de su grupo asegurado elegible para trabajar o viajar y la emisión de certificados médicos.

6.4. Cualquier atención por enfermedad o lesión dentro de los primeros treinta (30) días para cobertura ambulatoria y noventa (90) días para cobertura hospitalaria contados desde la fecha efectiva de esta póliza, con excepción de aquellas que representen una emergencia y/o urgencia médica, en cuyo caso se cubrirá únicamente el tratamiento médico que reciba el Asegurado Titular o el miembro de su grupo asegurado elegible en la sala de emergencia para su estabilización inicial.

6.5. Cirugía electiva o cosmética, o tratamiento médico cuyo propósito principal es el embellecimiento, a menos que sea necesario debido a una lesión, deformidad, o enfermedad ocurrida por primera vez estando el Asegurado Titular o el miembro de su grupo asegurado elegible cubierto bajo esta Póliza, o sea una condición preexistente declarada, las cuales tendrán cobertura bajo el beneficio de condiciones preexistentes de acuerdo con la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

6.6. Cualquier gasto relacionado con condiciones preexistentes no declaradas, y como se estipula en la cobertura denominada "Condiciones Preexistentes".

6.7. **Cualquier tratamiento, servicio o suministro que no esté científica o médicamente econocido para el tratamiento indicado, o que sea considerado experimental y/o no aprobado para uso general por la autoridad competente donde se reciba el tratamiento o servicio.**

6.8. **Procedimientos de diagnóstico o tratamiento psiquiátrico, a menos que sean resultado e una condición cubierta. También se excluyen las enfermedades mentales y/o los desórdenes de la conducta o del desarrollo y el síndrome de fatiga crónica.**

6.9. **Cualquier porción de un gasto que exceda lo Usual, Acostumbrado y Razonable por el servicio o suministro para el área geográfica en particular o el nivel apropiado del tratamiento que se ha recibido.**

6.10. **Cualquier tipo de tratamiento o procedimiento de fertilidad e infertilidad, así como la reversión de esterilización voluntaria, la inseminación artificial, y la maternidad subrogada.**

6.11. **El tratamiento o servicio por cualquier condición médica mental o dental relacionada con, o que resulte como complicación de aquellos servicios médicos mentales o dentales, u otras condiciones específicamente excluidas por una enmienda o anexo de esta Póliza, o no cubiertas bajo esta Póliza.**

9.12. **Cuidado podológico o podiátrico que sea cosmético o que no sea médicamente necesario, 6sí como pedicura, zapatos especiales y soportes de cualquier tipo o forma.**

6.13. **Todo tratamiento a una madre o un recién nacido relacionado con la maternidad durante el período de carencia de sesenta (60) días para la cobertura del cuidado del embarazo y la maternidad, excepto como se indica en las Tablas de Condiciones Especiales del plan correspondiente.**

6.14. **La terminación voluntaria del embarazo, a menos que la vida de la madre se encuentre en peligro inminente y sea indicado como procedimiento terapéutico por parte del médico tratante.**

6.15. **Complicaciones de la maternidad como resultado de cualquier tipo de tratamiento de fertilidad o procedimiento de fertilidad asistida.**

6.16. **Cualquier tratamiento o servicio dental relacionado con un accidente cubierto, después de noventa (90) días de la fecha de dicho accidente.**

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

6.18. **Tratamientos del maxilar superior, de la mandíbula, o desórdenes de la articulación de la mandíbula, anomalías de la mandíbula, malformaciones, síndrome de la articulación temporo-mandibular, desórdenes cráneo-mandibulares y otras condiciones de la mandíbula o de la articulación de la mandíbula que conecta el hueso de la mandíbula y el cráneo con el complejo de músculos, nervios y otros tejidos relacionados con esta articulación.**

6.19. **Tratamientos que hayan sido realizados por el Asegurado Titular o por los miembros de su grupo asegurado elegible, así como también por sus cónyuge, padres, hermanos o hijos.**

6.20. **Los medicamentos sin receta médica, que no cuenten con registro sanitario otorgado en el país, o que no estén relacionados con un padecimiento o accidente cubierto por esta Póliza, así como tampoco lo siguiente:**

(a) **Los medicamentos que no sean médicamente necesarios, incluyendo cualquier medicamento administrado en conexión con un servicio o suministro que no sea médicamente necesario.**

(b) **Los medicamentos para tratar la dependencia al tabaco.**

(c) **Los medicamentos cosméticos, aunque sean recetados para propósitos no-cosméticos.**

(d) **Los cargos por suministrar, administrar o inyectar medicamentos, cuando estos no sean efectuados por un médico o un enfermero y que no sea parte del tratamiento indicado por el médico tratante.**

(e) El resurtimiento de una receta médica que sobrepase el número de resurtimientos prescritos por el médico, o que se haga más de un (1) año después de cuando se prescribió la última receta. Entiéndase por resurtimiento cuando la receta ha sido prescrita por el médico para rellenarse en más de una ocasión para la misma dolencia.

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

6.22. Almacenamiento de médula ósea, células madre, excepto sangre del cordón umbilical cuando así esté indicado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente, 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 criopreservación por más de veinticuatro (24) horas de duración.

6.23. Lesiones o enfermedades causadas por, o relacionadas con, radiación ionizada, polución o contaminación, radioactividad proveniente de cualquier material nuclear, desecho nuclear, o la quema de combustible nuclear o artefactos nucleares.

6.24. Tratamiento de cualquier lesión que resulte de participar en cualquier deporte o actividad peligrosa, siempre y cuando no sea la profesión y fuente principal de ingresos del Asegurado Titular. Estas actividades peligrosas incluyen, mas no se limitan a deportes de aviación, descenso de ríos (rafting) o canotaje en rápidos en exceso de grado 5, pruebas de velocidad, buceo a profundidades de más de treinta (30) metros, puentismo (bungee jumping), la participación en cualquier deporte extremo, o la participación en cualquier deporte por compensación o como profesional.

6.25. Cualquier gasto por reasignación de sexo, disfunción sexual, impotencia e inadecuaciones sexuales.

6.26. Se encuentra excluido todo gasto relacionado con la hormona del crecimiento para el tratamiento de talla corta constitucional, excepto cuando la talla corta constitucional sea consecuencia de enfermedades consideradas catastróficas o enfermedades raras y huérfanas, tal como se definen en la cláusula 11. "Definiciones" de estas Condiciones Generales, y siempre que dichos tratamientos sean médicamente necesarios y pre-aprobados por la Compañía.

6.27. Lesiones o incapacidades que provengan de la participación directa en actos calificados como faltas a la ley, y en actos calificados como infracciones, contravenciones y/o delitos.

6.28. Lesiones, incapacidades o tratamientos derivados de enfermedades declaradas como epidemia o pandemia por el Ministerio de Salud Pública o por la Organización Panamericana de la Salud, o que provenga de desastres naturales, guerra, conmoción civil, revolución, asonada, y participación activa en huelgas y motines, excepto en los casos que la autoridad nacional competente así lo disponga.

7. PROHIBICIONES A LAS EXCLUSIONES

Las siguientes condiciones recibirán la cobertura que se detalla en la Tabla de Coberturas y se sujetarán a las siguientes condiciones generales:

7.1. Tratamiento dental de emergencia, necesario para restaurar o reemplazar los dientes naturales que han sido dañados o perdidos en un accidente cubierto. Solamente tendrá cobertura bajo esta Póliza el tratamiento dental de emergencia que resulte de un accidente cubierto y que se lleve a cabo dentro de los noventa (90) días siguientes a dicho accidente.

7.2. Tratamiento para cuidados paliativos, siempre que exista orden médica y autorización del paciente o sus familiares. Se brindarán cuidados paliativos, entendidos como los cuidados activos brindados por un equipo especializado, a personas que presentan una enfermedad crónica, avanzada, incurable, en la etapa final de la vida. La cobertura incluirá las atenciones brindadas por profesionales y no profesionales entrenados en este tipo de tratamiento, según las necesidades del paciente y la familia.

7.3. Enfermedades de transmisión sexual, siempre que no sean preexistentes.

7.4. Se cubre cualquier método anticonceptivo temporal y permanente hasta el límite indicado en la Tabla de Coberturas del plan correspondiente.

7.5. Atención integral a personas con problemas de malnutrición, incluye asesoría nutricional, medicamentos y suplementos alimenticios siempre y cuando haya diagnóstico médico definitivo y elección de tratamiento de acuerdo con los protocolos nacionales, o a falta de ellos, a la buena práctica de la medicina basada en evidencia o a los protocolos internacionales.

7.6. Sucedáneos de leche materna para fines médicos (leches medicadas), que cuenten con registro sanitario en el país, para tratamientos especiales, siempre y cuando hayan sido recomendados por el médico y haya orden de uso, como tratamiento a una patología específica.

7.7. Cirugía reconstructiva o correctiva, siempre que sean parte del tratamiento ordenado por el médico tratante, esta cobertura requerirá pre-autorización por parte de la Compañía.

7.8. Incapacidades provenientes del uso del alcohol, drogas o estupefacientes.

7.9. Medicamentos suplementarios y vitaminas, siempre y cuando sea parte del tratamiento de una incapacidad.

7.10. En el caso de que la profesión del Asegurado Titular se considere de alto riesgo, deberá declararse en la Solicitud de Seguro. La contratación del seguro estará sujeta a evaluación de riesgo y ajuste de prima y solo podrá contratarse en calidad de Asegurado Titular.

8. DEFINICIONES

8.1. **ACCIDENTE:** Evento desafortunado que ocurre de forma imprevista y súbita, provocado por una causa externa, siempre sin la intención de causarlo por parte del Asegurado Titular o el miembro de su grupo asegurado elegible, el cual provoca Lesiones o trauma y requiere atención médica ambulatoria u hospitalización del paciente. La información médica relacionada con el accidente será evaluada por la Compañía, y la compensación será determinada de acuerdo con los términos y condiciones de la Póliza.

8.2. **ACTIVIDADES PELIGROSAS:** Cualquier actividad que expone al participante a cualquier daño o peligro previsible.

8.3. **AÑO CALENDARIO:** Del 1° de enero al 31 de diciembre del mismo año.

8.4. **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.

8.5. **ASEGURADO:** La persona para quien se ha completado una Solicitud de Seguro de Salud, pagado la prima, y para quien la cobertura ha sido aprobada y ha comenzado por parte de la Compañía. El término “Asegurado” incluye al Asegurado Titular y a todos los dependientes cubiertos bajo esta Póliza.

8.6. **ASEGURADO TITULAR O PRINCIPAL:** El Solicitante o contratante nombrado en la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual Local. Esta persona está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.

8.7. **CERTIFICADO DE COBERTURA:** Documento de esta Póliza que especifica el comienzo, las condiciones, la extensión, y cualquier limitación de la cobertura, y que enumera a todas las personas cubiertas bajo la misma.

8.8. **COASEGURO:** Es el porcentaje que debe asumir el Asegurado en el pago de los gastos cubiertos de ciertas coberturas y/o beneficios.

8.9. **COPAGO O FEE ADMINISTRATIVO:** Es el valor que paga el Asegurado para obtener la atención requerida en los prestadores de la Red Preferida Bupa, disponible en la página web de la Compañía, de acuerdo con lo indicado en la Tabla de Coberturas.

8.10. **COMPLICACIONES DEL RECIÉN NACIDO:** Cualquier desorden del recién nacido relacionado con el parto, pero no causado por factores genéticos o hereditarios, que se manifieste durante los primeros treinta y un (31) días de vida, hiperbilirrubinemia (ictericia), hipoxia cerebral, hipoglucemia, prematuridad, déficit respiratorio, o traumatismos durante el parto.

8.11. **CONDICIÓN CONGÉNITA Y/O HEREDITARIA:** Cualquier enfermedad 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.

8.12. CONDICIÓN PREEXISTENTE: Es aquella condición:

(a) Que ha sido diagnosticada por un médico antes de la fecha efectiva de la Póliza o de su rehabilitación, o

(b) Para la cual se ha recomendado o recibido tratamiento médico antes de la fecha efectiva de la Póliza o su rehabilitación, o

(c) Que habría resultado en el diagnóstico médico de una enfermedad o condición tras el análisis de los síntomas o signos si se hubiesen presentado a un médico antes de la fecha efectiva de la Póliza.

8.13. CONTINUIDAD DE COBERTURA (NO PÉRDIDA-NO GANANCIA): La continuidad de cobertura asegura que no haya ningún lapso en cobertura al cambiar de un producto o plan a otro dentro de la misma Compañía o para transferencias entre compañías del grupo Bupa.

Sin embargo, los cambios y transferencias están sujetos a una provisión de no pérdida-no ganancia, mediante la cual se aplica el menor de los beneficios pagaderos entre los productos o planes involucrados en el cambio o transferencia durante un período determinado con anterioridad.

Los beneficios ganados por antigüedad del asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto o plan los contemple. Si el producto o plan anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto o plan, se debe cumplir el período de espera específico de dicho beneficio establecido en la Tabla de Coberturas.

El otorgar continuidad de cobertura no significa que no apliquen los procedimientos de evaluación de riesgo correspondientes.

8.14. CUIDADO ASISTENCIAL: Ayuda con las actividades de la vida diaria que puede ser proporcionada por personal sin entrenamiento médico o de enfermería.

8.15. DEDUCIBLE: El deducible individual es la cantidad anual de los gastos cubiertos que debe ser pagada por cada asegurado por cada año póliza, y que debe ser cubierta antes de que las coberturas y/o beneficios de la póliza sean pagaderos, salvo que expresamente se indique lo contrario. El deducible familiar es la cantidad máxima por póliza por concepto de pago de deducible equivalente a la suma de dos deducibles individuales por año póliza.

8.16. DEPENDIENTE: Los dependientes elegibles bajo esta póliza son los miembros del grupo asegurado elegible, que han sido identificados en la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual Local y para quienes se proporciona cobertura bajo la póliza. Los dependientes elegibles incluyen:

(a) El o la cónyuge o conviviente del Asegurado Titular,

(b) Hijos biológicos,

(c) Hijos adoptados legalmente,

(d) Hijastros,

(e) Menores de edad para quienes el Asegurado Titular ha sido designado representante legal por una corte de jurisdicción competente, y

(f) Nietos nacidos bajo la cobertura de la póliza que sean hijos de dependientes menores de dieciocho (18) años.

8.17. DIAGNÓSTICO: Procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, síndrome, o cualquier condición médica mediante la observación de sus signos y síntomas característicos.

8.18. 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).

8.19. EMBARAZO CUBIERTO: Los embarazos cubiertos son aquéllos para los que la fecha de inicio del embarazo es por lo menos sesenta (60) días después de la fecha efectiva de cobertura para la respectiva Asegurada.

8.20. EMERGENCIA: Condición médica que se manifiesta por signos o síntomas agudos y que lleva implícito una alta probabilidad de riesgo de pérdida de vida o la integridad física del Asegurado Titular o el miembro del grupo asegurado elegible si no se proporciona atención médica inmediata, usualmente en menos de veinticuatro (24) horas.

8.21. ENFERMEDAD: Condición anormal del cuerpo humano, manifestada por signos, síntomas y/o hallazgos anormales en los exámenes médicos, que hacen esta condición diferente del estado normal del organismo.

8.22. ENFERMEDAD CATASTRÓFICA: Es aquélla que cumple con las siguientes características:

(a) Que implique un alto riesgo para la vida de la persona;

(b) Que sea una enfermedad crónica y por lo tanto que su atención no sea emergente, y

(c) Que su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio de su tratamiento mensual sea mayor al determinado en el Acuerdo Ministerial de la Autoridad Sanitaria.

8.23. 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.

8.24. ENFERMEDADES RARAS Y HUÉRFANAS: Las enfermedades raras o huérfanas, incluidas las de origen genético, son aquellas enfermedades potencialmente mortales, o debilitantes a largo plazo, de baja prevalencia y de alta complejidad.

8.25. ENMIENDA: Documento que la Compañía agrega a la póliza para aclarar, explicar o modificar la póliza.

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

8.27. EXPERIMENTAL: Todo servicio, procedimiento, dispositivo médico, medicamento o tratamiento que no se adhiere a las pautas de práctica estándar aceptadas por la autoridad nacional competente, o por la autoridad competente donde se reciba el tratamiento o servicio. Los medicamentos deberán contar con la aprobación de la autoridad nacional competente, o de la autoridad competente donde se reciba el tratamiento o servicio, a fin de poder ser usados para la enfermedad diagnosticada, o bien con la aprobación de la autoridad competente donde se lleve a cabo el tratamiento médico o se emitan las facturas.

8.28. INCAPACIDAD: Cualquier patología, y/o condición médica de una persona, que se derive de una misma causa y/o esté relacionada a un mismo sistema o aparato, así como sus consecuencias y complicaciones; y, que a su vez tenga un diagnóstico definitivo confirmado por un profesional de la salud autorizado.

8.29. FECHA DE ANIVERSARIO: Ocurrencia anual de la fecha de efectividad de esta Póliza.

8.30. FECHA DE RENOVACIÓN: El primer día del siguiente año póliza. La renovación ocurre solamente en la fecha de aniversario de la Póliza.

8.31. FECHA DE VENCIMIENTO: La fecha en que la prima vence y debe pagarse.

8.32. FECHA EFECTIVA: Fecha en que comienza la cobertura bajo esta póliza, tal como aparece en el certificado de cobertura.

8.33. GASTOS ELEGIBLES: Se refiere a aquellos gastos incurridos por el Asegurado o el miembro del grupo asegurado elegible y que serían cubiertos por la póliza siempre que así lo indique la Tabla de Coberturas, aun cuando dichos gastos sean aplicados al deducible.

8.34. HOSPITAL: Cualquier institución autorizada por la Autoridad Sanitaria Nacional o por la autoridad del país donde se proporciona el servicio como centro médico o quirúrgico, y que: (a) está primordialmente dedicada a proporcionar instalaciones para diagnósticos clínicos y quirúrgicos, y el tratamiento y cuidado de personas lesionadas o enfermas por o bajo la supervisión de un equipo de médicos, 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.

8.35. HOSPITAL DEL DÍA: Atenciones a pacientes en un establecimiento de salud, que brinde el servicio de hospitalización, a fin de que reciba atención y asistencia por parte de profesionales médicos, de enfermería, personal auxiliar, servicios auxiliares de diagnóstico, pero que no superen las veinticuatro (24) horas de internación y el alta se dé dentro de ese período de tiempo.

8.36. HOSPITALIZACIÓN: Ingreso del asegurado o el miembro de su grupo asegurado elegible, a una instalación hospitalaria por más de veintitrés (23) horas para recibir atención médica o quirúrgica. La severidad de la enfermedad o condición también debe justificar la necesidad médica para la hospitalización. El tratamiento que se limita a la sala de emergencias no se considera una hospitalización.

8.37. LESIÓN: Daño causado al organismo por una causa externa.

8.38. MÉDICAMENTE NECESARIO: El tratamiento, servicio o suministro médico que es determinado por la Compañía como necesario y apropiado para el diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o dolencia o lesión y que esté de acuerdo con protocolos nacionales e internacionales establecidos por los organismos competentes. El tratamiento, servicio o suministro médico no será considerado médicamente necesario si:

(a) Es proporcionado solamente como una conveniencia para el Asegurado, la familia del Asegurado o el proveedor del servicio (por ejemplo, un enfermero(a) privado(a), la sustitución de una habitación estándar por una suite o júnior suite

(b) No es apropiado para el diagnóstico o tratamiento del asegurado o el miembro del grupo asegurado elegible;

(c) Excede el nivel de cuidados necesarios para proporcionar un diagnóstico o tratamiento adecuado;

(d) Cae fuera del alcance de la práctica estándar establecida por las instituciones profesionales correspondientes (organismo regulador competente).

8.39. PANDEMIA: Una epidemia que ocurre en un área extendida (múltiples países o continentes) y que generalmente afecta a una porción significativa de la población.

8.40. PERÍODO DE GRACIA: Es el período de treinta (30) días contados desde la fecha en que debió realizar el último pago de la póliza, durante el cual la Compañía no suspenderá la cobertura, de acuerdo con lo indicado en el Código de Comercio.

8.41. TRASPLANTE: Procedimiento durante el cual un órgano, célula o tejido es implantado de una persona a otra, o cuando un órgano, célula o tejido se remueve y luego se implanta de nuevo en la misma persona.

8.42. PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO: Procedimientos y pruebas de laboratorio médicamente necesarios usados para diagnosticar o tratar condiciones médicas.

8.43. RECEPTOR: La persona que ha recibido, o está en proceso de recibir, el trasplante de un órgano, célula o tejido.

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

8.45. 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 que ha sido diagnosticada con anterioridad.

8.46. SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA: La opinión de un médico distinto del médico tratante.

8.47. 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.

8.48. SERVICIOS DE REHABILITACIÓN: Tratamiento proporcionado por un profesional de la salud autorizados por la Autoridad Sanitaria Nacional o por la autoridad competente del país donde se proporcione el servicio o tratamiento, con la intención de habilitar a personas que han perdido la capacidad de funcionar normalmente debido a una lesión, enfermedad o cirugía, o para el tratamiento del dolor, que les permita alcanzar y mantener su función física, sensorial, e intelectual normal.

8.49. SERVICIOS HOSPITALARIOS E INTERCONSULTAS: 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 Titular o el miembro de su grupo asegurado elegible que ha sido hospitalizado. Estos servicios también incluyen llamadas telefónicas locales, televisión y periódicos. El (la) enfermero(a) privado(a) y la sustitución de una habitación privada estándar por una suite o júnior suite no se consideran servicios hospitalarios.

8.50. SOLICITANTE: La persona que firma la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual Local para obtener cobertura.

8.51. SOLICITUD: Declaración por escrito en un formulario por el solicitante con información sobre sí mismo y sus dependientes, usada por la Compañía para determinar la aceptación o aprobación bajo las coberturas estipuladas bajo la ley vigente. La Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual Local incluye cualquier historial médico, cuestionarios, exámenes médicos y certificados médicos que pudiesen ser solicitados por la Compañía, antes de la emisión de esta Póliza, para evaluar una(s) mejora(s) en sublímites y tiempos de carencia en su cobertura de enfermedades preexistentes.

8.52. URGENCIA: Condición médica que se manifiesta por signos o síntomas sin riesgo de vida y que ameritan una evaluación, estabilización o tratamiento médico en una institución de salud dentro de un periodo de tiempo razonable.

8.53. USUAL, ACOSTUMBRADO Y RAZONABLE (UCR): Es la cantidad máxima que la Compañía considerará elegible para pago bajo el plan de seguro de salud. Esta cantidad es determinada en base a una revisión periódica de los cargos prevalecientes para un servicio en particular ajustado según la región o área geográfica específica.

9. VIGENCIA

La entrada en vigor de esta póliza iniciará a las 00:00 del día que se indique en las Condiciones Particulares, y terminará a las 00:00, del día en el que se haya determinado en el mismo documento; o, quince (15) días después, de la fecha en la que el Asegurado Titular haya presentado su solicitud de terminar anticipadamente la póliza. En todos los casos el Asegurado Titular deberá estar al día en el pago de la prima correspondiente, para que sus coberturas estén vigentes.

10. ELEGIBILIDAD Y DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Esta póliza solo podrá ser contratada por residentes del territorio de la República del Ecuador, mayores de dieciocho años y legalmente capaces para contratar, para la renovación de la misma, no habrá límite de edad, sin perjuicio de los ajustes en la prima que deba hacerse, por el aumento de edad de los beneficiarios de la póliza.

Dentro de la póliza podrán incluirse, únicamente, las personas que tengan relación de cónyuge o conviviente legal del Asegurado Titular, hijos, hijastros; y menores de edad para quienes el Asegurado Titular ha sido legalmente designado como tutor legal, para lo cual, deberá solicitarse su inclusión, en la solicitud de contratación correspondiente. Estas personas serán el grupo asegurado elegible del Asegurado Titular.

La cobertura está disponible para los hijos dependientes del Asegurado Titular hasta los veinticuatro (24) años, si son solteros y dependan económicamente del Asegurado Titular. Si un hijo Dependiente contrae matrimonio, luego de los dieciocho (18) años, no podrá continuar dentro de la cobertura de la Póliza del Asegurado Titular, pero podrá contratarla independientemente, en estos casos, serán aprobados sin necesidad de una evaluación de riesgo para una póliza con las mismas condiciones y restricciones existentes en esta.

11. LÍMITE MÁXIMO ANUAL

El monto del límite máximo anual, se establecerá en dólares de los Estados Unidos de América, y se asignará al asegurado, por año y por póliza, el mismo estará sujeto a los límites de cobertura que se estipulan en la Tabla de Coberturas. El señalado monto se utilizará 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, en el territorio de Ecuador por accidentes, enfermedades o dolencias cubiertos bajo la póliza

El límite máximo anual para la reclamación en curso será el total por año póliza, reducido por los pagos que se hubiesen efectuado por los diferentes accidentes, enfermedades o dolencias cubiertas, ocurridos durante el mismo año póliza. Al concretarse la renovación de la póliza, se restablecerá los límites máximos anuales por asegurado.

12. LÍMITE MÁXIMO POR INCAPACIDAD

Es el monto máximo de cobertura, que recibirá el Asegurado, según el plan escogido y aplicará para cada una de las incapacidades, conforme consta en la Tabla de Coberturas correspondiente.

13. PERÍODO DE INCAPACIDAD

El período de Incapacidad, entendido como el lapso de tiempo en el que la Compañía brindará las coberturas descritas en esta póliza al Asegurado Titular o a los miembros de su grupo elegible, será de trescientos sesenta y cinco (365) días, desde la fecha de entrada en vigor de la mismas, los montos de cobertura descritos en la Tabla de Coberturas se reestablecerán, en cada renovación.

14. DEDUCIBLE, COASEGURO Y COPAGO

Todos los gastos incurridos están sujetos a la aplicación de deducible y coaseguro, de acuerdo a lo descrito en la Tabla de Coberturas y de acuerdo a las definiciones que constan en este contrato, a menos que en la prestación se indique textualmente que no aplica.

Existen ciertos beneficios en los que únicamente se aplica un Fee Administrativo o Copago, y que están detallados en la Tabla de Coberturas.

15. DECLARACIÓN FALSA, RETICENCIA, FRAUDE Y ACTUACIONES DE MALA FE.

El Asegurado Titular y los miembros de su grupo asegurado elegible, tienen la obligación de declarar objetivamente la información requerida por la Aseguradora en su cuestionario. Toda declaración falsa, inexacta u omisión de información con reticencia requerida por la Aseguradora, y que hubieren podido influenciar en el consentimiento de esta última en suscribir el Contrato de Seguros, o que habiéndose conocido por parte de la Aseguradora hubiera suscrito dicho contrato, pero con estipulaciones más gravosas, dará derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato mediante reclamo administrativo.

Esto aplicará cuando la falsedad, inexactitudes o circunstancias no señaladas, pueda influenciar la decisión de la Compañía al decidir:

(a) Si un asegurado puede agregarse a la póliza como dependiente.

(b) La cantidad de la prima que el Asegurado Titular debe pagar.

(c) Si la Compañía debe pagar cualquier reclamación.

En estos casos la compañía considerará que existe actuación de mala fe, por parte del Asegurado Titular, suspenderá las coberturas e iniciará el correspondiente reclamo administrativo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros y cualquier otra acción legal que considere pertinente. Adicionalmente, podrá solicitar ante el mismo órgano la terminación unilateral del contrato.

16. PERÍODO DE CARENCIA

Los períodos de carencia se contarán desde la fecha de entrada en vigor de la póliza, o desde la fecha de inclusión de los miembros del grupo asegurado elegible en la misma.

A continuación, se resumen los Períodos de Carencia aplicables, los mismos que están sujetos a lo determinado en estas Condiciones Generales y en la Tabla de Coberturas para cada uno de los beneficios:

COBERTURA	PERÍODO DE CARENCIA
Atenciones Ambulatorias	30 días
Atenciones Hospitalarias	90 días
emergencias y Urgencias.	24 horas
Embarazo	60 días
Discapacidades	3 meses
Condiciones Preexistentes.	24 meses

16.1. EXONERACIÓN DEL PERÍODO DE CARENCIA: La Compañía exonerará el período de carencia para coberturas ambulatorias y hospitalarias en los siguientes casos:

(a) El Asegurado tuvo cobertura continua bajo un seguro de gastos médicos de otra Compañía durante por lo menos un (1) año,

(b) La fecha efectiva de esta Póliza se encuentra dentro de los sesenta (60) días después de que ha expirado la cobertura anterior, y

(c) El Asegurado ha informado sobre la cobertura anterior en la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual Local, y

(d) La Compañía recibe la póliza anterior y copia del recibo de pago de la prima del último año de cobertura, junto con la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual Local.

Si se exonera el período de carencia, los montos pagaderos por cualquier condición que se manifieste durante los primeros treinta (30) días para tratamientos ambulatorios o noventa (90) días para Hospitalizaciones están limitados a la menor cobertura provista bajo esta Póliza o la póliza anterior, mientras esta Póliza esté en vigencia.

La exoneración de carencias deberá constar expresamente determinado en las Condiciones Particulares de la póliza, de lo contrario, se entiende que se aplican las carencias contenidas en las Condiciones Generales.

17. MODALIDAD DEL PLAN

La Compañía opera a través de la modalidad mixta, por lo tanto, el Titular Asegurado o el miembro del grupo asegurado elegible podrá elegir al proveedor de los servicios médicos cubiertos, o recibir las atenciones de salud que requiera en los prestadores de la Red Preferida Bupa, disponible en la página web de la Compañía, la modalidad en que se presta cada cobertura se determina en la Tabla de Coberturas, según el plan contratado.

En los casos en los que el Asegurado Titular o el miembro de su grupo asegurado elegible utilice la modalidad abierta, el Asegurado se compromete a mantener a la Compañía o a cualquier otra Compañía afiliada o vinculada con la misma, libre de toda responsabilidad por cualquier negligencia que resulte de tales servicios de transporte, incluidos reclamos por demoras o restricciones en los vuelos causadas por el piloto o por problemas mecánicos, restricciones gubernamentales, o debido a condiciones operacionales.

En el caso de que el Asegurado Titular o el miembro de su grupo asegurado elegible haya recibido atenciones en prestadores de servicios de salud que no cuenten con la habilitación legal para brindar el servicio, la Compañía podrá o no pagar la cobertura, advirtiendo al asegurado que dicho prestador no cuenta con las habilitaciones necesarias, y denunciará al señalado prestador ante las autoridades competentes.

En el caso de atenciones en la red de prestadores de Bupa, la responsabilidad subsidiaria de la Compañía establecida en la ley se aplicará, únicamente en los casos en los que haya incumplido su obligación de verificación de las habilitaciones legales necesarias de cada prestador.

18. PROHIBICIÓN DE INCREMENTO DE TARIFAS POR ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CATASTRÓFICAS

La Compañía, ante el aparecimiento de enfermedades crónicas y catastróficas, sobrevinientes a la contratación, la Compañía no incrementará las tarifas o precio al Asegurado de este contrato y tampoco negará la renovación del mismo por dichas causas.

19. TARIFARIO MÉDICO

La Compañía, utilizará para el cálculo y pago de las reclamaciones presentadas por el Asegurado o para el pago directo al prestador de servicios de salud, donde haya sido atendido, el tarifario Bupa, adaptado por niveles, del tarifario MC Graw Hill, conforme consta en la Tabla de Coberturas, información que podrá ser consultado en los canales de comunicación oficiales de la Compañía.

20. PAGO DE LA PRIMA

El Asegurado Titular es responsable del pago a tiempo de la prima, luego de la emisión de la factura realizada por la Compañía. Todos los valores monetarios mencionados en esta Póliza son en dólares americanos o su equivalente en la moneda oficial del Ecuador.

Si el Asegurado Titular estuviere en mora en el pago de las contraprestaciones económicas, tendrá derecho a la cobertura por treinta (30) días, contados a partir de la fecha en que debió realizar el último pago; fenecido dicho plazo, se suspenderá la cobertura, excepto para la que corresponda a emergencia médica, en cuyo caso se dará cobertura por sesenta (60) días adicionales, contados a partir de haberse terminado el período de gracia inicial de treinta (30) días, y cubrirá únicamente el tratamiento médico que reciba el Asegurado Titular o el miembro de su grupo asegurado elegible en la sala de emergencia para su estabilización inicial. Para la suspensión del financiamiento para la cobertura de las prestaciones contratadas, será necesario la notificación previa al asegurado. La Aseguradora podrá descontar de la cobertura del siniestro, aquellas cuotas de la prima que se encuentren impagas.

21. CAMBIO DE TARIFA DE PRIMAS

Cada año de vigencia de la póliza, la Compañía podrá cambiar el monto que el Asegurado Titular debe pagar por la póliza, conforme a las Notas Técnicas aprobadas por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para el producto. La Compañía cambiará el método de pago, informando de ello al asegurado. Los beneficios, límites de dichos beneficios, así como los términos y condiciones de esta Póliza, podrán ser cambiados, previa autorización de los entes de control, cumpliendo el procedimiento legal aplicable.

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

22. CONDICIONES DE RENOVACIÓN

Conforme a las disposiciones aplicables, la Aseguradora no podrá negar la renovación de la Póliza por motivo de siniestralidad o edad, siempre y cuando las primas hayan sido pagadas en los plazos estipulados.

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 y con el Certificado de Aprobación de las Condiciones Sanitarias.

23. COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

En caso de existencia de otros seguros que proporcionen las coberturas y/o 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 las coberturas y/o beneficios de esta Póliza podrán duplicarse,

acumularse, excederse del máximo estipulado en las Condiciones Particulares y en la Tabla de Coberturas de esta Póliza. El incumplimiento de esta condición priva al Asegurado de todo derecho a indemnización en caso de siniestro.

En el caso de que la compañía reciba solicitudes de pago por parte de la Red Pública Integral de Salud, pagará dichas prestaciones conforme el límite establecido en la Tabla de Coberturas y en base a los costos establecidos en el Tarifario Nacional de Prestaciones emitido por el Ministerio de Salud Pública, siempre y cuando se haya expedido toda la normativa necesaria para el cumplimiento de la Ley y quien solicite el pago, haya cumplido el procedimiento establecido en la normativa correspondiente.

24. TERMINACIÓN ANTICIPADA DEL SEGURO

Durante la vigencia del presente contrato, el Asegurado Titular podrá solicitar la terminación anticipada del seguro, mediante notificación escrita a la Compañía, que deberá enviarse desde el correo electrónico registrado por la compañía del Asegurado Titular, o entregarse en las oficinas de la compañía cuya dirección se encuentra detallada en la página web de la misma. La Compañía tendrá derecho al cobro de las primas efectivamente devengadas durante la vigencia del Contrato, así como al cobro de todos los gastos relacionados con la expedición de dicho Contrato.

En caso de que el Asegurado Titular estuviere en mora por más de noventa (90) días, contados desde la fecha en que debió realizar el último pago, se le notificará la terminación automática del contrato, por cualquiera de los medios reconocidos por nuestra legislación.

El dolo o mala fe del Solicitante en la declaración sobre el estado del riesgo, es causal para que la Compañía pueda dar por terminado unilateralmente el contrato, para lo cual, iniciará un reclamo administrativo ante la Superintendencia de Compañías, valores y Seguros, a fin de dar por terminado el contrato.

El Asegurado Titular podrá terminar la póliza en cualquier momento, previa notificación por escrito a la Compañía, con al menos quince (15) días de anticipación a la fecha en la que se requiera la terminación. En cualquier caso, la Compañía sólo será responsable de cubrir tratamientos que se hayan llevado a cabo antes de la solicitud de terminación de la póliza.

25. RESTABLECIMIENTO DE VIGENCIA DEL CONTRATO.

La póliza deberá ser renovada dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de terminación de la misma, en caso de que no se haya solicitado dicha renovación, la misma podrá ser rehabilitada, por una sola ocasión, con las mismas condiciones, durante los sesenta (60) días posteriores a los indicados treinta (30) días.

En los casos de terminación anticipada de la póliza, por decisión unilateral del Asegurado Titular, éste también podrá solicitar a la Compañía, por una sola ocasión, el restablecimiento de su vigencia, con las mismas condiciones originarias, dentro de los tres meses posteriores a dicha terminación.

En ambos casos el Asegurado Titular deberá cumplir con las contraprestaciones económicas correspondientes, en estos casos se entenderá que el asegurado actúa de buena fe y no ha agravado su riesgo, de tal manera que, si la compañía detecta que ha existido mala fe para la contratación, suspenderá la cobertura e iniciará el correspondiente reclamo administrativo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para terminar el contrato.

26. CAMBIO DE PLAN O PRODUCTO

Al ser una póliza con vigencia anual, el Asegurado Titular únicamente podrá modificar su póliza al momento de la renovación. Cuando el Asegurado Titular solicite un cambio de producto o plan, aplican las siguientes condiciones:

(a) Los beneficios ganados por antigüedad del asegurado no se verán afectados siempre y cuando el nuevo producto o plan los contemple. Si el producto o plan anterior no contemplaba un beneficio incluido en el nuevo producto o plan, se debe cumplir el período de espera específico establecido en la Tabla de Coberturas y en la Condiciones Particulares de la Póliza.

(b) En caso de que el asegurado haya sido diagnosticado con una enfermedad catastrófica, recibirá las coberturas del nuevo plan para todas las coberturas, excepto para la señalada enfermedad catastrófica, la cual recibirá el mismo monto máximo que tenía en el plan anterior.

(c) Para el pago de siniestros relacionados con una enfermedad o lesión que no haya sido causada por un accidente o enfermedad de origen infeccioso que ocurran durante los sesenta (60) días calendario siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.

(d) Para el pago de beneficios relacionados con la maternidad, complicaciones de maternidad y cobertura del recién nacido que ocurran durante los diez (10) meses siguientes a la fecha efectiva del cambio, se aplicará el menor de los beneficios pagaderos entre el nuevo producto o plan y el producto o plan anterior.

27. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO

Sin perjuicio de las demás obligaciones descritas en el presente Contrato, el Asegurado Titular o el miembro asegurado de su grupo elegible, cuando corresponda, tendrán las siguientes obligaciones:

(a) Cumplir oportunamente con todas las obligaciones contractuales y legales.

(b) Actuar de buena fe a la hora de contraer las obligaciones contractuales y en todo momento durante su relación con la Compañía.

(c) Responder personalmente por sus actos y por los de los Beneficiarios, sin perjuicio de la responsabilidad que tiene cada uno de los Beneficiarios;

(d) Cumplir con el pago al prestador de los gastos médicos incurridos durante el período de Carencia, y coaseguros.

(e) Proporcionar a la Compañía la información y datos detallados en la solicitud de contratación de la póliza. El asegurado deberá notificar cualquier cambio de información de contacto, en el término de diez (10) días hábiles desde que se produzca dicha modificación, caso contrario se entenderá que no hay modificaciones y será válida toda notificación que se realice a los datos, inicialmente proporcionados.

(f) Proporcionar a la Compañía, en forma completa, veraz y oportuna, la información y documentación requeridas y necesarias para evaluar el estado de salud de los asegurados, para el proceso de auditoría que realice la Compañía.

(g) Entregar los documentos completos para solicitud de reembolsos.

(h) Cumplir con todas contraprestaciones económicas y mantener habilitado el método de pago elegido al momento de la suscripción de este Contrato o notificado posteriormente a la Compañía.

(i) Cuidar de su salud y no realizar ningún acto que ponga en riesgo a su salud y que comprometa su integridad o la agrave.

(j) Colaborar en todo momento con la Compañía, en la entrega de la información aplicable que se le sea requerida.

(k) Las demás previstas en la presente Póliza.

28. OBLIGACIONES DE LA COMPAÑÍA

Sin perjuicio de otras obligaciones establecidas en este contrato, la Compañía tendrá las siguientes obligaciones, aplicables a la prestación de sus servicios:

(a) Ofrecer información en calidad y cantidad suficiente para la toma de decisiones sobre los planes, programas y modalidades ofertadas, la información de los planes a contratarse constará en la página web de la institución.

(b) Pagar las indemnizaciones de las coberturas contratadas, aceptando los riesgos con carácter indemnizatorio, de conformidad con la Tabla de Coberturas, y según los montos y sub-límites que ahí se determinen.

(c) Notificar al asegurado, dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores al requerimiento, información sobre si la prestación se encuentra o no cubierta; y, si la misma exceda el monto de la cobertura.

(d) Llevar un registro actualizado del portafolio de titulares, y dependientes, con detalle del tipo de planes y montos de cobertura.

(e) No establecer incrementos adicionales de manera individual a los aportes, cuotas o primas del plan contratado, ante el aparecimiento de enfermedades crónicas y/o catastróficas, ni negar la renovación de los contratos;

(f) Garantizar los derechos de los asegurados, en caso de disolución y liquidación voluntaria o forzosa, en los términos previstos en la Ley;

(g) Suministrar la información que sea requerida por los organismos de regulación y control previstos en esta Ley;

(h) Velar para que las prestaciones de los servicios de salud cumplan con los estándares de calidad establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional; y, exigir a los prestadores sanitarios encargados de dichas prestaciones, acrediten las respectivas aprobaciones académicas o licenciamiento, según corresponda; y,

(i) Implementar tecnologías de la información comunicación, para facilitar la relación interactiva entre la compañía, los prestadores de servicios de salud y los asegurados.

29. PROCESO Y TIEMPOS DE RECLAMO PARA COBERTURA

Para las coberturas y/o beneficios que en estas Condiciones Generales o en la Tabla de Coberturas se indique que requieren pre-aprobación, se deberá seguir lo dispuesto en el numeral 29.1. “Pre-aprobaciones”.

Para otros procedimientos médicos que no se haya especificado que requieren pre-aprobación, o en los que no se requiera hospitalización, cirugía o sedación, y en los que el cliente realice directamente el pago al proveedor, el Asegurado Titular tendrá un plazo de noventa (90) días calendario siguientes a la fecha de tratamiento o servicio para presentar a la Compañía la documentación respectiva y solicitar o reembolso de los gastos pagados, observando lo indicado en el numeral 25. “Documentos necesarios para la reclamación de un siniestro”.

En caso de accidente, es obligación del Asegurado Titular notificar a la Compañía en el curso de las primeras setenta y dos (72) horas, salvo caso fortuito o fuerza mayor, debiendo notificarse tan pronto desaparezca el impedimento. La omisión de este trámite facultará a la Compañía para negar el reclamo o cobrar los costes que se hubieran generado por dicho incumplimiento, adicionalmente, el Asegurado Titular deberá asumir el valor del deducible que se haya generado.

29.1. PRE-APROBACIONES: El Titular Asegurado o el miembro de su grupo asegurado elegible, deberá obtener pre-aprobación para cualquier cuidado médico o tratamiento que involucren hospitalización, atenciones de hospital del día, cirugía, sedación; o, cuando así se determine en estas Condiciones Generales o en la Tabla de Coberturas.

El Titular Asegurado o el miembro de su grupo asegurado elegible deberá solicitar la pre-autorización, con al menos setenta y dos (72) horas, de anticipación a la fecha en la que se vaya a llevar a cabo el procedimiento, a fin de que la Compañía y la Aseguradora puedan coordinar el pago directo al proveedor.

Las atenciones de emergencia que no hayan sido notificadas por el prestador deberán ser notificadas por el Titular Asegurado o el miembro de su grupo asegurado deberá ser notificado dentro de las setenta y dos (72) horas siguientes del inicio de dicho tratamiento, salvo los casos de fuerza mayor que impidan dicha notificación, en cuyo caso se deberá notificar dentro de las setenta y dos (72) horas, posteriores a la superación del evento que impidió la notificación a la Compañía.

En caso de que no se haya brindado la cobertura que fue pre-autorizada, dentro de los siguientes treinta (30) días a la fecha en la que la Compañía, pre-autorizó, el Titular Asegurado o el miembro del grupo asegurado elegible, deberá solicitar una nueva pre-autorización.

Si el Asegurado no solicita la pre-aprobación respectiva o no notifica a la Compañía como se indica en este numeral, se aplicará un coaseguro adicional del treinta por ciento (30%) de todos los gastos cubiertos de médicos y hospital relacionados con la reclamación, además del deducible y el coaseguro del beneficiario, si corresponden.

30. DOCUMENTOS NECESARIOS PARA LA RECLAMACIÓN DE UN SINIESTRO

En el caso de coberturas que se hayan brindado en red abierta el Asegurado Titular o el miembro de su grupo asegurado elegible, deberá presentar a la Compañía, a través de su portal, los siguientes documentos dentro del plazo de noventa (90) días calendario, siguientes a la fecha del tratamiento o servicio:

(a) Facturas originales

(b) Receta médica, firmado y sellado por el médico tratante

(c) Pedido de exámenes, firmado y sellado por el médico tratante

(d) Resultados de exámenes, firmado y sellado por el médico tratante

(e) Historia clínica completa, firmado y sellado por el médico tratante

(f) Informes médicos, firmado y sellado por el médico tratante

(g) Certificado médico con inicio de síntomas de patología, evolución de la enfermedad, tratamientos recibidos, firmado y sellado por el médico tratante

(h) Pedido de procedimiento firmado y sellado por el médico tratante

(i) Presupuesto de honorarios médicos, firmado y sellado por el médico tratante

(j) Para cuidado en el hogar, certificado médico indicando propósito del cuidado, detalle de actividades que realizara el personal, duración del cuidado, tiempo requerido, firmado y sellado por el médico tratante

(k) Para terapias de rehabilitación, plan de tratamiento certificado indicando propósito de las terapias o rehabilitación, objetivos a alcanzarse, período de tiempo necesario, tipo de terapias, tiempo de cada terapia, firmado y sellado por el médico tratante.

Se entenderá presentado un reclamo, únicamente cuando el Asegurado haya entregado toda la información completa.

31. INDEMNIZACIÓN

Una vez recibido el reclamo, la Compañía aceptará o negará el reclamo, motivando su decisión, en el plazo de treinta (30) días, contados a partir de la presentación de la formalización de la solicitud de pago del siniestro. Se entenderá presentado el reclamo cuando haya sido presentada toda la documentación detallada en numeral 25. “Documentos necesarios para la reclamación de un siniestro” de esta póliza para probar la ocurrencia y cuantía de la pérdida. La Compañía procederá al pago dentro del plazo de los diez (10) días posteriores a la aceptación, en dólares americanos o en la moneda oficial del Ecuador.

Expresamente el Asegurado Titular y sus dependientes renuncian al secreto de sus expedientes médicos, los cuales podrán ser exigidos y conocidos por la Compañía tanto a ellos como a los médicos y centros tratantes.

Durante el proceso de un reclamo, la Compañía se reserva el derecho de solicitar exámenes de cualquier Asegurado cuya enfermedad o lesión sea la base del reclamo, cuando y con la frecuencia que lo considere necesario, corriendo los gastos a cargo de la Compañía.

La Compañía pagará las reclamaciones en dólares americanos o en la moneda oficial del Ecuador.

32. PÉRDIDA DE DERECHO A LA INDEMNIZACIÓN

Son causas para que el Asegurado pierda el derecho a cobertura de un reclamo las siguientes:

(a) La mala fe del Asegurado en la reclamación de siniestro o el incumplimiento de las obligaciones que le correspondería en caso de mismo.

(b) Si el seguro hubiere sido contratado con posterioridad a la ocurrencia del siniestro, tomando como base la fecha de emisión de esta Póliza.

(c) Si el Asegurado no hubiese dado aviso del siniestro y presentado la documentación en los plazos previsto en el numeral 24. “Proceso y Tiempos de Reclamo para Cobertura”.

33. PAGOS EN CASO DE FALLECIMIENTO

En el caso de que el Asegurado Titular haya fallecido, luego de una atención cubierta por esta póliza, la Compañía pagará los valores cubiertos directamente al prestador de servicios de salud o a la persona que haya sido designada como beneficiario en la Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual Local de la póliza correspondiente. En caso de que no se haya designado a tal persona, se pagará a los herederos legales del Asegurado Titular, según corresponda.

La persona que haya sido designada para recibir el pago o los herederos del Asegurado Titular fallecido, serán responsables de cualquier pago adicional, que no haya sido cubierto por la Compañía.

34. PROHIBICIONES DE LA COMPAÑÍA

La Compañía tendrá las siguientes prohibiciones en relación con la suscripción o ejecución de la presente póliza:

(a) Negarse a celebrar un contrato o renovarlo por razón de enfermedades preexistentes, condición o estado actual de salud, sexo, identidad de género o edad.

(b) Modificar las condiciones de la presente póliza para disminuir, restringir o eliminar la cobertura contratada, por el hecho de que los asegurados cumplan o tengan determinada edad, siempre que los asegurados posean una continuidad mínima previa de cinco (5) años.

(c) Establecer períodos de carencia superiores a los determinados en la ley y demás normativa aplicable.

35. ARBITRAJE

En caso de que surja alguna controversia relacionada con este Contrato, las partes harán sus mejores esfuerzos para alcanzar un acuerdo directo entre ambos. Para lo cual, la parte que se considere afectada planteará queja por escrito a la otra, en la que exprese su posición, dentro del término de siete (7) días, contado a partir de la negativa a cubrir el financiamiento de las prestaciones sanitarias o del incumplimiento de las obligaciones contractuales por parte del Asegurado. Si dentro del término de ocho (8) días, posteriores a la presentación de la queja, no se llegare a una solución amistosa, la parte que se creyere perjudicada quedará en libertad de plantear el reclamo administrativo correspondiente, en los términos previstos en esta ley.

El procedimiento anterior no excluye el derecho de cualquier de las partes de plantear de modo directo las acciones administrativas o judiciales, a que hubiere lugar, sin perjuicio que las partes puedan acudir al arbitraje, conforme la siguiente cláusula.

35.1. RECLAMO ADMINISTRATIVO: En caso de que la Compañía haya negado un reclamo conforme los términos señalados en el numeral 26 de este condicionado general, y si el asegurado no se allanara a las objeciones, podrá presentar un reclamo ante la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. Este reclamo administrativo se someterá a lo previsto en la Ley General de Seguros, contenida en el libro III del Código Orgánico Monetario y Financiero.

35.2. MEDIACIÓN: Si se originare cualquier disputa o diferencia entre la Compañía y el Asegurado Titular o el miembro de su grupo asegurado elegible con relación a este seguro, tal diferencia o disputa, en lugar de acudir a los jueces judiciales competentes se someterá a un procedimiento de medicación y de no lograr acuerdo a un procedimiento de arbitraje.

Los árbitros deberán, juzgar más bien desde el punto de vista de la práctica del seguro que de derecho escrito. El arbitraje se llevará a cabo el Centro de Arbitraje y Mediación de la Cámara de Comercio de Quito. El Tribunal de Arbitraje estará conformado por un árbitro seleccionado por ese centro. El arbitraje será confidencial. Los árbitros tendrán facultad para solicitar prueba, y ejecución de medidas cautelares con apoyo de la fuerza pública. El laudo arbitral tendrá fuerza obligatoria para las partes, quienes se comprometen a no interponer ningún recurso en contra del laudo, salvo el de nulidad. El perdedor pagará el valor de las tasas del Centro de Arbitraje y los honorarios de abogados, según lo disponga el laudo.

36. SUBROGACIÓN

Cuando un tercero sea responsable por cualquier herida, enfermedad, condición o evento relacionado con los beneficios cubiertos de un Asegurado, lo que deberá ser probado ante autoridad competente, la Compañía podrá ejercer sus derechos para gestionar una reclamación en nombre del Asegurado antes o después de haber hecho cualquier pago relacionado con la póliza.

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

37. NOTIFICACIONES

Cualquier declaración que haya de notificarse a la Compañía y al Asegurado, referente a la ejecución de las estipulaciones anteriores, deberá efectuarse por escrito. Toda comunicación que la Compañía tenga que enviar al Asegurado deberá llevarse a cabo al correo electrónico designado por el Asegurado Titular, las notificaciones que correspondan a la Compañía, deberán de llevarse a cabo en su domicilio utilizando, en ambos casos, los medios permitidos de acuerdo a la ley de comercio electrónico, firmas y mensajes de datos. Las notificaciones se entregarán en las direcciones que consten en la Solicitud de Seguro firmada por el Asegurado Titular.

38. LEGISLACIÓN Y DOMICILIO

Cualquier litigio que se suscitare entre las partes con motivo del presente contrato, quedan sometidos a la legislación ecuatoriana, el domicilio contractual, para todos los efectos será la ciudad de Quito, Ecuador.

39. PRESCRIPCIÓN

Los derechos, acciones y beneficios que se deriven de esta Póliza prescriben en tres (3) años a partir del acontecimiento que les dio origen, a menos que el beneficiario demuestre haber tenido conocimiento del hecho o que han estado impedidos de ejercer sus derechos, caso en los que el plazo se contará desde que tuvo conocimiento, o se suspenderá mientras persistió el impedimento, respectivamente, pero en ningún caso excederá de cinco (5) años desde ocurrido el siniestro.

40. SOLICITUD DE CONTRATACIÓN DEL SEGURO.

Previo a la emisión de la póliza, el Asegurado Titular deberá llenar una Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual Local que puede descargar fácilmente desde la página web www.Bupasalud.com.ec; o puede comunicarse con la Compañía, para el envío de este documento por correo electrónico. Cuando el Asegurado Titular presente su Solicitud de Seguro de Asistencia Médica Individual Local, deberá proporcionar información y documentación respecto al estado de salud, la cual será revisada por el equipo médico de la Compañía.

Lugar y Fecha

Bupa Ecuador S.A. Firma Autorizada	Contratante/Asegurado Titular Firma

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

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

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente Condicionado General el registro No. 54613, con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-2022-00021777-O del 7 de abril de 2022.

Prestaciones de Prevención Primaria Incluidas en Tarifa Cero

Las prestaciones que se cubrirán con tarifa cero se realizarán según ciclo de vida y de acuerdo a los servicios y prestaciones establecidos. Para los planes con cobertura para patologías particulares, las atenciones con tarifa cero estarán en concordancia con la cobertura ofertada en dicho plan.

CICLO DE VIDA	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA
Recién Nacido (0 A 28 días)	Atención al recién nacido	Consulta médica pediátrica para control del niño sano (no incluye exámenes complementarios o interconsultas a otros especialistas), con evaluación de desarrollo físico (valoración nutricional) y evaluación clínica del desarrollo neuromuscular y psicomotriz según edad; detección clínica de riesgos visuales, auditivos y neuro-sensoriales.	1 consulta e información
	Asesoría para cuidado del recién nacido (en consulta)	Información en la consulta médica pediátrica sobre: cuidado básico al neonato, importancia de la lactancia materna exclusiva hasta el 6to mes; cuidados generales; estimulación; prevención y que tratamiento inicial se debe dar a las enfermedades diarreicas y respiratorias frecuentes en el R.N.; información para promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a y fortalecer el vínculo afectivo; informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación completa, y sobre cómo realizar estimulación psicomotriz; información sobre la suplementación de micronutrientes.	
	Atención de laboratorio En el recién nacido (previo al alta o hasta los 8 días de nacido)	Determinación al nacimiento de grupo y factor sanguíneo; información sobre la realización del tamizaje metabólico, tamizaje auditivo y sensorial.	
Niño de 1 mes a 12 meses	Atención al infante	Consulta para control de niño sano que incluye: evaluación del bienestar del lactante; estado nutricional, evaluación clínica de riesgo visual, auditivo y displasia de cadera; detección de posible maltrato; evaluación clínica de desarrollo psicomotor, detección clínica de anomalías congénitas o problemas adquiridos; evaluación clínica de la dentición y prevención de caries dentales; detección clínica de desnutrición (no incluye exámenes complementarios, ni interconsultas a otros especialistas).	6 consultas en el primer año de vida, en cada consulta se debe dar información y asesoría.
	Información sobre crecimiento y desarrollo (en consulta)	Información sobre posibles problemas en el desarrollo psicomotor y lenguaje; información sobre estimulación visual; información y asesoría sobre resultados de tamizaje metabólico, visual y auditivo; información y asesoría sobre suplemento de micronutrientes (hierro y vitaminas).	
	Asesoría: Información, educación y comunicación (en consulta)	Asesoría para promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo; informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación; información referente a lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, inicio de alimentación complementaria a partir de los 6 meses. Informar de la importancia de la higiene y salud oral; promover la estimulación psicomotriz y de lenguaje; informar y comunicar acerca de variaciones normales en el desarrollo del niño/a. Asesoría para evitar riesgos de accidentes.	

CICLO DE VIDA	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA
Niño/as de 1 a 5 años	Atención al niño de 1 a 5 años (ambulatorio)	Consulta para control de niño sano, que incluya evaluación clínica (No exámenes de gabinete, ni interconsultas a otros especialistas) del estado nutricional, neuromuscular y psicomotriz; riesgos acordes a la edad; detección de deficiencias y/o discapacidades, anomalías congénitas; detección de patologías infecciosas; prevención y detección clínica de desnutrición.	Consultas 2 veces al año hasta los 2 años de edad; posterior 1 vez por año; en cada consulta se debe otorgar asesoría e información
	Asesoría: Información, educación y Comunicación (en consulta)	Asesoría en cada consulta para control de niño sano sobre: autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a, fortalecer el vínculo afectivo; importancia de la vacunación, lactancia materna hasta los dos años; alimentación complementaria; importancia de la higiene y salud oral, riesgos de accidentes en el hogar, derechos de los niños; promoción de estimulación psicomotriz y de lenguaje; prevención del maltrato, accidentes; promoción de alimentación saludable; variaciones normales en el desarrollo del niño/a. Uso de sustancias adictivas en padre o madre y repercusiones sobre los niños.	
	Información sobre Crecimiento y desarrollo (en consulta)	Información en cada consulta para control de niño sano que incluya: indicaciones de suplementación de micronutrientes; recomendación de desparasitación 1 vez al año; evaluación clínica para valoración de agudeza visual y valoración auditiva; salud oral y prevención de la caries; recomendación de aplicaciones tópicas con flúor y profilaxis (No incluye exámenes de gabinete).	
Niño/as de 5 a 10 años	Atención al niño de 5 a 10 años	Consulta para evaluación del bienestar del niño, que incluya evaluación clínica (No exámenes de gabinete, ni interconsultas a otros especialistas) del estado nutricional, neuro muscular, psicomotriz y emocional; detección clínica temprana de enfermedades como pie plano, anomalías congénitas; detección clínica de enfermedades infectocontagiosas y endémicas; detección clínica de desnutrición.	1 consulta médica por año; durante cada consulta se debe otorgar asesoría e información
	Asesoría: Información, educación y comunicación (en consulta)	Asesoría en consulta para evaluación del bienestar del niño sobre: autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a; importancia de la vacunación y una buena alimentación; higiene, salud bucal, riesgos de accidentes en el hogar; estimulación psicomotriz, de aptitudes intelectuales, prevención de discapacidades; variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a; promover la salud oral y prevención de caries.	
	Información sobre crecimiento y desarrollo (en consulta)	Información en consulta para evaluación del bienestar del de niño, sobre recomendación de desparasitación 1 vez al año; detección clínica precoz de problemas en las habilidades escolares, trastornos afectivos, emocionales, prevención de maltrato físico, psicológico, sexual; pertinencia de la valoración de agudeza y/o ceguera visual y valoración auditiva; importancia de aplicaciones tópicas con flúor y profilaxis; asesoría sobre suplemento de micronutrientes.	

CICLO DE VIDA	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA
Adolescentes 11 a 19 años	Atención al adolescente de 10 a 19 Años	Consulta para evaluación clínica del bienestar, desarrollo físico, nutricional, psicomotriz y emocional del adolescente en relación con su edad, peso, talla, IMC, TA; detección clínica temprana de embarazo, infecciones de transmisión sexual y trastornos alimenticios, enfermedades infectocontagiosas. Evaluación de hábitos no saludables, deficiencias y/o discapacidades; (No exámenes de gabinete, ni interconsultas a otra especialidad).	1 vez al año, durante la Consulta se de otorgar información y asesoría
	Asesoría: Información, educación y comunicación (en consulta)	Información para prevención de trastornos de la alimentación; detección de maltrato y o violencia; detección de uso de substancias psico-estimulantes; importancia de la valoración de agudeza visual; información sobre higiene y salud oral; detección de problemas de aprendizaje, afectivos, emocionales; prácticas sexuales de riesgo, embarazos no planificados.	
	Información sobre crecimiento y desarrollo (en consulta)	Asesoría en consulta para evaluación de bienestar, desarrollo y estado de salud, sobre: salud sexual y reproductiva; métodos anticonceptivos; promover la autoconfianza de los adolescentes, fortalecer el vínculo afectivo con la familia, entregar información y educación sobre hábitos saludables, higiene, salud oral; variaciones normales en el desarrollo del/la adolescente. Asesoría sobre inicio de vida sexual y derechos del adolescente, acoso sexual, acoso escolar (bullying).	
Embarazo solo planes que cuenten con esta cobertura	Control prenatal en embarazo sin riesgo	Control prenatal de 4 a 6 visitas, incluye: · Consulta gineco-obstétrica. · Valoración e interpretación del estado nutricional – ganancia peso materno. · Clasificación de riesgo obstétrico. · Evaluación de bienestar fetal.	6 controles y al menos un control antes de las 20 semanas
	Asesoría: Información, educación y comunicación (en consulta)	Asesoría en cada consulta para brindar información sobre la preparación del parto, necesidades nutricionales y suplementación alimenticia con hierro y ácido fólico, lactancia materna, cuidado del recién nacido, salud oral y salud mental; consejería sobre riesgos de VIH e ITS durante el embarazo y parto; prevención y detección de violencia, maltrato, abuso de sustancias adictivas, trastornos afectivos o emocionales, promoción del parto seguro.	
	Atención odontológica preventiva en el embarazo	Consulta por odontología para control de salud oral en la mujer embarazada, que incluya evaluación clínica, consejería, higiene y profilaxis.	2 veces durante la gestación
	Detección de riesgos por exámenes de laboratorio clínico	Realización de exámenes de laboratorio: biometría hemática, hematocrito, elemental y microscópico de orina, tipificación de grupo y factor sanguíneo, TP, TTP, urea, glucosa y creatinina, VDRL, tamizaje de VIH, STORCH con IgG e IgM, PapTest antes de las 20 semanas.	1 vez durante el embarazo
	Atención integral postparto	Consulta médica para evaluación del estado de salud puerperal y referencia a planificación familiar y anticoncepción. (No incluye exámenes de gabinete).	1 consulta entre la semana 1 a 6

CICLO DE VIDA	TIPO DE PRESTACIÓN	ACTIVIDAD ESPECÍFICA	FRECUENCIA
Mujeres en edad fértil – MEF	Control de mujeres en edad fértil	Consulta ginecológica para evaluación de estado de salud y detección de enfermedades de transmisión sexual (No exámenes de gabinete, ni interconsulta con otro especialista).	1 vez al año, durante la consulta se debe otorgar información y asesoría
	Asesoría: Información, educación y comunicación (en consulta)	Asesoría para brindar información sobre planificación familiar, embarazo, hábitos saludables, salud oral y salud mental.	
		Consejería para prevención de VIH e ITS; prevención y detección de violencia, maltrato, consumo de sustancias adictivas, trastornos afectivos o emocionales, acoso laboral y acoso sexual.	
Adulto joven de 20-49 años	Consulta médica general preventiva	Consulta clínica para evaluación de estado de salud que incluya: examen físico, y anamnesis, detección de hábitos no saludables y determinación riesgo de enfermedades no transmisibles, identificación deficiencias o discapacidades, enfermedades infectocontagiosas y de transmisión sexual, detección del consumo de sustancias adictivas (No incluye exámenes de gabinete, ni interconsultas).	1 vez al año (durante la consulta se debe otorgar asesoría e información)
	Asesoría: Información, educación y comunicación (en consulta)	Información y consejería sobre enfermedades de transmisión sexual; asesoría para planificación familiar; consejería sobre salud oral; asesoría sobre tamizaje de enfermedades crónica e información sobre la valoración auditiva y visual.	
Adulto/a de 50 a 64 años	Consulta médica general preventiva	Consulta clínica para evaluación de estado de salud que incluya: examen físico, y anamnesis, detección de hábitos no saludables y determinación riesgo de enfermedades no transmisibles, identificación deficiencias o discapacidades, enfermedades infectocontagiosas y de transmisión sexual.	1 vez al año (durante la consulta se debe otorgar asesoría e información)
		Detección de riesgos de salud mental como: consumo de sustancias adictivas, trastornos afectivos, emocionales, cognitivos, depresión; intento de suicidio, entre otros (No incluye exámenes de gabinete, ni interconsultas).	
	Asesoría: Información, educación y comunicación (en consulta)	Asesoría e información sobre condiciones de envejecimiento saludable; consejería para prevención de enfermedades de transmisión sexual; información sobre acciones preventivas para traumatismos, caídas y accidentes.	
Adulto mayor de 65 años	Consulta médica general preventiva	Consulta clínica para evaluación del estado de salud, que incluya examen físico, y anamnesis, identificación de factores de riesgo, condicionantes de deterioro funcional y cognitivo.	1 vez al año (durante la consulta se debe otorgar asesoría e información)
		Detección de factores de riesgo de enfermedades crónico-degenerativas, valoración de dependencia funcional, valoración de salud oral, detección de riesgo nutricional, de patologías infectocontagiosas, violencia, maltrato; detección del riesgo de enfermedades de transmisión sexual; detección del riesgo de pérdida auditiva y visual.	
	Asesoría: Información, educación y comunicación (en consulta)	Asesoría, información y promoción de prácticas de nutrición, salud oral, salud sexual y salud mental; información sobre discapacidades y ayudas técnicas; promoción de condiciones de envejecimiento saludable.	

Código de Aprobación ACESS No: 012-SI7-2021

Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros

Quito, Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú, Ed. San Salvador, Piso 3, Tel (593-2) 3965600